



Inspection générale
des affaires sociales

Les liens entre handicap et pauvreté : Les difficultés dans l'accès aux droits et aux ressources

RAPPORT

Établi par

Christine ABROSSIMOV

François CHEREQUE

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Novembre 2014-

2014-048R

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
SYNTHESE.....	7
INTRODUCTION	11
1 RESSOURCES ET REVENUS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP : UN ETAT DES LIEUX QUI RESTE PARTIEL.....	12
1.1 Les personnes en situation de handicap : entre 2 à 11,5 millions selon la définition retenue	13
1.1.1 2 à 2,5 millions d'adultes reconnus handicapés selon la référence aux situations administratives.....	13
1.1.2 5,6 à 11,5 millions de personnes en situation de handicap selon la définition large issue de la loi handicap.....	13
1.2 Ressources, revenus, allocations et restes à charge : des notions mal cernées qui ne permettent pas de mesurer correctement le problème de la pauvreté des personnes en situation de handicap	14
1.2.1 Ressources et revenus : la disparité des définitions et des mesures.....	14
1.2.2 Les revenus des allocataires de l'allocation adulte handicapé : une approche partielle de la situation par rapport à la pauvreté	15
1.2.3 5,9 Md € de revenus issus des pensions d'invalidité.....	18
1.2.4 La compensation des dépenses liées au handicap : les dépenses, les prestations et les restes à charge sont partiellement définis et mal mesurés.....	19
2 L'ACCES AUX DROITS	24
2.1 De nombreux constats du groupe de travail témoignent de la précarité des personnes en situation de handicap dans l'accès aux droits	25
2.1.1 Les ruptures de parcours sont les principaux facteurs de précarité.....	25
2.1.2 La compensation des dépenses liées au handicap est insuffisante ou inadaptée	25
2.1.3 Le manque d'accessibilité physique et de lisibilité de l'information ou des décisions constituent d'autres facteurs de précarité.....	26
2.2 Les rapports, les expérimentations et les auditions confirment les constats du groupe sur les difficultés d'accès aux droits	26
2.2.1 Afin de réduire le non recours aux droits, le Défenseur des droits a établi un réseau de délégués référents en matière de handicap	26
2.2.2 Les constats sur les effets défavorables de la réforme de l'AAH sont nombreux.....	28
2.2.3 Les délais d'instruction dépassent en moyenne 4 mois	29
2.2.4 Le non-recours aux droits et en particulier à l'AAH est mal connu.....	31
2.2.5 Les indus sont à réduire : une analyse et des pistes de solution pour les prestations de la CAF, notamment l'AAH, proposées par l'IGAS et l'IGF et dans la COG signée entre l'Etat et la CNAF	32
2.2.6 L'expérimentation Impact vise à simplifier les procédures et réduire les délais de traitement.....	34
2.3 Conclusions et recommandations de la mission.....	35
2.3.1 Eviter les ruptures de droits lors des refus d'AAH.....	36
2.3.2 Respecter les délais et neutraliser les indus.....	36
2.3.3 Elargir les possibilités d'une attribution de l'AAH pendant cinq ans.....	37
2.3.4 Rendre plus cohérentes et lisibles les décisions notifiées au bénéficiaire	38
2.3.5 Mieux mobiliser l'ensemble des droits de la personne.....	38
3 L'ACCES A L'EMPLOI, LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI ET LA FORMATION	41

3.1	Le groupe de travail constate la précarité des personnes en situation de handicap face à l'emploi.....	42
3.1.1	L'accès à l'emploi est précaire	42
3.1.2	Le maintien dans l'emploi est insuffisant.....	44
3.1.3	L'accès à la formation continue est insuffisamment développé.....	45
3.2	Les rapports, les expérimentations et les auditions complètent les constats du groupe sur la précarité des personnes en situation de handicap face à l'emploi ou la formation.....	46
3.2.1	Les personnes handicapées sont près de deux fois moins en emploi que la population générale et deux fois plus au chômage	46
3.2.2	Etre femme et handicapée aggrave la précarité face à l'emploi, mais il est malaisé de le mesurer.....	47
3.2.3	L'inaptitude au travail conduit le plus souvent au licenciement et à la désinsertion professionnelle	48
3.2.4	Le risque invalidité touche les plus modestes et la politique d'invalidité ne lutte pas suffisamment contre la désinsertion professionnelle.....	50
3.2.5	Les modalités de l'expérimentation sur l'employabilité des travailleurs handicapés « Potentiel emploi » ne sont pas adaptées.....	51
3.2.6	Les freins à la formation ne sont pas seulement dus à l'insuffisance ou l'inadaptation de l'offre 53	
3.3	Conclusions et recommandations de la mission.....	54
3.3.1	Mieux mobiliser les dispositifs pour rendre effectif l'accès à l'emploi.....	54
3.3.2	Améliorer le maintien dans l'emploi.....	56
3.3.3	Améliorer l'accès à la formation.....	57
4	L'ACCES A L'HEBERGEMENT ET AU LOGEMENT	61
4.1	Le groupe de travail constate de nombreux risques de précarité.....	61
4.1.1	Les personnes en situation de handicap psychique éprouvent des difficultés particulières face au logement	61
4.1.2	Les lieux d'hébergement sont inadaptés par rapport aux besoins	62
4.2	Les auditions ou expérimentations ne confirment que partiellement les témoignages du groupe.....	63
4.2.1	La situation des personnes handicapées par rapport au logement n'est pas plus dégradée que celle des autres bénéficiaires de minima sociaux.....	63
4.2.2	La fiscalité des personnes en situation de handicap par rapport à leurs dépenses de logement est relativement favorable	64
4.2.3	L'expérimentation « Un chez soi d'abord » a des premiers résultats encourageants	65
4.3	Conclusions et recommandations de la mission.....	66
4.3.1	Développer les solutions de logement accompagné	66
4.3.2	Répondre aux situations critiques	66
5	L'ACCES A LA SANTE.....	69
5.1	Le groupe de travail a soulevé des problématiques centrées sur l'accès à complémentaire santé et sur la spécificité des dépenses de soins des personnes en situation de handicap	70
5.1.1	Une complémentaire santé spécifique pour les personnes en situation de handicap ?	71
5.1.2	Deux autres sujets ont été évoqués : la disparité de l'offre psychiatrique et les freins au recours à l'aide médicale d'Etat	71
5.2	Les données confirment l'inégalité d'accès à certains soins, mais la connaissance est lacunaire et les engagements restent à concrétiser	73
5.2.1	L'inégalité d'accès aux soins et les restes à charge sont des sujets qui restent mal connus.....	73
5.2.2	Les engagements du projet de loi relatif à la santé restent à concrétiser	74
5.2.3	La généralisation de la prévoyance collective santé prévue par la loi de sécurisation de l'emploi de 2013 doit réduire effectivement les risques de précarité des travailleurs handicapés.....	75
5.3	Conclusions et recommandations de la mission.....	76

5.3.1	Mesurer les restes à charge et mieux adapter la couverture santé des mutuelles complémentaires aux personnes en situation de handicap	76
5.3.2	Prendre en compte la santé mentale dans la stratégie nationale de santé.....	76
5.3.3	Veiller à ce que les conditions de généralisation de l'obligation de prévoyance collective pour les employeurs ne discriminent pas les travailleurs handicapés	76
6	L'ENFANCE ET LA FAMILLE	78
6.1	Le groupe de travail alerte sur la situation vécue par les parents d'enfants handicapés	78
6.2	La mission constate l'absence de prise en compte du problème spécifique des parents d'enfants handicapés ou des aidants	79
6.2.1	Des travaux du CNCPH et des associations sur les problématiques des « aidants familiaux » sont en cours	79
6.2.2	Les dispositifs s'adressent soit aux besoins des enfants handicapés, soit à ceux des adultes handicapés	80
6.2.3	Les dispositifs en faveur des parents d'enfants handicapés ne sont pas toujours pertinents ou équitables	80
6.3	Conclusions et recommandations de la mission	81
6.3.1	Améliorer l'information des parents d'enfants handicapés	81
6.3.2	Mieux connaître les besoins et les charges des parents et des aidants	82
6.3.3	Favoriser le retour à l'emploi des aidants	82
7	L'INCLUSION BANCAIRE ET LA LUTTE CONTRE LE SURENDETTEMENT	84
7.1	Les témoignages du groupe de travail : un constat de vigilance	84
7.1.1	La loi de séparation et de régulation des activités bancaires doit protéger l'accès au compte	84
7.1.2	Les refus d'accès au crédit et à l'assurance liés au handicap sont ressentis mais non mesurables	85
7.2	Les auditions et compléments confirment les constats du groupe	85
7.3	Conclusions et recommandations de la mission	86
7.3.1	Améliorer la connaissance et veiller à l'application du droit en matière d'accès au compte, au crédit et à l'assurance	86
7.3.2	Etre vigilant sur l'accès des personnes en situation de handicap aux points conseils budget et sur les réponses à leurs besoins spécifiques	87
8	LA GOUVERNANCE	89
8.1	Le groupe de travail constate des dysfonctionnements dans la gouvernance et des conséquences dommageables pour les bénéficiaires des prestations handicap	90
8.1.1	Les témoignages font part de dysfonctionnements de la gouvernance, et des conséquences qui aggravent les risques de pauvreté et de précarité	90
8.1.2	Le groupe signale quelques expériences positives de coordination des procédures	91
8.2	La mission confirme les insuffisances de la gouvernance et ses conséquences, qui aggravent la précarité des bénéficiaires de prestations handicap	91
8.2.1	Le rôle de la MDPH doit évoluer du rôle de guichet unique de prestations au rôle d'assembleur	91
8.2.2	La coordination des politiques d'invalidité et de handicap est insuffisante	92
8.2.3	La complexité des dispositifs est source d'insécurité, de non-recours ou de rupture de parcours	94
8.2.4	Le système d'information est difficile à moderniser	98
8.3	Conclusions et recommandations de la mission	101
8.3.1	Améliorer la coordination des politiques et harmoniser les critères	101
8.3.2	Simplifier les dispositifs et assouplir leur usage	101
8.3.3	Lier les chantiers de modernisation des systèmes d'information aux simplifications de dispositifs	102

CONCLUSION	104
TABLEAU DES RECOMMANDATIONS	107
LETTRE DE MISSION.....	111
REMERCIEMENTS.....	113
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	115
SIGLES UTILISES	119
ANNEXE 1 PARTICIPANTS AU GROUPE DE TRAVAIL HANDICAP ET PAUVRETE	121
ANNEXE 2 : LETTRE DU COMITE D'ENTENTE AU PREMIER MINISTRE DU 27 MARS 2014.....	123
ANNEXE 3 : COMPTES RENDUS DU GROUPE DE TRAVAIL HANDICAP ET PAUVRETE, REUNI LE 6 MAI, 27 MAI, LE 17 JUIN ET LE 30 SEPTEMBRE 2014	129
ANNEXE 4 : CONTRIBUTIONS DES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL.....	145
ANNEXE 4.1 CONTRIBUTION DE L'ASSOCIATION DES PARALYSES DE FRANCE.....	147
ANNEXE 4.2 : NOTES DGCS SUR AAH ET SUR L'INCLUSION BANCAIRE.....	155
ANNEXE 4.3 : NOTE UNAFAM SUR L'HEBERGEMENT ET LE LOGEMENT	163
ANNEXE 4.4 : NOTE APF SUR LA CONFERENCE SOCIALE.....	165
ANNEXE 4.5 : NOTE CPAM SUR LA PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE.....	175
ANNEXE 4.6 : NOTE CNAF SUR LA GESTION DE L'AAH.....	179
ANNEXE 4.7 : NOTE CAP EMPLOI 91 SUR LES DISPOSITIFS DE SOUTIEN A L'EMPLOI ...	193
ANNEXE 5 : LES ETUDES DES DIRECCTE SUR LE DEVENIR DES SALAIRES DECLARES INAPTES	199
PIECES JOINTE N°1 : NOTE DREES POUR LA MISSION DU 20 JUIN 2014 SUR LES PERSONNES HANDICAPEES EN SITUATION DE PRECARITE.	205
PIECE JOINTE N°2 : ETUDE DU FONDS-CMU SUR LE RECOURS A LA CMU-C ET L'ACS PAR LES PERSONNES HANDICAPEES.....	219
PIECE JOINTE N°3 : LES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT DENIS PIVETEAU « ZERO SANS SOLUTION ».....	251

SYNTHESE

Le premier ministre par lettre du 11 mars 2014 a confié à l'IGAS une mission sur les « *liens entre handicap et difficultés dans l'accès aux droits et aux ressources* » des personnes handicapées. Cette mission fait partie des engagements du gouvernement annoncés lors de comité interministériel du handicap (CIH) du 25 septembre 2013. Elle fait suite aux regrets exprimés par les associations œuvrant dans le champ du handicap qui estimaient que les mesures du plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale ne comportaient pas suffisamment d'actions concernant spécifiquement les personnes en situation de handicap.

Comme souhaité par le premier ministre, la mission a recueilli les propositions d'un groupe de travail¹, les a expertisées, testées avec le groupe puis a formulé ses propres recommandations.

Afin de rester dans le cadre du plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, la mission a abordé dans son rapport les sept thématiques du plan :

- l'accès aux droits
- l'accès à l'emploi
- l'accès à l'hébergement et au logement
- l'accès à la santé
- l'enfance et la famille
- l'inclusion bancaire et la lutte contre le surendettement
- la gouvernance des politiques

Ce découpage des problématiques a semblé cohérent pour chaque thème - à un degré moindre pour les sujets hébergement/logement et de politiques familiales qui comportent moins d'aspects spécifiques aux personnes en situation de handicap et dont les problématiques semblent devoir être traitées dans le cadre commun du plan. La mission s'est donc attachée à faire des recommandations sur les sujets spécifiques aux personnes pauvres et en situation de handicaps sans aborder les problématiques globales de la pauvreté traitées dans le rapport annuel de l'IGAS sur le plan déjà cité.

Dans sa lettre de mission, le premier ministre n'a pas indiqué la nécessité d'aborder le sujet des ressources des personnes en situation de handicap, ce au regret des associations du secteur. Cependant afin de partir d'un diagnostic le plus complet possible, la mission présente une analyse des situations des personnes en situation de handicap et pauvres comparées aux autres personnes pauvres. Malgré le manque de données et d'études mobilisables suffisantes pour lesquelles la mission recommande un meilleur investissement des pouvoirs publics, la mission a pu en conclure que les personnes en situation de handicap vivent en moyenne moins dans la pauvreté que les autres personnes bénéficiaires de minima sociaux² et que l'amélioration de leur situation financière doit provenir plus d'une couverture de leur reste à charge des dépenses contraintes du fait de leur handicap que de l'augmentation de leur minimum social déjà sensiblement supérieur aux autres.

¹ Le groupe de travail, réuni à 4 reprises, comportait des acteurs locaux et nationaux « *chargés de dresser un état des lieux et d'identifier les difficultés spécifiques rencontrées par les personnes handicapées dans les domaines de l'accès à l'information, aux droits sociaux et à l'emploi et dans leurs relations avec les institutions.* » voir composition du groupe en annexe.

² Voir chapitre 1 et Note de la DREES pour la mission.

La mission a formulé les recommandations suivantes :

- **Accès aux droits** : la création des MDPH a amélioré l'accès aux droits pour les personnes concernées et elles fonctionnent partiellement comme un « guichet unique ». Cependant le renouvellement à intervalles trop court de certaines prestations et les mauvaises coordinations des acteurs provoquent trop de ruptures dans les droits. Pour cela la mission formule des recommandations pour améliorer les dispositifs, instruction simultanée de l'AAH et du RSA en cas de rupture de droit à l'AAH, extension des renouvellements d'AAH à 5 ans pour les cas justifiés, respect des délais d'instruction et accompagnement des demandeurs au remplissage de leurs dossiers.
- **Accès à l'emploi et à la formation** : le taux d'emploi et le niveau de formation des personnes en situation de handicap sont très médiocres malgré une amélioration du taux d'emploi légal de ces personnes, que ce soit dans le secteur privé ou le secteur public. Pour corriger cette situation la mission propose des mesures dans deux directions principales : tout d'abord une meilleure mobilisation des dispositifs existants en revoyant la périodicité et les modalités de renouvellement de la RQTH, une meilleure coordination entre les fonds AGEFIPH et FIPHP et un rapprochement physique entre les permanences de Cap Emploi et celles de Pôle Emploi. Ensuite un accès facilité à la formation en adaptant l'offre des organismes de formation en milieu ordinaire aux besoins des personnes concernées mais aussi d'une façon générale en incluant un volet «travailleurs handicapés » dans chaque accord interprofessionnel des partenaires sociaux qui seraient invités à reprendre ce sujet dans le cadre du prochain agenda social.
- **Accès à l'hébergement et au logement** : ce sujet, que le groupe a élargi à l'accueil et l'accompagnement, se pose en grande partie de la même façon que pour le reste de la population pauvre (offre, coût) auquel se rajoute pour les personnes en situation de handicap celui de l'accessibilité physique, non abordé dans ce rapport. Ce problème doit se traiter plus généralement dans le cadre du plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale qui prévoit la construction de 150 000 logements sociaux par an. Le groupe de travail a cependant insisté sur le manque d'accueil spécialisé pour les personnes souffrant de troubles mentaux tant en hébergement qu'en logement et sur la nécessité d'améliorer le suivi par les équipes de secteur psychiatrique, ainsi que la formation des travailleurs sociaux sur le handicap psychique.
- **Accès à la santé** : au-delà de la situation spécifique des personnes atteintes de troubles psychiques, le problème principal est celui du reste à charge des personnes concernées, une fois les remboursements effectués pour une population qui a accès aux couvertures sociales et complémentaires au moins autant que le reste de la population³.
Pour cela la mission recommande deux axes d'actions, la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé avec une attention particulière au suivi des personnes souffrant de troubles psychiques⁴ et la couverture des restes à charge des dépenses de santé par une augmentation du chèque ACS comme cela se pratique pour les allocataires de l'ASPA.
- **Enfance et famille** : la mission n'ayant pas abordé le champ des établissements médico-sociaux, les sujets de politiques familiales sont traités dans le droit commun. Cependant la mission recommande d'avoir une attention particulière vis-à-vis de ces familles lors des rendez vous des droits organisés par les CAF sur tout le territoire national et de mettre en place des actions spécifiques d'accompagnement vers l'emploi pour les aidants familiaux qui souhaitent reprendre une activité professionnelle.
- **Inclusion bancaire et lutte contre le surendettement** : ce thème a pris une place importante dans le plan de lutte contre la pauvreté et a fait l'objet de progrès dans le cadre de la loi du 26/07/13 de séparation et de régulation des activités bancaires dont les effets ne sont pas encore mesurables. La mission recommande de prévoir dans la programmation de

³ Voir étude du Fonds CMU pour la mission en PJ.

⁴ Ce sujet avait déjà fait l'objet d'une recommandation dans le rapport d'évaluation 2013 du plan de lutte contre la pauvreté

l'Observatoire de l'inclusion bancaire nouvellement créé des études sur l'accès aux comptes et au crédit des personnes en situation de handicap, données inexistantes actuellement. Une attention particulière devra être portée à l'accueil des personnes en situation de handicap dans le développement des points conseils budgets.

- **La gouvernance** : tout au long de ses investigations la mission a pu constater la complexité de certains dispositifs ainsi que le manque de coordination entre les différentes institutions. Cette remarque sans être spécifique aux personnes en situation de handicap est encore plus source de difficultés d'accès aux droits lors des renouvellements fréquents de ceux-ci. Pour faciliter les parcours des allocataires, en plus des propositions faites dans la partie « accès à l'emploi », la mission recommande des simplifications en souhaitant que la fusion de l'allocation de supplément d'invalidité et l'AAH comme la suppression de la carte d'invalidité soient mises à l'étude.

INTRODUCTION

La lettre de mission du premier ministre confie à l'IGAS l'animation d'un groupe de travail chargé de faire des propositions au gouvernement sur les difficultés d'accès aux droits, à l'information et à l'emploi pour les personnes cumulant des situations de handicap et de pauvreté. C'est donc les fruits de ce travail que la mission détaille dans ce rapport.

La première question que nous nous sommes posée est : y a-t-il une problématique particulière pour les personnes handicapées pauvres par rapport aux autres personnes handicapées ou autres personnes pauvres ? La réponse est plutôt négative. Cependant nous sommes face à une population qui vit le plus souvent une double discrimination dans les domaines de l'accès aux droits et à l'emploi, celle des personnes en situation de handicap (accessibilité, mobilité, formation professionnelle...) et celle des personnes pauvres (complexité d'accès aux prestations sociales, précarité, accès aux soins...) ce qui provoque des difficultés aggravées pour ces personnes, sans être totalement spécifiques.

Deuxième question, ce rapport ayant été commandé par le premier ministre dans le cadre de la mise en œuvre du plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, suite aux demandes des associations agissant dans le domaine du handicap qui regrettaient le manque de mesure spécifique à cette population, fallait-il aborder ce rapport indépendamment du plan ? La réponse de la mission est une nouvelle fois négative car la volonté du gouvernement d'agir globalement sur la pauvreté pour toutes les catégories de populations confrontées à celle-ci est cohérente, évite les stigmatisations (une des valeurs du plan), à condition d'envisager certaines adaptations en fonction des situations plus particulières, ce que la mission propose dans ce rapport.

C'est pour cette raison qu'elle a choisi de présenter ce rapport en suivant l'organisation du plan de lutte contre la pauvreté avec ses sept grands thèmes en mettant en exergue la situation spécifique des personnes concernées si tel est le cas :

- L'accès aux droits
- l'accès à l'emploi
- l'hébergement et le logement
- l'accès à la santé
- l'enfance et la famille
- l'inclusion bancaire et le surendettement
- la gouvernance des politiques.

Ces sept thèmes nous semblent rentrer dans le cadre de la lettre de mission du premier ministre avec une réserve sur celui qui concerne la famille et l'enfance plus éloigné du sujet.

Pour chacun des thèmes, la mission a :

- recueilli les constats et témoignages du groupe de travail, retracés en première sous-partie⁵ ;
- complété ces témoignages par des auditions complémentaires ou à des rapports afin d'affiner l'instruction et de se former un jugement, retracés en deuxième sous-partie⁶ ;
- enfin, conclu et formulé des recommandations pour chacun des thèmes, en sous-partie 3⁷.

⁵ dans les sous parties 2.1 ; 3.1 ; 4.1 ...

⁶ Dans les sous-parties 2.2 ; 3.2 ; 4.2 ...

⁷ Dans les sous-parties 2.3 ; 3.3 ; 4.3 ...

Le groupe de travail a été réuni trois fois entre mai et juin (voir compte-rendu en annexe). Plusieurs membres ont produit, pour la mission, des notes thématiques exprimant leur point de vue (voir annexe). Une réunion de conclusion fin septembre a permis à la mission de tester ses recommandations auprès du groupe, sans que celles-ci n'engagent leur responsabilité.

La mission n'a pas abordé de façon directe la question des ressources des personnes concernées (en particulier celle des minimas sociaux, AAH...). Celle-ci ne figurait pas dans la lettre de mission du premier ministre. Cependant la mission a eu à entendre les regrets des associations qui souhaitaient que ce sujet soit au centre de ce travail. Un courrier a été adressé au premier ministre dans ce sens par ces associations (voir en annexe). Pour bien comprendre la situation de ces personnes vis-à-vis des ressources et de l'emploi, la mission fait un focus particulier sur les statistiques à notre disposition avec l'aide de la DREES.

D'une façon générale la mission, comme le groupe de travail, ont pu constater la faiblesse statistique sur les problèmes rencontrés par les personnes en situation de handicap et aggravée si nous voulons avoir des données en fonction des types de handicaps. Deux raisons principales à cela, d'une part les statistiques sociales sont souvent réalisées à partir des revenus où la notion de handicap est rarement renseignée, mis à part l'enquête sur les bénéficiaires de minima sociaux. De plus le type de handicap n'est pas mentionné (cf infra, chapitre 1). Il semble important à la mission d'affirmer une volonté politique pour améliorer notre système statistique pour renforcer la connaissance des situations vécues par les personnes en situation de handicap, plus sur les dépenses spécifiques auxquelles les personnes en situation de handicap sont exposées que sur leurs revenus

1 RESSOURCES ET REVENUS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP : UN ETAT DES LIEUX QUI RESTE PARTIEL

Le nombre de personnes en situation de handicap est estimé entre 2 millions et 11,5 millions suivant les définitions retenues :

- au sens strict, 2 millions de personnes déclarent détenir une reconnaissance administrative du handicap ;
- au sens large, 11,5 millions si l'on ajoute les personnes qui ressentent un handicap, tel que défini par la Loi du 11 février 2005 (voir infra).

Les dernières enquêtes spécifiques « handicap - santé » ont été conduites par l'INSEE et la DREES entre 2007 et 2009. Il s'agit de 4 enquêtes nationales représentatives qui couvrent l'ensemble de la population handicapée vivant à domicile ou en institution, qui ont donné lieu à des études et travaux très riches. Ces enquêtes éclairent les situations de handicap et de perte d'autonomie, les obstacles rencontrés par les personnes dans leur vie quotidienne et leur vie sociale, leurs besoins d'assistance technique ou humaine, les aides effectivement dispensées, mais aussi les liens entre problèmes de santé, recours aux soins et handicap⁸.

Les données utilisées par la mission reposent sur ces enquêtes, en complément desquelles il existe des enquêtes triannuelles ou annuelles partielles, notamment sur l'emploi des travailleurs handicapés et sur les conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux, dont l'AAH⁹.

⁸ DREES -Dossier Solidarité et santé n°53, Mars 2014 <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss53.pdf>

⁹ Enquête sur les bénéficiaires de minima sociaux « BMS » <http://www.drees.sante.gouv.fr/mot45.html>

1.1 Les personnes en situation de handicap : entre 2 à 11,5 millions selon la définition retenue

1.1.1 2 à 2,5 millions d'adultes reconnus handicapés selon la référence aux situations administratives

Selon une définition du handicap qui se réfère aux situations administratives, le nombre de personnes handicapées varie entre 2 et 2,5 millions suivant les enquêtes :

En 2011, 2 millions de personnes sont reconnues handicapées selon l'enquête complémentaire à l'enquête emploi qui recense le handicap parmi les catégories suivantes¹⁰ :

- Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé¹¹ : 1 154 500 personnes ;
- Pension d'invalidité¹² : 765 800 personnes ;
- La carte d'invalidité¹³ : 758 400 personnes ;
- Allocation aux adultes handicapés¹⁴ : 673 300 personnes ;
- Rente accident du travail ou maladie professionnelle : 371 400 personnes ;
- Qualité de mutilé de guerre et assimilé...

Les types de reconnaissance peuvent être cumulatifs et ouvrent droit au bénéfice de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés.

Pour sa part, l'enquête handicap et santé réalisée par l'INSEE et la DREES en 2008 décompte 2,5 millions de personnes ayant une reconnaissance administrative du handicap, suivant une définition similaire mais plus précise : l'enquête identifie l'organisme qui verse l'allocation, l'existence d'une décision de la CDAPH ou encore le régime de sécurité sociale, et couvre la France entière, soit 56 300 personnes dans les DOM.

1.1.2 5,6 à 11,5 millions de personnes en situation de handicap selon la définition large issue de la loi handicap

La Loi du 11 février 2005 précitée définit le handicap de façon large comme « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison de son altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

Selon cette définition large, l'enquête emploi dénombre 9,7 millions de personnes en 2011, tandis que l'enquête handicap et santé conduite en 2008 en recense 11,5 millions.

¹⁰ Les critères peuvent se cumuler. Cette enquête est conduite tous les trois ans auprès des personnes adultes résidant en France métropolitaine en ménage ordinaire. La dernière enquête réalisée date de 2011 <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2013-066.pdf>. La prochaine enquête spécifique aux personnes en situation de handicap doit être menée avec l'enquête emploi fin 2014.

¹¹ Est considéré comme travailleur handicapé « toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielle, mentale ou psychique » L.5213-1 du code du travail.

¹² La pension d'invalidité s'adresse aux salariés qui à la suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle, se trouvent dans l'incapacité totale ou partielle de travailler. Voir définition et commentaires dans l'encadré infra.

¹³ La carte d'invalidité est délivrée à titre définitif ou pour une durée déterminée par la CDAPH aux personnes dont le taux d'incapacité permanente est au moins de 80 %, ou qui a été classée en 3e catégorie de la pension d'invalidité de la sécurité sociale (L241-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF)). Voir commentaire infra, partie Gouvernance.

¹⁴ Voir définition et commentaires infra

La différence entre 9,7 millions et 11,5 millions tient à deux éléments :

- L'enquête emploi retient la tranche d'âge 15- 64 ans alors que l'enquête handicap et santé retient toutes les personnes âgées de 15 ans et plus ;
- l'enquête emploi retient, en plus des critères retenus par l'enquête handicap et santé les « limitations prolongées vis-à-vis du travail », ce qui élargit le périmètre des personnes en situation de handicap¹⁵.

En retenant la tranche d'âge de 16 à 59 ans et les critères définis par l'enquête handicap et santé, repris dans le PLFSS, le nombre de personnes ayant des incapacités est de **5,6 millions**¹⁶.

1.2 Ressources, revenus, allocations et restes à charge : des notions mal cernées qui ne permettent pas de mesurer correctement le problème de la pauvreté des personnes en situation de handicap

1.2.1 Ressources et revenus : la disparité des définitions et des mesures

La connaissance de l'ensemble des ressources, notion plus large que les revenus¹⁷, suivant les catégories de population, n'est pas une donnée aisément disponible.

Si l'on se limite aux revenus, la difficulté d'approche est également importante, notamment lorsqu'on tente de rapprocher les critères de handicap et de pauvreté, mais les données existent : le niveau des revenus fiscaux et sociaux est mesuré par l'INSEE et la DREES, à partir d'un appariement entre l'enquête emploi de l'INSEE et les données administratives fournies par la DGFIP, la CNAF, la CCMSA et la CNAV. Ces données permettent de mesurer le taux de pauvreté monétaire, utilisé comme indicateur principal du Plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion, notamment dans sa mesure de l'impact des prestations sociales sur la réduction de la pauvreté¹⁸. Mais, selon la DREES, « *cette source ne fournit aucune indication sur la situation des personnes vis-à-vis du handicap* »¹⁹.

Dans l'attente, la DREES a fourni à la mission des données permettant de situer le niveau de vie des personnes ayant des incapacités au sens de l'enquête Handicap-Santé précitée. Ainsi en 2008, les ménages dans lesquels vivent ces personnes sont surreprésentés dans les trois premiers déciles de niveau de vie, qu'il s'agisse de personnes handicapées au sens large, ou de personnes ayant une reconnaissance administrative du handicap (cf annexe).

L'approche des revenus doit être nuancée par rapport à la fiscalité qui s'y attache. Ainsi, la Cour des comptes a dénombré 64 dépenses fiscales en faveur du handicap au sens large (incluant la dépendance) et 14 dépenses visant exclusivement les personnes handicapées ou leur famille, pour un coût de l'ordre de 2,3 Md€²⁰.

¹⁵ PLFSS 2014– Annexe 1 – Programmes de qualité et d'efficience – Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/24524.plfss>

¹⁶ Ouvrage précité et Note DREES (voir en annexe.)

¹⁷ les ressources des ménages sont principalement constituées des salaires perçus, des revenus de la propriété (intérêts, dividendes, revenus fonciers,...), de recettes provenant de leur production marchande et de prestations sociales (INSEE).

¹⁸ Evaluation de la première année de mise en œuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, François Chérèque et Simon Vanackère, IGAS, Tome II http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2013-024R_Tome_II.pdf

¹⁹ Note DREES pour la mission, juin 2014. Voir annexe.

²⁰ Cour des comptes, Rapport public annuel 2014 : « La fiscalité liée au handicap : un empilement de mesures sans cohérence » http://www.ccomptes.fr/content/download/64923/1553356/version/1/file/2_4_2_fiscalite_liee_handicap_Tome_I.pdf

Toutefois le nombre de bénéficiaires potentiels des mesures n'est connu qu'à partir des indications fournies par les déclarations de revenus. Par exemple, 1 359 000 foyers fiscaux concernés par le bénéfice de la demi-part supplémentaire sont décomptés par l'administration fiscale et présentés dans les documents budgétaires, alors que les bénéficiaires ayant tiré un avantage fiscal réel ne sont que 474 000²¹. Ces écarts entre les bénéficiaires théoriques et les bénéficiaires réels posent question, selon la Cour des comptes, sur la sincérité budgétaire.

Au-delà de cette observation de la Cour des comptes et pour rejoindre les préoccupations de la mission, cette situation recèle de nombreux cas de non-recours aux droits de nature fiscale des personnes en situation de handicap. Non-recours du fait de l'absence de mention de la situation de handicap dans la déclaration de revenus (le contribuable n'a pas « coché la case ») ou non-recours du fait de la faiblesse du revenu, situé en dessous du seuil d'imposition. Cette notion de non-recours sera développée dans le chapitre suivant relatif à l'accès aux droits.

Enfin, la Cour des comptes signale que « le système fiscal en faveur des personnes handicapées peut créer des inégalités importantes. Il amplifie notamment les effets du quotient familial, d'autant plus que l'avantage qu'il procure est déplafonné. Il a clairement, pour les familles les plus aisées, un effet redistributif « horizontal » : il apporte, en effet, aux foyers comportant une personne handicapée, comparativement aux autres foyers, un avantage fiscal supplémentaire qui peut être significatif. En revanche, il a un caractère anti-redistributif « vertical » marqué : l'avantage fiscal découlant des mesures accordées aux personnes handicapées est beaucoup plus important pour les familles aux revenus élevés que pour les foyers à revenus modestes. En outre, le dispositif des prestations accordées aux personnes handicapées ne permet pas de compenser totalement cette inégalité, un certain nombre d'entre elles, telles que l'AEEH ou la PCH, n'étant pas soumises à conditions de ressources. Pour mesurer de façon encore plus précise l'impact de la fiscalité sur le revenu des personnes handicapées et de leur famille, il serait nécessaire de prendre également en compte les effets induits des dépenses fiscales sur l'attribution d'autres prestations, notamment les aides locales soumises à conditions de ressources».

En conclusion, la notion de revenu des personnes handicapées est délicate à appréhender, du fait des critères variables de reconnaissance du handicap d'une part, et du fait de la fiscalité du revenu qui s'y rattache. En effet, selon qu'elle consiste en réduction d'impôt ou en crédit d'impôt, elle engendre des effets anti-redistributifs dans le premier cas, et des risques de non-recours dans les deux cas.

Néanmoins, la mission a examiné l'impact de l'allocation adulte handicapé et des pensions d'invalidité, la situation des dépenses spécifiques liées au handicap, des prestations de compensation existantes et des restes à charge, et émet deux recommandations (voir ci-dessous).

1.2.2 Les revenus des allocataires de l'allocation adulte handicapé : une approche partielle de la situation par rapport à la pauvreté

L'allocation adulte handicapé est le deuxième minimum social en nombre d'allocataires après le RSA, soit 988 478 contre 1 538 165 bénéficiaires du RSA socle fin 2013 (France entière)²².

Mais par sa nature, la comparaison entre le niveau de l'AAH et celui des autres allocations ou avec le seuil de pauvreté doit être assortie de précautions :

²¹ Rapport de la Cour des comptes précité, page 313. Ces dépenses fiscales ne sont pas des crédits d'impôt mais des réductions d'impôt, qui ne bénéficient qu'aux foyers aux revenus imposables. Or sur les 1 359 000 foyers comprenant un adulte handicapé, 213 571 avaient un revenu fiscal de référence inférieur à 1 000 €.

²² Minima sociaux et prestations sociales, DREE http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/minima_sociaux_2013.pdf

L'allocation adulte handicapé : une allocation particulière parmi les minima sociaux

Comme le RSA, l'allocation aux adultes handicapés est une allocation différentielle soumise à condition de ressources, calculée par les CAF et les MSA sur la base de revenus du foyer. Elle est subsidiaire par rapport à la pension d'invalidité et l'allocation supplémentaire invalidité, la rente d'accident du travail ou avantage vieillesse. S'y ajoutent des critères médicaux et sociaux évalués par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Par nature, l'AAH diffère du RSA qui est un revenu de subsistance, tout au moins dans sa partie « socle ». En effet, l'AAH répond à deux besoins différents :

- un revenu de subsistance pour les personnes en situation de handicap dans l'incapacité totale de travailler ;
- une compensation aux insuffisances des revenus du travail et qui a un rôle d'incitation à accompagner à l'emploi et non s'y substituer.

Toutefois, dans le langage commun comme dans les études ou statistiques à disposition, l'AAH est le plus souvent assimilée à un minimum social.

La réforme de l'AAH a conduit à resserrer son lien avec l'emploi et à introduire des mécanismes d'encouragement à l'emploi, l'objectif est de faire de l'AAH un « *tremplin vers l'emploi en améliorant l'incitation financière à travailler pour ceux qui le peuvent et en actualisant de manière plus réactive le montant de l'AAH aux besoins immédiats de la personne* », selon le rapport du gouvernement au parlement de février 2012.

Elle est par définition cumulable avec les allocations logement et les prestations familiales.

Source : Mission d'après DGCS

Le nombre d'allocataires de l'AAH n'a cessé d'augmenter depuis sa création en 1987 : +3 % chaque année. L'AAH a été revalorisée de 25 % en 5 ans, conformément au plan pluriannuel de revalorisation décidé par le président de la république lors de la première conférence nationale de handicap de 2008, ce qui accroît le nombre de bénéficiaires de l'allocation : 997 000 fin 2012 contre 848 800 fin 2008, soit 2,2 % de la population française.²³

Le nombre d'allocataires fin 2014 dépassera le million (1 028 200), pour une allocation mensuelle moyenne de 680 €, soit un coût de 8,6 Mds€ pour 2014²⁴.

²³ DREES. Voir Minima sociaux et prestations sociales, ouvrage précité.

²⁴ Estimation DREES pour le PLF 2014

Tableau 1 : Revenu minimum garanti selon le minimum social et la composition du foyer

En euros						
Composition du foyer	RSA socle seul non majoré	RSA socle seul majoré	RSA activité ¹	ASS	AAH	Minimum vieillesse
Personne seule	509,30	654,00 (grossesse)	De 499,31 à 1255	De 483,30 à 1127,70	800,45	800
Personne seule avec un enfant	763,95	874,00	De 748,97 à 1891			De 483,30 à 1772,10
Couple sans enfant		-	De 748,97 à 1891			
Couple avec un enfant	916,74	-	De 898,76 à 2273			

Lecture :

Le plafond de revenu pour bénéficier du RSA socle est de 509,30 € pour une personne seule. Si la personne n'a pas de revenu ou des revenus inférieurs à ce montant forfaitaire, elle touche une allocation de RSA représentant la différence entre ce montant forfaitaire et ses revenus.

Définitions :

Le RSA socle s'adresse aux personnes dont l'ensemble des ressources est inférieur au montant forfaitaire (ex-RMI).

Le RSA socle majoré s'adresse aux parents assumant seuls la charge d'au moins un enfant né ou à naître (ex-API)

Le RSA activité est versé aux foyers dont le revenu d'activité est supérieur au montant forfaitaire mais inférieur au revenu garanti.

L'ASS est versée aux chômeurs ayant épuisé leurs droits à l'assurance chômage et justifiant d'au moins 5 ans d'activité salariée au cours des 10 ans précédant la rupture du contrat de travail

L'AAH s'adresse aux personnes handicapées ne pouvant prétendre ni à un avantage vieillesse ni à une rente d'accident du travail ou pension d'invalidité.

Les allocations du minimum vieillesse assurent aux personnes âgées de + de 65 ans (60 ans en cas d'incapacité au travail) un revenu égal au minimum vieillesse (ASPA/ASV).

Note • La présence ou non d'enfants ne modifie pas le revenu minimum garanti par l'ASS et le minimum vieillesse.

Pour le RSA activité et l'ASS, le revenu garanti augmente avec le revenu d'activité.

N.B : Le montant de l'AAH ne varie pas, que le bénéficiaire soit seul ou en couple, qu'il ait des enfants à charge ou pas.

Source : DGCS : RSA : D. n° 2014-1127 et n° 2014-1128 du 3 octobre 2014; AAH : décret no 2014-1129 du 3 octobre 2014, ASPA : décret n°2014-1215 du 20 octobre 2014

L'enquête sur les bénéficiaires de minima sociaux réalisée par la DREES fournit les données les plus récentes sur la pauvreté en conditions de vie des personnes en situation de handicap. Cette enquête concerne les personnes handicapées allocataires de l'AAH uniquement, et non pas les personnes handicapées au sens de l'enquête emploi de l'enquête handicap santé citée plus haut, mais elle est la plus récente et la plus fournie en données sur les conditions de vie.

Selon cette enquête, à la fin de 2012, plus de la moitié des bénéficiaires de minima sociaux (RSA, ASS, ASPA, AAH) sont pauvres en conditions de vie, contre un tiers des personnes modestes (relevant des deux premiers déciles de niveau de vie) et 12 % en moyenne nationale²⁵. Ce taux atteint 67 % pour les bénéficiaires du RSA et 37% pour les bénéficiaires de l'AAH, soit une proportion trois fois plus importante que la population générale.

En conclusion, les bénéficiaires de l'AAH sont relativement moins nombreux que les bénéficiaires de minima sociaux à être pauvres en conditions de vie²⁶.

²⁵ DREES : « Les conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux en 2012 : privations et difficultés financières », Etudes et résultats n°871, fév 2014. <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er871.pdf> Une personne ou un ménage est dit « pauvre en conditions de vie » lorsqu'il cumule au moins 8 difficultés parmi les 27 retenues, regroupées en 4 domaines : contraintes budgétaires, retards de paiement, restrictions de consommation et difficultés liées au logement.

²⁶ Voir note DREES précitée.

Tableau 2 : Taux de pauvreté en conditions de vie et types de difficultés rencontrées

En %	Population générale	Population générale 1 ^{er} quintile de niveau de vie	Ensemble des bénéficiaires de min sociaux	Dont AAH
Pauvreté en condition de vie	11,8	32,9	56,5	38,0
Contraintes budgétaires	14,4	30,4	45,6	29
Retards de paiement	8,7	21,4	32,3	17,9
Restrictions de consommation	10,9	29,3	58,4	43,2
Difficultés liées au logement	6,5	14,5	20	15,8

Définition : la pauvreté en conditions de vie comporte 4 grandes composantes : les contraintes budgétaires, les retards de paiement, les restrictions de consommation et les difficultés de logement. Voir détail dans la note DREES figurant en annexe.

Champ : bénéficiaires de plus de 16 ans, au 31 décembre 2011, d'une des prestations retenues et résidant en ménage ordinaire en France métropolitaine.

Source : DREES, enquête 2012 sur les conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux, INSEE, enquête sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) 2011.

1.2.3 5,9 Md € de revenus issus des pensions d'invalidité

Le dispositif d'invalidité couvre le risque de « ne plus pouvoir travailler dans des conditions normales à la suite d'un accident ou d'une maladie. Destiné aux assurés sociaux, il leur permet de recevoir une pension qui compense en partie la réduction ou la perte du revenu professionnel. »²⁷

Les dépenses d'invalidité tous régimes s'élèvent à environ 5,9 Md € en 2012, en croissance du fait du recul de l'âge de départ à la retraite et de la revalorisation des pensions²⁸. 580 000 pensionnés relèvent du régime général, 25000 (salariés) de la MSA et 26000 du RSI.

Les pensionnés pour invalidité peuvent recevoir, si leur pension est inférieure à un plafond, une allocation supplémentaire d'invalidité versée par l'Etat (ASI). Enfin, si ces deux revenus cumulés sont inférieurs à 800 € mensuels²⁹, l'AAH est attribuée de manière subsidiaire par rapport aux pensions et allocations perçues (cf encadré).

La pension d'invalidité, l'allocation supplémentaire d'invalidité et l'allocation adulte handicapé

La pension d'invalidité s'adresse aux salariés, fonctionnaires et, sous certaines conditions, aux travailleurs indépendants qui, à la suite d'un accident ou d'une maladie non professionnelle, sont dans l'incapacité totale ou partielle de travailler, suite à la décision prise par la caisse d'affiliation à la suite de la reconnaissance de l'incapacité de travail de la personne par un médecin-conseil.

L'incapacité s'apprécie en fonction de l'âge, de l'état général, de la capacité de travail restante, des facultés physiques et mentales du requérant, ainsi que de son aptitude et de ses capacités professionnelles. À ces critères médicaux s'ajoutent deux conditions : une condition d'âge (avoir un âge inférieur à l'âge légal de départ à la retraite) et une condition d'ouverture de droits (avoir été immatriculé depuis au moins 12 mois à la date de l'arrêt de travail et avoir travaillé au moins 800 heures ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du SMIC horaire.)

La pension est calculée sur la base du salaire annuel moyen, déterminé à partir des salaires des 10 meilleures années d'activité et en fonction de la catégorie d'invalidité dans laquelle a été classé l'assuré. Selon la catégorie, le montant est entre 30 ou 50% du salaire annuel moyen, avec un minimum de 280 € par mois et un maximum de 1564 € (barèmes au 1^{er} avril 2014).

²⁷ DREES - Les retraités et les retraites, édition 2014.

²⁸ Rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2013. Fiche éclairage sur les dépenses d'invalidité http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/fiche_eclairage_5_depenses_invalidite.pdf

. voir aussi Les comptes de la sécurité sociale, juin 2014.

²⁹ Seuil fixé par le décret précité du 3 octobre 2014.

Une allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) complète la pension lorsque les ressources du bénéficiaire n'excèdent pas un plafond mensuel fixé à 702 € pour une personne isolée et 1229 € pour les personnes vivant en couple. Son montant, dégressif en fonction des ressources du ménage, est au maximum de 403 € par mois pour une personne ou 666 € si les deux conjoints en bénéficient (arrêté du 1^{er} avril 2014). L'ASI est versée par la caisse d'affiliation pour le compte de l'Etat, représente un coût total de 255M€ versés à 75 600 bénéficiaires, en 2012. Le PLF 2014 prévoit une dépense de 247,5 M€, en légère baisse du fait de la réduction du nombre des bénéficiaires due à la revalorisation du montant des pensions d'invalidité³⁰.

L'allocation adulte handicapé est attribuée de manière subsidiaire par rapport aux pensions perçues (pension d'invalidité, ASI, pension de réversion ou rente d'accident du travail). Son montant représente la différence entre le montant des revenus et 800 €.

Ainsi, fin 2013, 108 409 pensionnés (invalidité ou autre pension) percevaient de la CNAF une AAH d'un montant moyen de 301 € (pour les pensionnaires de pension d'invalidité seule) ou de 199 € (dans le cas d'autres pensions). 6265 personnes percevaient, outre l'ASI, l'AAH pour un montant moyen de 179 €.

Source : Mission d'après PLF, Commission des comptes de la sécurité sociale et CNAF

Le manque d'articulation entre les régimes d'invalidité et la politique du handicap a été souligné par l'IGAS dans son rapport récent sur l'évaluation de l'état d'invalidité en France³¹.

La mission partage ces diagnostics et recommandations. La coordination entre handicap et invalidité sera abordée dans la partie sur l'accès à l'emploi et sur la gouvernance.

1.2.4 La compensation des dépenses liées au handicap : les dépenses, les prestations et les restes à charge sont partiellement définis et mal mesurés

En corollaire du sujet des revenus, le groupe de travail a rappelé l'importance et la spécificité des dépenses encourues par les personnes en situation de handicap. En effet, celles-ci sont exposées à des dépenses particulières : aides humaines, aides techniques, aménagement du logement, dépenses de santé... qui, malgré la fiscalité ou les prestations de compensation, entraînent des restes à charge pouvant impacter leur niveau de vie.

Le principe de compensation des dépenses est inscrit dans la loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et mis en œuvre au travers de la création de la prestation de compensation du handicap (PCH).

³⁰ Voir PAP Programme 157 Handicap et dépendance

³¹ « L'évaluation de l'état d'invalidité en France : réaffirmer les concepts, homogénéiser les pratiques et refondre le pilotage du risque », [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-059P - TOME I Rapport.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-059P_-_TOME_I_Rapport.pdf)

La prestation de compensation du handicap

La prestation de compensation du handicap, créée par la Loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005, est destinée à couvrir les surcoûts de toute nature liés au handicap dans la vie quotidienne, qu'il s'agisse d'aides humaines (pour les actes essentiels, la surveillance régulière ou les frais liés à l'exercice d'une activité professionnelle ou fonction électorale), d'aides techniques (produits ou équipements), d'aménagement du logement ou du véhicule, des aides animalières ou encore des aides exceptionnelles ou spécifiques.

Elle est attribuée selon des tarifs et un taux de prise en charge fixés par arrêté ministériel, quel que soit le revenu³², pour des personnes ayant des « *difficultés absolues pour la réalisation d'une activité ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités* ».

La décision d'attribution relève de la CDAPH. La PCH est financée par le département et par la CNSA, et liquidée et payée par le département, chaque mois ou ponctuellement en fonction de la nature de la prestation compensée.

Fin 2013, 163 000 personnes ont bénéficié de la PCH, pour un montant de 1,5 Md€.

Source : Mission d'après CNSA et Guide pratique de l'emploi des personnes handicapées, Ministère du travail, Documentation française.

La mission a noté par ailleurs que l'AAH se cumule avec l'APL, et peut se cumuler sous certaines conditions avec une majoration pour vie autonome de 104 €/mois³³, alors que l'allocataire du RSA voit son allocation déduite d'un forfait logement de 60 € s'il reçoit une aide au logement, s'il est logé gratuitement ou s'il est propriétaire sans remboursement d'emprunt (cf chapitre logement-hébergement).

Enfin, la loi du 11 février 2005 a créé le Fonds départemental de compensation du handicap (FDC) géré au sein de la MDPH par un comité de gestion rassemblant les financeurs (Etat, départements, caisses de sécurité sociale, etc.). Le FDC accorde « *des aides financières destinées à permettre aux personnes handicapées de faire face aux frais de compensation restant à leur charge, après déduction de la PCH... Les frais de compensation restant à la charge du bénéficiaire de la prestation prévue à l'article L. 245-6 ne peuvent, dans la limite des tarifs et montants visés au premier alinéa dudit article, excéder 10 % de ses ressources personnelles nettes d'impôts dans des conditions définies par décret.*³⁴ »

Le décret d'application n'a pas été pris.

³² Le taux de prise en charge peut varier selon les ressources du bénéficiaire mais pas selon les revenus. « *Les revenus d'activité professionnelle de l'intéressé et de son conjoint sont exclus des ressources retenues. Celles à prendre en compte sont donc principalement les revenus du patrimoine. Le taux de prise en charge est fixé à 100 % si les ressources sont inférieures ou égales à deux fois le montant annuel de la majoration pour tierce personne et de 80 % si les ressources sont supérieures au montant de cette majoration. En pratique, cette condition est très rarement appliquée* » Cf Rapport IGAS précité sur l'évaluation de la PCH.

³³ La majoration pour vie autonome est attribuée aux bénéficiaires de l'AAH (avec un taux d'incapacité supérieur à 80%) ou aux bénéficiaires d'une pension d'un avantage vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente accident du travail qui disposent d'un logement pour lequel la personne bénéficie d'une aide au logement.

³⁴ [Loi n°2005-102 du 11 février 2005 - art. 64 JORF 12 février 2005](#) et article L.146-5 du CASF.

En l'absence de précisions attendues par ce décret, les personnes bénéficiaires sont exposées à des restes à charge difficiles à mesurer : l'IGAS dans son rapport sur l'évaluation de la prestation du handicap déplorait l'absence de parution du décret précité, avec la justification suivante : « *Il importerait de baliser les conditions de détermination d'un plafond de reste à charge en fonction du niveau de revenu des personnes handicapées. En effet, des restes à charge trop importants peuvent dissuader de recourir à la PCH elle-même. Il importe que la CNSA fasse un travail d'évaluation préalable de la mise en oeuvre de ce seuil de 10 %, afin de maîtriser le coût d'une telle mesure pour les FDC.* »³⁵. Les rapporteurs recommandaient de « *prendre le décret d'application de l'article L. 146-5 du CASF pour déterminer les conditions de calcul des restes à charge des personnes handicapées après intervention des fonds départementaux de compensation* » et de « *mettre en place des barèmes de restes à charge ou des tickets modérateurs en fonction du niveau de revenu des personnes handicapées* » (recommandations n°43 et 50).

Interrogée par la présente mission sur la prise en compte de ces recommandations, la DGCS a indiqué que le niveau des restes à charge pratiqué par les Fonds départementaux de compensation s'élève à 14 % en moyenne nationale, mais avec de forts écarts entre les départements (de 2 % à 59 %) (résultats provisoires de l'enquête CNSA, 2010).

Elle confirme que la diversité des règles de solvabilisation pratiquées par les FDC est liée en partie à l'absence de publication du décret susmentionné.

La mission renouvelle donc la recommandation précédemment formulée par la mission IGAS précitée :

Recommandation n°1 : Prendre le décret d'application de l'article L.146-5 du CASF pour déterminer le calcul de restes à charge des personnes handicapées après intervention des fonds départementaux de compensation.

La Cour des comptes, dans son rapport précité sur la fiscalité liée au handicap, relève la superposition de mesures de solidarité (prestation de compensation du handicap) et de mesures fiscales (taux réduit de TVA à 5,5 %, crédit d'impôt pour l'équipement de la résidence principale) ainsi que l'obsolescence et la non-concordance des listes de dépenses éligibles à la compensation, formulée d'une part dans l'arrêté du ministre chargé des affaires sociales³⁶ et précisé dans le Guide du CNSA à l'intention des MDPH, et d'autre part par la législation fiscale.

Elle recommande d'actualiser périodiquement les listes de matériels concernés par les exonérations fiscales (appareillages, équipements du logement) et selon les évolutions techniques.

Au niveau macroéconomique, la mesure du « reste à charge » des ménages en matière de santé, fournie par les Comptes nationaux de la santé, établit à 9,2 % les dépenses de santé restant à la charge des ménages, après déduction des aides publiques³⁷.

Que ce soit des données macroéconomiques ou des études ciblées sur les restes à charge que la mission a examinées³⁸, celles-ci n'épuisent pas la question.

Dans son rapport public annuel de 2014, la Cour des comptes observe « *qu'il serait nécessaire de disposer d'une enquête permettant de mieux appréhender les composantes du revenu des ménages comportant une personne handicapée. Ces outils d'analyse font actuellement défaut* » et

³⁵ Rapport IGAS/IGA N°RM2011-131P sur l'évaluation de la Prestation de compensation du handicap <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000620/0000.pdf>

³⁶ Arrêté du 18 juillet 2008 modifiant l'arrêté du 28 décembre 2005 modifié fixant les tarifs des éléments de la prestation de compensation mentionnés aux 2o, 3o, 4o et 5o de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles

³⁷ Le reste à charge des ménages est mesuré à un niveau macroéconomique dans les Comptes nationaux de la santé, par différence entre la consommation de santé et les dépenses prises en charge par la Sécurité sociale, les complémentaires ou l'Etat. Voir DREES, Etudes et résultats n°890, septembre 2014 « Les comptes nationaux de la santé en 2013, <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er890.pdf> ».

³⁸ Enquête CISS/ SantéClair/ 60 millions de consommateurs « Hospitalisation : des restes à charge imprévisibles », mai 2014

recommande de « *mieux appréhender le nombre et la situation des personnes handicapées, notamment en améliorant la connaissance de leurs revenus par les enquêtes de l'INSEE et de la DREES*³⁹ ».

La mission adhère aux conclusions de la Cour : elle considère qu'il est indispensable que les institutions, et en premier lieu la DREES et l'INSEE, soient en capacité d'améliorer la connaissance, de programmer rapidement de nouvelles enquêtes handicap et santé dont les dernières remontent à 2007-2009 et dont la réalisation n'est prévue qu'à rythme décennal, d'apparier plus systématiquement les enquêtes sur les revenus fiscaux avec les données administratives et sociales et d'améliorer la connaissance sur les dépenses spécifiques des ménages comprenant une personne en situation de handicap.

Enfin, la mission considère que la méconnaissance sur la nature et le niveau des ressources est source de malentendus et de tensions entre les institutions et les personnes concernées d'une part et avec les associations d'autre part, et constate l'inégalité de traitement sur le territoire : inégalités relatives aux prestations d'invalidité (l'IGAS et le SGMAP dans leur rapport sur l'AAH⁴⁰ fait état d'un écart des taux d'attribution allant de un à trois au sein d'un même régime), au niveau de l'attribution de l'AAH pour lequel l'IGAS recommande une équité dans le traitement, et au niveau des restes à charge après prestation de compensation du handicap.

En conclusion, en dépit du diagnostic réalisé par la mission sur les revenus, les dépenses, les compensations et les restes à charge, ce à la demande du groupe de travail sur le handicap, la mission n'a pu instruire de manière approfondie ce volet, pour des raisons de connaissance mais aussi pour des raisons de fond : la mission rappelle en effet l'ambiguïté de l'AAH, qui de droit est une allocation destinée à compenser les insuffisances de revenu du travail dues au handicap, mais de fait est considérée comme un revenu minimum.

En complément de l'AAH, la loi de 2005 a créé la prestation de compensation de handicap, conçue pour compenser effectivement et équitablement les dépenses spécifiques des personnes handicapées et limiter leur reste à charge.

C'est pourquoi la mission recommande l'amélioration de la connaissance sur les revenus et les dépenses spécifiques des personnes en situation de handicap.

Elle considère qu'il est indispensable que les institutions et en premier lieu la DREES et l'INSEE, soient en capacité de réaliser rapidement de nouvelles enquêtes handicap et santé dont les précédentes datent de 2007-2009 et dont la programmation n'est prévue qu'à rythme décennal, d'apparier plus systématiquement les enquêtes sur les revenus fiscaux avec les données administratives et sociales, d'améliorer la connaissance sur les dépenses spécifiques et les restes à charge des personnes en situation de handicap.

Recommandation n°2 : Les institutions et en premier lieu la DREES et l'INSEE doivent inscrire de manière prioritaire dans leur programmation la réalisation d'enquêtes complémentaires aux enquêtes handicap et santé, l'appariement plus systématique des enquêtes sur les revenus fiscaux avec les données administratives et sociales, et l'amélioration de la connaissance des dépenses spécifiques et des restes à charge des personnes en situation de handicap.

Pour autant, la mission n'en fait pas une condition préalable et suffisante qui lui permette de former un jugement sur la pauvreté spécifique des personnes en situation de handicap, tant celle-ci réunit des paramètres, des notions et des précautions d'usage à nuancer.

³⁹ rapport précité

http://www.ccomptes.fr/content/download/64923/1553356/version/1/file/2_4_2_fiscalite_liee_handicap_Tome_I.pdf

⁴⁰ Rapport de l'IGAS et du SGMAP sur les « Propositions d'amélioration de la gestion du dispositif », avril 2014.

Amélioration de la connaissance des revenus et ressources : Recommandations

N°	Recommandation	Autorité responsable	Justification	Faisabilité/ conditions de succès
1	Prendre le décret d'application de l'article L.146-5 du CASF pour déterminer le calcul de restes à charge des personnes handicapées après intervention des fonds départementaux de compensation	DGCS	Clarifier le calcul des restes à charge induits par la situation de handicap	Voie réglementaire
2	Les institutions et en premier lieu la DREES et l'INSEE doivent inscrire de manière prioritaire dans leur programmation d'enquêtes complémentaires aux nouvelles enquêtes handicap et santé, l'appariement plus systématique des enquêtes sur les revenus fiscaux avec les données administratives et sociales, et l'amélioration de la connaissance des dépenses spécifiques et des restes à charge des personnes en situation de handicap.	DREES INSEE	Améliorer la connaissance de la situation des personnes handicapées	Programmation des études et des moyens dans le cadre budgétaire existant

2 L'ACCES AUX DROITS

L'accès aux droits est central dans le plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Il couvre la problématique de non-recours aux allocations, notamment aux minimum sociaux (taux d'accessibilité aux minima sociaux), l'accès à l'information et la complexité d'accès aux droits, mais aussi l'accueil et l'accompagnement des personnes. Il fait l'objet d'un travail important avec l'aide du SGMAP dans deux départements (Seine et Marne et Loire-Atlantique), qui expérimentent la mise en place d'un dossier simplifié regroupant plusieurs prestations sociales⁴¹.

Cette étude du SGMAP conclut qu'au-delà de la complexité des dossiers à remplir pour avoir accès aux prestations sociales, la multiplication des intervenants sociaux relevant d'organismes différents dans des lieux différents accroît les difficultés.

Lors des trente rencontres en région sur le plan de lutte contre la pauvreté la thématique du guichet unique et d'intervenants sociaux polyvalents a souvent été soulevée. Pour les personnes en situation de handicap, la création de la Maison Départementale des Personnes Handicapées par la loi du 11/02/2005 règle en partie ces obstacles. C'est une avancée positive dans l'accompagnement des personnes à la fois handicapées et pauvres même si certains dysfonctionnements mis à jour ici peuvent encore compliquer leurs démarches.

Au-delà de ce sujet de la complexité des droits aux allocations et de leur compréhension par les personnes concernées qui influent sur les taux de non recours, ce qui est apparu le plus important par le groupe de travail, ce sont les risques de rupture lors des renouvellements de ces droits. Risques de ruptures du fait soit du retard du dépôt du dossier par le demandeur soit de la lenteur de réponse des MDPH, provoquant des ruptures de droits et de ressources ou au contraire d'indus à rembourser si la CAF fait l'avance de droits supposés.

Cette situation concerne tout particulièrement les personnes passant d'un minima social à un autre, (passage de l'AAH vers le RSA) mais aussi du fait des changements de ressources ou de situation professionnelle.

Les témoignages signalés par le groupe de travail ont été étayés et argumentés par la mission par l'examen du droit, des données et des rapports existants sur le sujet ainsi que les auditions complémentaires, notamment auprès de la CNSA et de la CNAF.

⁴¹ revenu de solidarité active (RSA), allocation spécifique de solidarité (ASS), allocation de solidarité pour les personnes âgées (ASPA), CMU, aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), aides au logement (APL). Voir Rapport d'évaluation de la première année de mise en œuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Rapport IGAS 2013-024R, François Chérèque Simon Vanackère, janvier 2014.

2.1 De nombreux constats du groupe de travail témoignent de la précarité des personnes en situation de handicap dans l'accès aux droits

2.1.1 Les ruptures de parcours sont les principaux facteurs de précarité

Le groupe de travail a relevé de nombreux exemples qui tendent à montrer les risques ou l'accroissement de la précarité des personnes en situation de handicap dans leur accès aux droits : depuis la dernière réforme de l'AAH (Décret du 11 août 2011), la durée du droit à allocation est réduite de un à deux ans maximum pour une personne ayant un taux d'incapacité compris entre 50 et 80 %, alors qu'elle pouvait atteindre 5 ans antérieurement. Seules les personnes atteintes d'un taux d'incapacité supérieur à 80% continuent de bénéficier d'un droit à AAH jusqu'à 5 ans maximum.

Dans ce nouveau contexte, le groupe a relevé les risques de ruptures de droits à l'AAH, lorsque l'allocataire a dépassé le délai de renouvellement de la demande. Dans ce cas la CAF interrompt le versement de l'AAH et la personne doit remplir un nouveau dossier auprès de la MDPH pour demander de nouveau un droit.

De l'avis du groupe, il est fréquent que des dossiers de demande de renouvellement soient remis en retard, notamment de la part de personnes ayant un handicap psychique et pour qui la présence d'un tiers aidant est indispensable. Pour sa part, la MDPH de la Somme estime que sur 3000 personnes gérées en 2013, une centaine d'entre elles se voient rompre leurs droits.

Pour pallier le risque de rupture, la CAF avise l'allocataire plusieurs mois avant l'échéance de la nécessité de renouveler ses droits en complétant un dossier de demande auprès de la MDPH. Le délai de prévenance est déterminé conjointement avec la MDPH en fonction de ses délais de traitement, variables suivant les départements.

La CAF peut mettre en place le dispositif d'avance sur droits supposés qui permet de maintenir les versements dans l'attente de la décision de la CDAPH sur le renouvellement des droits. Sinon le versement prend fin.

Parmi les pistes de solutions évoquées, outre l'assouplissement des durées d'ouverture de droit, le groupe suggère une instruction simultanée du RSA dès lors que le renouvellement du droit à l'AAH est refusé par la CDAPH, par échange de données entre la CAF (ou la MSA) et la MDPH ce qui éviterait au demandeur de reconstituer un nouveau dossier de demande de RSA.

2.1.2 La compensation des dépenses liées au handicap est insuffisante ou inadaptée

Le groupe souligne également l'insuffisance du droit à compensation des dépenses liées au handicap : selon l'UNAFAM, la prestation compensatrice de handicap (PCH) ne serait pas adaptée aux personnes en situation de handicap psychique, alors qu'elle paraît mieux adaptée pour le handicap physique et sensoriel. Le dossier rempli par la personne suivant le guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée « GEVA »⁴² qui constitue le référentiel national d'accès à la PCH paraît mal adapté à certains handicaps (handicap psychique). Selon l'UNAFAM, les critères retenus par ce guide pour estimer le taux d'incapacité selon la « *capacité à réaliser des gestes simples* » (manger, ranger, se déplacer, marcher, faire ses courses, nettoyer, faire la vaisselle, se laver...) sont peu compatibles avec le fait de se mouvoir de façon autonome dans son logement.

⁴² Décret 2008-110 du 6 février 2008. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018086522>

En effet, la PCH couvre cinq catégories de besoins : les aides humaines, les aides techniques, les aménagements de logement ou du véhicule, les frais de transport, les aides spécifiques et les aides animalières. Par définition, les activités domestiques n'entrent pas dans les besoins couverts par la PCH car celle-ci est une aide à la personne et non pas une aide ménagère. Le groupe a souligné que ces besoins peuvent être de fait importants en fonction du handicap et aller au-delà des prestations couvertes par le régime de l'aide à domicile⁴³.

2.1.3 Le manque d'accessibilité physique et de lisibilité de l'information ou des décisions constituent d'autres facteurs de précarité

Le groupe a relevé :

- les difficultés générales de mobilité et d'accès physique aux services publics ;
- les difficultés liées à la fracture numérique : l'accès à l'information des services publics et le traitement des dossiers en ligne, sont mal adaptés à certains handicaps ;
- la méconnaissance par la CAF de la nature du handicap déclenchant le droit à l'AAH. Cette information ne figure pas dans le dossier transmis par la MDPH à la CAF (MSA). Celle-ci est privée ainsi d'éléments d'informations utiles qui lui permettraient de mieux adapter sa communication à l'allocataire en fonction du type de handicap, notamment les modalités d'avertissement avant l'échéance du renouvellement. Un courrier administratif standard ne peut suffire.

De même, le bénéficiaire peut recevoir de la CDAPH la notification d'un taux d'incapacité ouvrant droit à l'AAH mais, quelques temps après, peut recevoir de la CAF un droit ... de montant nul du fait du calcul du montant des revenus.

Pour remédier à cette communication qui peut apparaître contradictoire entre les institutions et être source d'insécurité pour le demandeur, le groupe suggère une seule notification conjointe de la MDPH et de la CAF (ou MSA) vis-à-vis du bénéficiaire.

2.2 Les rapports, les expérimentations et les auditions confirment les constats du groupe sur les difficultés d'accès aux droits

2.2.1 Afin de réduire le non recours aux droits, le Défenseur des droits a établi un réseau de délégués référents en matière de handicap

Les réclamations auprès du Défenseur des droits concernent en majorité les situations de handicap et de santé⁴⁴. Au vu de ce constat et afin d'améliorer le traitement des réclamations des personnes en situation de handicap, le Défenseur des droits a installé dans chaque département un délégué référent en matière de handicap, correspondant privilégié de la MDPH, et souhaite renforcer son réseau de collaboration entre les délégués et les MDPH, en partenariat avec les conseils généraux et la CNSA, afin de mieux traiter les 2200 demandes qu'il reçoit chaque année de la part des personnes en situation de handicap ou de leurs familles. En collaboration avec la CNSA, il anime des sessions annuelles avec 10 directeurs de MDPH et 10 délégués du Défenseur, et souhaite un recours accru des personnes handicapées au délégué.

⁴³ Selon ce régime, l'emploi d'aide à domicile pour les personnes fragiles ou handicapées bénéficie d'une réduction ou d'un crédit d'impôt à hauteur de 50 % des dépenses engagées au titre des services à la personne.

⁴⁴ Respectivement 15,8% et 15,5% en 2013. Source : Rapport du Défenseur des droits, juillet 2014, page 26. http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/upload/rapport_annuel_2013.pdf

Sur la base de ces saisines et de ces groupes de travail, le Défenseur des droits a pris plusieurs décisions visant à faire respecter le recours au droit des personnes handicapées, en s'appuyant notamment, au-delà de la Loi fondatrice sur le handicap de 2005, sur la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées⁴⁵. A titre d'illustration, dans sa décision du 12 avril 2012, le Défenseur des droits réaffirme l'accès des personnes handicapées aux garanties véhicules de remplacements des contrats d'assurance automobile : en référence à l'article 20 de la CIDPH, il engage les autorités publiques et les compagnies d'assurance à prendre les mesures appropriées pour assurer la mobilité des personnes handicapées en cas d'immobilisation de leur véhicule.

Enfin, le Défenseur des droits a indiqué à la mission des cas récents d'insuffisante motivation des décisions de refus d'AAH notifiés aux bénéficiaires, notamment lorsqu'elles s'appuient sur le refus de reconnaissance de la restriction substantielle et durable à l'accès à l'emploi (RSDAE), qui représentent 35 % des cas de refus de l'AAH⁴⁶. Dans certains cas, le président de la CDAPH ne se réfère qu'aux numéros ou au mieux aux intitulés des articles de loi, ce qui nuit non seulement à la compréhension du demandeur mais surtout l'empêche de formuler un recours du fait de l'absence de précision sur les motifs de refus.

Deux exemples de courriers de notification de l'AAH :

MDPH de X,

**CDAPH,
Décision du xx 2012**

La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées a examiné la demande d'allocation aux adultes handicapés, déposée le xx par madame X, née le X et demeurant X.

La commission reconnaît à madame X un taux d'incapacité d'au moins 50% et inférieur à 80%, évalué en fonction des éléments médicaux contenus dans son dossier et du guide-barème national (article D.821-1 du code de la sécurité sociale). La commission ne lui reconnaît pas une restriction substantielle et durable pour se procurer un emploi.

En l'absence de cette restriction, madame X ne peut se voir attribuer l'allocation aux adultes handicapés, prévue à l'article L.821-2 du code de la sécurité sociale.

*Pour le président et par délégation,
le Directeur X ».*

Les voies de recours sont indiquées au verso de la décision.

Source : courriers adressés au défenseur des droits remis à la Mission

⁴⁵ La CIDPH a été ratifiée par France le 18 février 2010. Le DDD prépare une étude sur la portée juridique de la Convention internationale sur les droits des personnes handicapées (CIDPH) : le Défenseur des droits a développé en 2013 un projet d'étude portant sur l'éventuel effet direct des dispositions de la CIDPH. Cette étude à caractère juridique sera conduite par le Défenseur des droits en relation avec les membres du comité national de suivi de la CIDPH http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/upload/lutte_contre_la_discrimination/document_dinformation_sur_la_cidph_31mars2014_pour-site-internet-ddd_modif-finales.pdf

⁴⁶ Enquête CNSA auprès des 75 MDPH, 2013, Note CNSA pour la DGCS, 3 mars 2014. Les conditions d'instruction de la RSDAE, créée par la réforme de 2011, sont précisées dans le chapitre infra sur l'emploi.

MDPH de X
Pôle administratif

Notification de décision

Madame,

Lors de la réunion du X, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées **refuse** l'allocation aux adultes handicapés.

Il n'y a pas de restriction substantielle et durable compte tenu du handicap pour l'accès à l'emploi (art. L 821-2 du code de la sécurité sociale relatif à l'allocation aux adultes handicapés).

Cette décision prend effet au jour de la réunion de la commission.

La commission vous reconnaît un taux d'incapacité de compris entre 50% et 79%.

« La décision de la commission des droits et de l'autonomie est notifiée par le président de la commission des droits et de l'autonomie, à la personne handicapée ou à son représentant légal, ainsi qu'aux organismes concernés » Art R.241-32 du code de l'action sociale et des familles.

Toute demande de réexamen est à envoyer 4 mois avant la fin de droits afin d'éviter toute interruption de prise en charge ou de versements.

Toute évolution ou changement de situation doit être signalé à la MDPH.

Les voies de recours sont répertoriées en annexe de la notification.

Je vous prie de bien vouloir agréer, Madame, l'assurance de ma considération distinguée.

Monsieur le Président de la CDAPH

X

Source : courriers adressés au défenseur des droits remis à la Mission

Ces courriers ont été transmis au défenseur des droits suite à saisine de demandeurs. Ils sont actuellement en cours d'instruction⁴⁷.

Ces exemples illustrent, en l'aggravant, le diagnostic que la mission d'appui du SGMAP et de l'IGAS sur le pilotage de l'AAH a établi sur le caractère minimal et non compréhensible des décisions de la CDAPH⁴⁸.

2.2.2 Les constats sur les effets défavorables de la réforme de l'AAH sont nombreux

La mission d'appui du SGMAP et de l'IGAS sur le pilotage de l'AAH précitée approfondit les travaux sur le pilotage de l'AAH décidé lors du premier cycle d'évaluation du CIMAP du 18 décembre 2012. Elle s'interroge sur les moyens de renforcer l'équité d'accès à l'AAH et la simplification des procédures, dans une démarche globale d'appréhension du parcours de la personne en situation de handicap.

Le dernier rapport du CNCPH, ainsi que des notes ou rapports des grandes associations nationales⁴⁹, alertent par ailleurs sur les conséquences de la réforme de l'AAH. Selon le CNCPH, le raccourcissement à 2 ans de la validité du droit à l'AAH accroît les risques de précarité des bénéficiaires, du fait des risques de rupture.

⁴⁷ Selon l'article 25 de la loi organique n°2011-333 relative au Défenseur des droits : « Le Défenseur des droits peut faire toute recommandation qui lui apparaît de nature à garantir le respect des droits et libertés de la personne lésée et à régler les difficultés soulevées devant lui ou à en prévenir le renouvellement. Il peut recommander de régler en équité la situation de la personne dont il est saisi. Les autorités ou personnes intéressées informent le Défenseur des droits, dans le délai qu'il fixe, des suites données à ses recommandations. A défaut d'information dans ce délai ou s'il estime, au vu des informations reçues, qu'une recommandation n'a pas été suivie d'effet, le Défenseur des droits peut enjoindre à la personne mise en cause de prendre, dans un délai déterminé, les mesures nécessaires. Lorsqu'il n'a pas été donné suite à son injonction, le Défenseur des droits établit un rapport spécial, qui est communiqué à la personne mise en cause. Le Défenseur des droits rend publics ce rapport et, le cas échéant, la réponse de la personne mise en cause, selon des modalités qu'il détermine ».

⁴⁸ Mission d'appui de l'IGAS et du SGMAP sur l'amélioration de la gestion du dispositif AAH, avril 2014.

⁴⁹ Notamment APF, UNAFAM. Voir les contributions de l'APF et de l'UNAFAM pour le groupe de travail en annexe.

Pour sa part, le rapport de Denis Piveteau *« Zéro sans solution, le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches »*, remis à la Secrétaire d'Etat à la lutte contre les exclusions en juin 2014⁵⁰, souligne le manque de synchronisation de l'instruction des demandes de prestations, qui entraîne la non-concordance des fins de droits. Il recommande un assouplissement des échéances dans le but d'une *« gestion des dossiers individuels qui se veut plus attentive et cohérente, appuyées sur des réexamens synchrones de l'ensemble des prestations »*.

En conclusion, les ruptures de droits entraînent soit des pertes de revenus, sans solution de ressource alternative, soit à l'inverse des indus que le bénéficiaire doit rembourser.

La CNAF indique que parmi les allocataires bénéficiant du maintien aux droits dans l'attente de l'instruction de la MDPH, *« plus des deux tiers des bénéficiaires voient leur droit à AAH renouvelé. Et environ un quart leurs droits refusés »*⁵¹.

2.2.3 Les délais d'instruction dépassent en moyenne 4 mois

Selon le code de l'action sociale et familiale, *« le silence gardé pendant plus de quatre mois par la CDAPH à partir de la date à laquelle la demande présentée auprès de la MDPH doit être regardée comme recevable dans les conditions mentionnées à l'article R. 146-26 vaut décision de rejet »*⁵².

En application de ce décret qui équivaut à un refus de la demande si l'institution n'a pas répondu au bout de quatre mois, la CNSA a donné comme instruction aux MDPH de traiter les demandes dans un délai maximum de 4 mois.

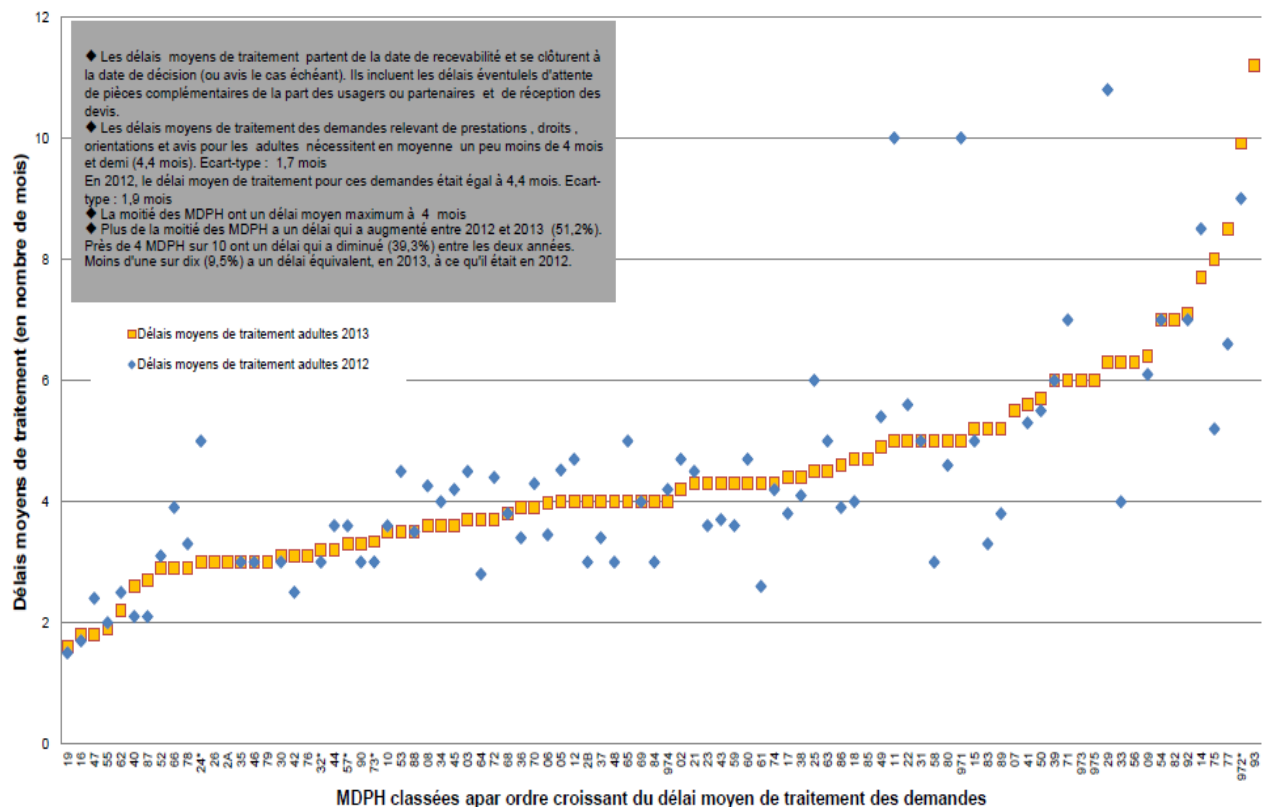
Or la durée moyenne de traitement des demandes adultes en MDPH, toutes demandes confondues (carte d'invalidité, carte de priorité ou de stationnement, AAH, RQTH,...) est de 4,4 mois en 2013, comme en 2012, avec des disparités très importantes : la moitié des MDPH dépassent le délai moyen de 4 mois, contre plus du tiers des MDPH en 2012. Plus de la moitié ont allongé leur délai moyen de traitement entre 2012 et 2013 et 4 d'entre elles dépassent 8 mois.

⁵⁰ Rapport *« Zéro sans solution, le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches »* Voir infra et annexe http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Zero_sans_solution_.pdf

⁵¹ Note CNAF/DSEF du 4 mars 2014 pour l'IGAS.

⁵² Article R.241-33 du CASF, issu du décret 2005-1589 du 19 décembre 2005 modifié par le décret 2012-1414 du 18 décembre 2012 relatif au fonctionnement des MDPH.

Tableau 3 : Délai moyen de traitement en 2013 des demandes « adultes »



Source : CNSA, données d'activité des MDPH 2013- Echantillon de 90 MDPH

Selon la CNSA, ce dépassement des délais s'explique par l'accroissement du nombre de demandes, les contraintes organisationnelles et les difficultés liées à la complétude des dossiers et au formulaire des demandes.

Selon la DGCS, cette disposition dérogatoire a été rendue nécessaire en raison de la procédure d'examen des droits et aides par les MDPH, qui suppose une évaluation globale de l'ensemble des besoins de la personne et donc nécessite un temps d'instruction supérieur dans la majeure partie des situations à 2 mois.

Afin de fluidifier le traitement des cartes de stationnement, la loi Warsmann n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit a réduit à 2 mois le délai d'instruction des cartes de stationnement, mais n'a pas pour autant modifié les délais réglementaires des autres prestations fournies par la MDPH.

Cette prestation est la seule à ne pas avoir d'incidence budgétaire directe, contrairement aux autres prestations. Celles-ci n'ont donc pas été concernées par la Loi du 12 novembre 2013 de simplification administrative instituant le délai implicite d'acceptation de 2 mois. Cette loi prévoit des décrets d'application qui permettront des exceptions, notamment les demandes ayant des « incidences financières, ou des mesures devant respecter ... la protection de la santé ou des motifs de bonne administration ou lorsque l'urgence ou la complexité de la procédure le justifie »⁵³. Au vu de ces projets de décret et des pratiques des MDPH, nous nous trouvons devant une confrontation entre deux principes :

⁵³ Projets de décret en application de la Loi de simplification administrative du 12 novembre 2013. Une première vague de décrets doit être prise pour les décisions de la compétence de l'Etat et des EPA avec pour date butoir le 12 novembre

- L'unicité et la clarté de la réponse au demandeur : la notification de la MDPH doit être unique et répondre une seule fois à l'ensemble des demandes exprimées, quitte à attendre le dernier maillon d'une instruction complexe ;
- La rapidité de la réponse dès lors que l'instruction est terminée et validée, quitte à fractionner les réponses.

Or à ce jour, la mission constate que ni la date butoir d'instruction ni ses effets légaux (rejet de la demande) ne sont respectés.

Par ailleurs, selon la CNSA, les délais d'instruction de la PCH sont largement imputables à l'obligation de fourniture de devis d'aménagement du logement ou du véhicule : « *Pour l'évaluation des besoins d'adaptation du logement et du véhicule, le demandeur fait établir plusieurs devis avec descriptif sur la base des propositions de l'équipe pluridisciplinaire.*⁵⁴ ».

Ce nonobstant, le programme d'action prioritaire « *Handicap et dépendance* » voté par le Parlement a affiché un objectif de réduction des délais d'instruction de l'AAH à 3 mois pour 2015.

C'est pourquoi la mission formule ci-dessous une recommandation sur les délais.

2.2.4 Le non-recours aux droits et en particulier à l'AAH est mal connu

Le non-recours aux droits a été largement cité et mesuré dans les travaux préparatoires du Plan de lutte contre la pauvreté. Il a été repris dans le premier rapport d'évaluation de l'IGAS et a fait l'objet d'études complémentaires diverses, suite à recommandation de la mission⁵⁵.

Concernant l'AAH, la mesure du non-recours manque, si ce n'est un chiffrage relativement ancien réalisé par la CNAF :

Un chiffrage du non-recours aux droits connexes à l'AAH dans le cadre d'une expérimentation dans trois CAF (COG CNAF 2001-2004)

Dans le cadre de la COG 2001-2004, une expérimentation a été menée sur trois CAF concernant les bénéficiaires de l'AAH non titulaires d'une carte d'invalidité ; or celle-ci leur octroie un abattement sur leurs revenus. Environ un tiers des allocataires enquêtés ne bénéficiaient pas de la totalité des prestations auxquelles ils pouvaient prétendre. Ils ont bénéficié d'un rappel de prestations, notamment en allocations logement. Si toutes les CAF avaient dû réaliser cette opération de recherche de droits potentiels, l'ouverture des droits aurait coûté 45 M€.

Source : CNAF – Extrait du Cahier technique de consultation pour l'étude relative au non-recours aux prestations versées par les CAF, 2014

Conformément à la COG signée entre l'Etat et la CNAF et selon la réponse écrite recueillie par la mission, celle-ci « *oriente ses réflexions sur la recherche de bénéficiaires potentiels, qui peut être intégrée aux bonnes pratiques restituées dans le référentiel AAH dans le cadre de la démarche processus, et étudie sa mise en œuvre.*⁵⁶ ».

2014, une seconde vague de décrets sera prise pour les décisions relevant des collectivités territoriales, les organismes de sécurité sociale et autres organismes.

⁵⁴ Article D.245-28 du CASF

⁵⁵ Cette partie sera plus largement évoquée dans le prochain rapport d'évaluation du plan de lutte contre la pauvreté

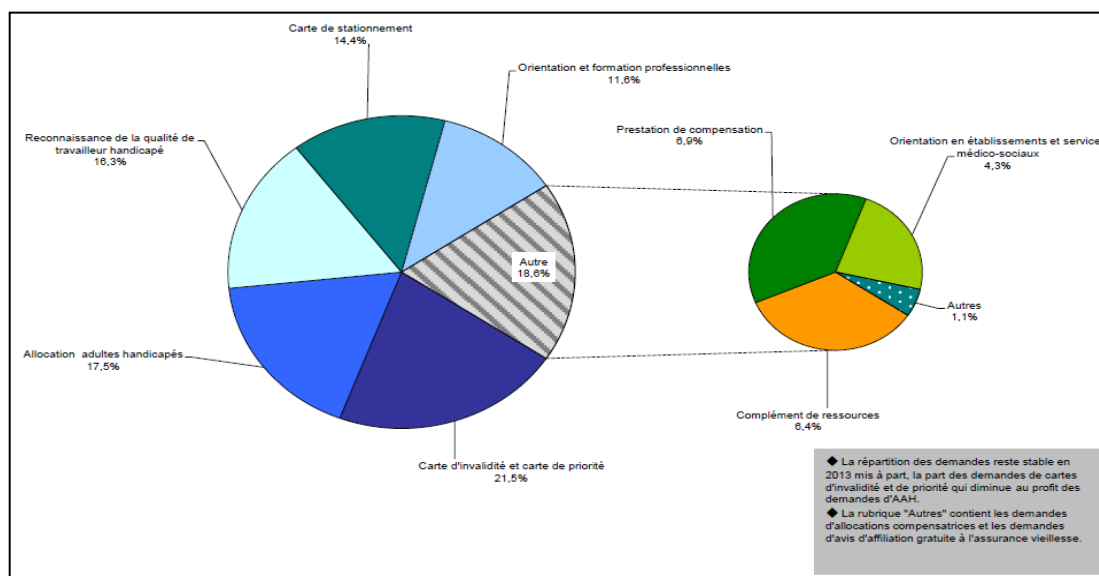
⁵⁶ Selon la réponse de la CNAF à la mission (mail du 20 mai 2014).

Pour sa part, la CNSA considère que la réduction du non-recours passe de manière concrète par un examen de toutes les prestations éligibles lors de l'étude du dossier de demande. Les prestations potentiellement offertes sont nombreuses : carte d'invalidité, carte de priorité, carte de stationnement, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, allocation adulte handicapé, prestation de compensation, orientation et formation professionnelle, orientation en établissements et services médico-sociaux, allocations compensatrices, complément de ressources⁵⁷.

Or en moyenne, 2,5 prestations sont ouvertes à l'issue de l'instruction de la demande.

La CNSA, qui estime ce niveau relativement faible, avance l'hypothèse que d'une part le demandeur ne formule pas bien ses besoins lors du remplissage de la demande, et que d'autre part l'instruction par la MDPH n'est pas suffisamment approfondie.

Tableau 4 : Répartition des demandes adultes déposées en MDPH en 2013



Source : CNSA, données d'activité des MDPH 2013- Echantillon de 69 MDPH

2.2.5 Les indus sont à réduire : une analyse et des pistes de solution pour les prestations de la CAF, notamment l'AAH, proposées par l'IGAS et l'IGF et dans la COG signée entre l'Etat et la CNAF

2.2.5.1 2 Md € d'indus des allocations de la CNAF (famille, logement, handicap)

Selon le rapport IGAS-IGF sur les indus, toutes prestations confondues, réalisé dans le prolongement du conseil interministériel de lutte contre les exclusions de janvier 2013 et remis en juillet 2013⁵⁸, le montant total des indus des allocations versées par les CAF est de 2 Mds € en 2012, soit 2,6 % du montant total (allocations familiales, aides au logement, RSA ou AAH, ainsi que les primes et allocations exceptionnelles).

⁵⁷ S'agissant des prestations adultes. Concernant les enfants, les prestations spécifiques sont l'AEEH, l'avis de transport scolaire, la prestation d'auxiliaire de vis scolaire, l'orientation en ESMS.

⁵⁸ Rapport IGAS / IGF sur indus des CAF et des CCMSA, juillet 2013. La CNAF a publié le 3 novembre 2014 les données pour 2013 : 2,6 millions d'allocataires sont concernés par les indus et 5 millions pour les rappels, essentiellement concentrés dans les prestations de RSA et d'allocations logement.

Selon ses conclusions, les indus « *contribuent à une relative perte de confiance des allocataires envers les caisses, sans entraîner nécessairement des comportements de non-recours. La gestion et le recouvrement des indus participent de la défiance des allocataires à l'égard des organismes de la protection sociale...* ». Toutefois, la mission estime que « *l'existence d'une responsabilité des indus dans le non recours aux droits ne peut être démontrée* », et que « *l'explication du non-recours relative à la complexité des prestations et des démarches administratives* » lui paraît davantage plausible.

Les causes des indus, selon la mission IGAS-IGF sont dues dans plus de la moitié des cas aux erreurs dans les déclarations et le contenu des dossiers remplis par le demandeur. Mais dans 10 à 20 % des cas, c'est la responsabilité des caisses qui serait engagée, et dans 15 à 20 % des cas les erreurs incomberaient à la législation elle-même.

Pour atténuer l'effet des indus sur les bénéficiaires, la mission indique que la CNAF déploie plusieurs moyens :

- elle prélève les indus sur les rappels et, depuis 2010, pratique la compensation avec d'autres prestations dues par un mécanisme de fongibilité (AAH, RSA, allocation logement, allocation familiale...) ⁵⁹;
- elle déploie une procédure amiable en pratiquant des remises de dettes à l'égard des bénéficiaires les plus modestes. Ces remises de dettes sont pratiquées de façon relativement fréquentes concernant les AAH ; elles atteignaient 27M€ sur 85M€ d'AAH en 2008, soit 22 % du total des indus détectés en 2008, contre 11 % pour les autres allocations. Sur la période 2009-2012, « le montant global des remises de dette accordées par le réseau des CAF est en baisse constante. En 2012, 7,4 % du montant des indus implantés a fait l'objet d'une remise, soit une baisse de 2,7 points depuis 2009 ⁶⁰ ».

A l'appui de cette analyse, la mission précitée recommandait de clarifier les documents retraçant les indus, les rappels et les fraudes, et de limiter les causes d'indus liés à la législation ou à des pratiques qui ne sont plus pleinement justifiées par une réflexion concertée entre la CNAF et l'Etat. Ces éléments ont été repris dans la COG signée entre l'Etat et la CNAF en juillet 2013.

Pour sa part, la Cour des Comptes a certifié avec réserves les comptes 2013 de la CNAF, pour les erreurs croissantes affectant les prestations légales : selon la Cour, le montant des erreurs est reparti à la hausse : 1,4 Md € en 2013 contre 1,15 Md € en 2012 (pour l'ensemble des prestations). Ces erreurs, imputables selon la Cour aux déficiences du dispositif de contrôle interne, engendrent des indus préjudiciables aux bénéficiaires ⁶¹.

⁵⁹ Circulaire CNAF au réseau sur le recouvrement des indus de prestations : extension des dispositifs de compensation interfonds, 4 février 2013.

⁶⁰ Rapport IGAS-IGF précité

⁶¹ Cour des comptes, rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, juin 2014.

<http://www.ccomptes.fr/Actualites/A-la-une/Certification-des-comptes-du-regime-general-de-securite-sociale-exercice-2013>

2.2.5.2 200 M€ d'indus d'AAH

Selon les données transmises par la CNAF à la présente mission, les indus d'AAH représentent environ 200 M€ en 2013 et sont recouvrés à 61 %.

Tableau 5 : Montant des indus détectés, recouvrés et taux de recouvrement

En €		
AAH	2012	2013
Indus détectés	184 329 127,91 €	207 563 099,76 €
Indus recouvrés	177 731 331,33 €	193 771 694,76 €
Taux de recouvrement des indus	62,07 %	61,29 %

Le montant des indus détectés recense l'ensemble des indus AAH détectés au cours de l'année

Le montant des indus recouvrés recense l'ensemble des indus AAH recouvrés au cours de l'année

Le taux de recouvrement des indus comprend le solde des indus de l'année n-1 et de l'année n = montant des récupérations de l'année / (montant des créances détectées sur l'année + solde des indus N-1)

Source : CNAF pour la mission – 4 juillet 2014⁶²

Au regard des constats de l'IGAS et de l'IGF, des objectifs fixés dans la COG signée entre l'Etat et la CNAF en juillet 2013 et des réserves émises par la Cour, la mission confirme l'importance des enjeux des indus mais ne peut se satisfaire des constats et des pistes de solution émises : celles-ci se concentrent sur la neutralisation des conséquences financières des indus, sans rechercher d'une part la simplification de la législation et de la gestion, et sans répondre totalement au souci de continuité, de sécurité et de transparence vis-à-vis du bénéficiaire.

A contrario, la mission préconise une approche favorisant la prévention des indus.

2.2.6 L'expérimentation Impact vise à simplifier les procédures et réduire les délais de traitement

Le projet IMPACT « Innover et Moderniser les Processus MDPH pour l'Accès à la Compensation sur les territoires », conduit par le SGMAP, la CNSA et la DGCS dans les départements du Nord et du Calvados, vise à expérimenter des solutions pour améliorer le traitement des demandes de prise en charge du handicap afin de réduire les délais et améliorer la qualité de service pour l'utilisateur.

Partant du constat que le traitement des dossiers est complexe et long (jusqu'à 18 mois de traitement), l'expérimentation vise trois objectifs :

- simplifier et personnaliser le parcours des usagers ;
- améliorer les délais de traitement ; renforcer la qualité des décisions et l'égalité de traitement sur les territoires.

Elle s'appuie sur une approche différenciée des profils et demandes des usagers et doit aboutir à la refonte du formulaire, du dossier et du certificat médical et proposer une version dématérialisée, dans un souci de suivi et d'évaluation.

⁶² Selon l'arrêté du 19 décembre 2013, les règles de plafonnement de retenues pour indus appliqués par la CNAF sont comprises entre 25 % sur la tranche de revenus comprise entre 255 € et 380 € à 60 % sur la tranche de revenus supérieure à 763 €. La retenue forfaitaire opérée sur la tranche de revenus inférieure à 255 € s'élève à 48 €.

Le premier comité de pilotage a eu lieu en février 2014. L'expérimentation doit débiter en octobre 2014 dans les deux territoires pilotes. En fonction des résultats, un formulaire de demande refondu, dématérialisé, une refonte du certificat médical doivent être disponibles d'ici fin 2014, accompagnés d'une nouvelle organisation de l'accueil et du traitement par l'équipe pluridisciplinaire avec les partenaires.

La mission estime que la gouvernance instaurée et la finesse de la méthode assurent une grande qualité du projet : le comité de pilotage national, animé par le SGMAP, réunit la CNSA et la DGCS. Il s'est adjoint la CNAF, la DSS, l'Ordre des médecins et des associations, sous forme de réunions de travail ou de sollicitations.

Mais elle observe que le périmètre est à prestations constantes : celles-ci comprennent plus de 10 prestations pour les demandeurs adultes, autant pour les enfants, ce qui conduit la mission à s'interroger sur les fondements de celles-ci, tout comme la Cour des comptes s'interroge sur « *l'empilement des mesures fiscales* » en faveur du handicap⁶³.

Enfin, l'expérimentation a associé tardivement la CNAF et la DSS et ne fait pas le lien avec l'expérimentation sur l'Employabilité des demandeurs de l'AAH, conduite par la DGCS, le FIPHFP, la CNSA dans 10 MDPH pilotes⁶⁴.

La mission souhaite passer d'une simplification des procédures à une simplification des dispositifs (voir partie Gouvernance).

2.3 Conclusions et recommandations de la mission

La création de la MDPH par la Loi du 11 février 2005 correspond à la volonté de concevoir un guichet unique, situation a priori favorable pour la population handicapée par rapport aux autres populations fragiles, avec la présence de plusieurs partenaires : services du conseil général, de l'ARS, de l'Etat dont les services de médecine du travail, les caisses de sécurité sociale et les associations.

Cette création répond à l'objectif de faciliter l'accès aux droits, au sein d'une « *maison* » présente dans chaque département. L'ensemble des MDPH accueille 1,5 million de personnes et prend 3 millions de décisions par an, pour 221 000 demandes de prestations déposées dans les MDPH (en 2012).

Or, pour la personne en situation de handicap et sa famille, la MDPH n'est qu'un maillon dans un parcours : la MDPH ne remplit pas totalement sa fonction de guichet unique, ne serait-ce que parce que les pensions d'invalidité sont gérées par les caisses d'assurance vieillesse.

Ce guichet unique doit donc jouer pleinement son rôle et faciliter les démarches pour le bénéficiaire, notamment concernant la sécurisation de ses ressources⁶⁵.

Ainsi, l'analyse et les recommandations de la mission portent principalement sur l'amélioration de la mise en œuvre des dispositifs afin de réduire la précarité et l'insécurité et sur l'application du juste droit.

⁶³ Voir Rapport de la Cour des comptes précité.

⁶⁴ Le sujet de la simplification des prestations est abordé de manière synthétique dans la partie Gouvernance et l'enquête Employabilité dans le chapitre suivant sur l'accès à l'emploi.

⁶⁵ Des perspectives nouvelles de positionnement des MDPH figurent dans le rapport Denis Piveteau, précité « Zéro sans solution » http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Zero_sans_solution_.pdf et sont développées dans le chapitre gouvernance.

2.3.1 Eviter les ruptures de droits lors des refus d'AAH

En cas de refus de droit à l'AAH, la personne se retrouve sans ressources et doit s'adresser à d'autres interlocuteurs (CAF, MSA) pour constituer éventuellement un dossier de demande de RSA.

Les conséquences du refus de l'AAH et de basculement vers le RSA, sont, outre les délais éventuels de latence, la perte de revenu brut d'environ 300 €.

Or, selon les informations fournies par la CNAF, la situation inverse serait plus favorable : durant la période d'instruction de la demande d'AAH, les droits au RSA sont dans l'attente versés, sous réserve d'une demande. Une compensation entre RSA et AAH est effectuée, l'allocataire se voyant attribuer les sommes excédant le montant de RSA initialement versé⁶⁶.

Quant à la CCMSA, elle a « *préconisé aux caisses de MSA de prioriser les dossiers de RSA déposés suite au non renouvellement du droit à l'AAH en lien avec le travailleur social référent en charge du dossier concerné ... afin d'agir en amont et d'éviter tout risque d'installation dans la précarité*⁶⁷ ».

La mission recommande donc une instruction simultanée du dossier de demande de RSA, sans rupture de droit entre les deux prestations. Cette recommandation nécessite une amélioration de la coordination entre MDPH et CAF et MSA, qui doit être facilitée par la dématérialisation des données, actuellement échangées par listings papier⁶⁸, mais avant tout un rapprochement et d'une simplification des réglementations respectives du RSA et de l'AAH et une harmonisation préalable des bases ressources du RSA et de l'AAH.

Recommandation n°3 : Mettre à l'étude la possibilité d'instruire de manière simultanée le dossier de demande du RSA lorsque le renouvellement de l'AAH est refusé, sans période de rupture de droits entre les deux prestations.

2.3.2 Respecter les délais et neutraliser les indus

La sécurisation des situations des personnes passe par le respect des délais.

La mission estime que les longs délais et/ou la méconnaissance des échéances sont sources d'incertitude et donc de précarité pour les demandeurs.

Afin de réduire les délais, une des pistes de solutions, suggérée notamment par les enseignements de l'expérimentation Impact, réside dans l'amélioration de l'organisation des moyens des MDPH et des partenaires, notamment les modalités de recours aux médecins psychiatres (vacations, conventions).

De même, au regard de la nouvelle loi de simplification administrative la mission recommande d'examiner la possibilité de s'aligner sur le nouveau droit commun du délai implicite d'acceptation de deux mois pour les prestations de la MDPH qui n'ont pas d'incidence budgétaire directe, notamment la carte de priorité et la RQTH. Conjugué à l'allongement de la durée de validité de l'AAH, la charge d'instruction des agents de la MDPH devrait ainsi restée globalement inchangée.

⁶⁶ Réponse de la CNAF à la mission du 11 juillet

⁶⁷ Cette préconisation ne fait toutefois l'objet d'aucune instruction de la part de la CCMSA au réseau mais résulte de la « déclinaison du plan de lutte contre la précarité au niveau de certaines caisses de MSA », sans consigne particulière de quotas ou de modalités (réponse de la CCMSA à la mission du 12 et du 16 septembre 2014). La MSA Sud Champagne a formalisé cette déclinaison dans une fiche action détaillée.

⁶⁸ Voir partie gouvernance

Concernant la PCH, il conviendrait de simplifier l'instruction et notamment de revoir les modalités de fourniture de devis pour aménagement de logement ou de véhicules, qui sont longs à obtenir.

Recommandation n°4 : Faire respecter les délais de traitement de la MDPH maximum à 4 mois et examiner les possibilités de s'aligner sur le droit commun de délai implicite d'acceptation de deux mois pour la carte de priorité et la RQTH.

Cette recommandation nécessite un toilettage de la loi Warsmann du 17 mai 2011 et un examen du périmètre des décrets de dérogation prévus par la loi de simplification du 22 novembre 2013⁶⁹. Cet examen gagnerait à être élargi à un objectif de simplification des mesures, développé dans la partie gouvernance ci-dessous.

Par ailleurs, afin de limiter non seulement les conséquences des indus mais surtout leurs causes, la mission recommande que lorsque les indus sont imputables à des erreurs de gestion de la CAF ou de la MSA ou à des difficultés d'interprétation de la législation, le recouvrement de ces indus ne pénalise pas l'allocataire. Suivant expertise, les coûts éventuels de cette prise en charge pourraient être compensés par les gains procurés par la réduction des coûts de contrôle, de détection des indus et du recouvrement de ceux-ci, notamment les procédures amiables et contentieuses. Cette réflexion doit être menée avec précaution, d'une part parce que les indus concernent potentiellement l'ensemble des allocataires de prestations sociales, d'autre part parce qu'il faut veiller à ce que ces dispositions n'entraînent pas de frein à l'ouverture de droits. Enfin, l'impact sur les finances des caisses de sécurité sociale doit être mesuré.

Recommandation n°5 : Lorsque les indus sont imputables à des erreurs de gestion de la CAF ou de la MSA, leur prise en charge ne doit pas pénaliser l'allocataire.

2.3.3 Elargir les possibilités d'une attribution de l'AAH pendant cinq ans

La mission souhaite mettre un terme aux dysfonctionnements dus à la réduction de la durée de validité du droit à l'AAH, décidés par la réforme de 2011⁷⁰.

Les MDPH sont engorgées : les accords de renouvellement ou de révision représentent les 2/3 des accords décidés par les MDPH. Autrement dit, dans la majorité des départements, le nombre d'accords de renouvellement ou révision d'AAH est supérieur au nombre de premiers accords, sachant que les renouvellements ou révisions sont accordés dans 9 cas sur 10⁷¹.

Par ailleurs les demandeurs ont des difficultés à respecter les échéances, notamment les personnes souffrant de handicap psychique.

La mission partage en ce sens les conclusions de la mission IGAS sur le pilotage de l'AAH et reprend sa recommandation, ce qui nécessite des modifications législatives et réglementaires, tout en maintenant le principe général d'une durée de deux ans :

Recommandation n°6 : Ouvrir la possibilité d'étendre à 5 ans la décision d'attribution de l'AAH dans le cas de taux d'incapacité entre 50 et 80% sur décision motivée de la MDPH ou dans le cas de personnes en situation de handicap orientée vers un ESAT.

⁶⁹ Le décret relatif à l'application du principe « silence valant acceptation » du 23 octobre 2014 réaffirme la délivrance sous deux mois de la carte de stationnement.

⁷⁰ Le décret du 16 août 2011 fixe à 2 ans maximum la durée d'attribution de l'AAH et précise la notion de restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE) d'un bénéficiaire de l'allocation adulte handicapé (dont le taux d'incapacité est compris entre 50 et 80%). Voir chapitre Insertion dans l'emploi.

⁷¹ Source : Enquête 2013 de la CNSA sur l'AAH auprès de 75 MDPH. Note CNSA pour la DGCS, 03/03/2014.

2.3.4 Rendre plus cohérentes et lisibles les décisions notifiées au bénéficiaire

Les personnes peuvent recevoir de la CDAPH une notification de taux d'incapacité donnant droit à l'AAH, mais quelques temps après une allocation de montant nul par la CAF (ou la MSA). Par ailleurs, en cas de refus, la notification de la CDAPH n'est pas motivée, ou l'est insuffisamment.

Le rapport précité de l'IGAS sur le pilotage de l'AAH a souligné ce sujet et recommandé d'« *établir des modèles formalisés de motivation des décisions prises* ⁷² ».

Outre cette recommandation, la mission souhaite que la MDPH et la CAF (MSA) envisagent une notification conjointe et motivée des décisions sur le taux d'incapacité et du montant du droit à l'AAH.

Recommandation n°7 : Notifier de manière conjointe et motivée les décisions de la MDPH et de la CAF/MSA sur le taux d'incapacité et le montant du droit à l'AAH, en maintenant la distinction des responsabilités.

2.3.5 Mieux mobiliser l'ensemble des droits de la personne

Le groupe de travail a signalé et la CNSA a confirmé lors des auditions que certaines personnes ne remplissent pas à temps ou remplissent mal les dossiers de demande, notamment les personnes souffrant de handicap psychique. Or un dossier de demande doit explorer toutes les prestations éligibles. Par ailleurs, concernant la PCH, malgré la généralisation de la grille d'instruction, l'identification des besoins est mal adaptée, notamment la définition de l'aide humaine.

C'est pourquoi la mission recommande lorsque nécessaire un accompagnement au remplissage des dossiers et demande l'examen de toutes les prestations potentielles en fonction du profil du demandeur.

Cette recommandation passe par un meilleur accompagnement de la personne par des aidants, une communication mieux adaptée sur les droits et un renforcement du réseau des délégués des défenseurs des droits auprès des MDPH.

Recommandation n°8 : Aider au remplissage des dossiers de demande par les services sociaux ou des accompagnants et examiner toutes les prestations potentielles.

⁷² Recommandation 15 du rapport précité.

Accès aux droits : Recommandations

Améliorer la mise en œuvre des dispositifs

N°	Recommandations	Autorité responsable	Justification	Faisabilité/ conditions de succès
3	Mettre à l'étude la possibilité d'instruire de manière simultanée le dossier de demande du RSA lorsque le renouvellement de l'AAH est refusé, sans période de rupture de droits entre les deux prestations	CDAPH CNSA/ CNAF/ CCMSA	Eviter les ruptures de droit entre cessation de bénéfice de l'AAH et bénéfice de RSA	Coordination entre MDPH et CAF/MSA Dématérialisation des échanges de données
4	Faire respecter les délais de traitement de la MDPH maximum à 4 mois et examiner les possibilités de s'aligner sur le droit commun de délai implicite d'acceptation de deux mois pour la carte de priorité et la RQTH	DGCS DGEFP CNSA	Eviter les ruptures de droit et réduire l'incertitude en accélérant les procédures.	Améliorer l'organisation des moyens des MDPH et des partenaires, (modes de recours aux médecins psychiatres). Simplifier l'instruction de la PCH, revoir les modalités de fourniture de devis pour aménagement de logement ou de véhicule, longs à obtenir Modification législative et réglementaire
5	Lorsque les indus sont imputables à des erreurs de gestion de la CAF ou de la MSA, leur prise en charge ne doit pas pénaliser l'allocataire	DGCS CNAF, CCMSA	Eviter les indus Sécuriser les parcours des individus	Modification de la gestion et des chaînes de contrôle
6	Ouvrir la possibilité d'étendre à 5 ans la décision d'attribution de l'AAH en cas de taux d'incapacité entre 50 et 80% sur décision motivée de la MDPH ou dans le cas de personnes en situation de handicap orientée vers un ESAT.	DGCS	Sécuriser et stabiliser les ressources Eviter les ruptures	Modifications réglementaires
7	Notifier de manière conjointe et motivée les décisions de la MDPH et de la CAF/MSA sur le taux d'incapacité et le montant du droit à l'AAH, en maintenant la distinction des responsabilités.	CNAF , CCMSA et CNSA	-Lisibilité de la décision vis-à-vis du bénéficiaire -Sécurisation des droits	Bien maintenir la distinction des responsabilités afin de respecter les voies de droit respectives Réflexion partagée sur le support de notification adapté au type de handicap

Appliquer le juste droit

N°	Recommandation	Autorité responsable	Justification	Faisabilité/ conditions de succès
8	Aider au remplissage des dossiers de demande par les services sociaux ou des accompagnants et examiner toutes les prestations potentielles	CNSA	Appliquer le juste droit Réduire les non-recours	Meilleur accompagnement de la personne : aidants Communication sur les droits Renforcement du réseau de délégués du défenseur des droits auprès des MDPH

3 L'ACCES A L'EMPLOI, LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI ET LA FORMATION

Le taux d'emploi des personnes en situation de handicap est très médiocre. Malgré une amélioration du respect de l'obligation légale des entreprises d'emploi des personnes handicapées, ces mauvais indicateurs s'améliorent peu. Le taux d'emploi des travailleurs handicapés dans les entreprises de plus de 20 salariés du secteur privé atteignait 3,1 % en 2011. Fin 2013, 41 % des établissements atteignent le taux obligatoire de 6 % et 11% des entreprises sont couvertes par un accord agréé. Le taux d'emploi des handicapés dans la fonction publique atteignait pour sa part 4,22 % fin 2011 et continue sa progression : 4,64 % fin 2013⁷³.

La proportion de personnes en emploi parmi les personnes en situation de handicap est presque deux fois moindre que dans la population totale et celle des chômeurs est double.

Trois axes de travail ont guidé les travaux du groupe :

- l'accès à l'emploi ;
- le maintien dans l'emploi et la prévention des ruptures, notamment le risque de rupture des droits lors du renouvellement de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ;
- la formation des personnes avec un fort déficit des offres de formations adaptées.

Ces axes, argumentés et confrontés avec les principaux acteurs, les expérimentations, les données et les rapports existants⁷⁴, ont guidé les recommandations de la mission.

Au vu des témoignages et des constats établis par la mission, elle estime que le droit à l'emploi et à la formation des personnes en situation de handicap présente un cadre relativement complet, avec des financements dédiés importants, des dispositifs d'aide et des acteurs d'insertion nombreux.

Mais au regard du faible nombre de bénéficiaires, des faibles taux d'emploi et de niveaux de qualification, les recommandations en matière d'emploi et de formation tiennent donc essentiellement à l'amélioration de l'effectivité du droit, à la mise en place des outils de pilotage et des moyens d'action et de rapprochement avec le droit commun. En particulier, il nous a semblé que la coordination des deux fonds paritaires, AGEFIPH et FIPHFP, peut être améliorée en vue d'harmoniser les prestations, car si les financements ne sont pas de mêmes origines, les personnes concernées ne sont pas, elles différenciables.

Pour améliorer l'accès à l'emploi, le maintien dans l'emploi (notamment du fait des conséquences de l'inaptitude au travail) et la formation des personnes en situation de handicap, les négociations nationales interprofessionnelles ou de branche relatives à l'emploi ou à la formation pourraient inclure de manière systématique des volets relatifs aux travailleurs handicapés⁷⁵.

⁷³ DARES, « L'emploi des travailleurs handicapés », n°70, nov2013. <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2013-070.pdf>

⁷⁴ Notamment la mission auprès du Premier Ministre de Me Annie Le Houérou, Députée des Côtes d'Armor, sur « L'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire », septembre 2014. Cette mission a un objet ciblé sur l'amélioration des moyens d'accompagnement pour faciliter l'insertion dans l'emploi des personnes en situation de handicap.

⁷⁵ A cet égard, le bilan national de l'obligation de négocier en matière d'emploi des travailleurs handicapés (127 accords sont en cours d'analyse) fournira des enseignements utiles.

3.1 Le groupe de travail constate la précarité des personnes en situation de handicap face à l'emploi

3.1.1 L'accès à l'emploi est précaire

Le groupe de travail souligne la nécessité de l'accompagnement vers l'emploi des personnes en situation de handicap, de l'orientation et du suivi par des équipes pluridisciplinaires⁷⁶. Cet accompagnement est toutefois très variable en fonction des départements. Par exemple, dans les Yvelines il existe un maillage infradépartemental « coordination handicap local » (CHL), porté par des associations et travaillant de manière étroite avec Cap emploi et la MDPH au rythme d'une réunion par semaine. Dans la Somme, Cap Emploi participe à une équipe pluridisciplinaire, réunie chaque semaine à la MDPH, où est suivi un tableau de bord commun sur les parcours des personnes.

Le groupe de travail relève de nombreux freins à l'emploi des personnes en situation de handicap :

- **Le calcul du montant de l'AAH diffère en fonction de la situation vis-à-vis de l'emploi :** statut de la personne, activité en milieu protégé (ESAT) ou ordinaire, temps de travail, perception d'une pension d'invalidité. Cette complexité est source d'incertitude sur le montant et la continuité des droits de l'allocataire.

L'encadré ci-dessous résume la complexité du mode de calcul et de versement de l'AAH :

Le mode de calcul de l'AAH diffère en fonction de divers critères au regard de l'emploi:

- 1- lorsque le bénéficiaire est inactif, ses droits sont calculés en fonction du montant des ressources imposables perçues au cours de l'année de référence, transmises par un échange dématérialisé émanant de la DGFIP (ou sur déclaration de l'allocataire sur un formulaire de "déclaration de ressources annuelle") ;
 - 2- lorsque le bénéficiaire est actif en milieu ordinaire, ses droits sont calculés en fonction du montant des ressources imposables perçues au cours du trimestre de référence, déclarées sur un formulaire spécifique (déclaration trimestrielle de ressources DTR) ;
 - 3- lorsque le bénéficiaire est actif en milieu protégé, ses droits sont calculés en fonction du montant de la rémunération garantie déclarée par l'ESAT. Un principe d'écèlement est aussi appliqué. Lorsque le bénéficiaire actif, en milieu ordinaire comme protégé, réduit son activité d'au moins 10% sur 2 mois consécutifs, ses droits sont majorés ;
 - 4- lorsque le bénéficiaire perçoit des pensions, de vieillesse ou invalidité : un double calcul est effectué d'une part en fonction de ses ressources annuelles ou trimestrielles (AAH taux plein-ressources) et d'autre part en fonction du montant de pension perçu (AAH taux plein-pension)
- Le bénéficiaire percevra le montant d'AAH le moins élevé.

Cette base règlementaire de calcul est à confronter avec la réalité des versements, qui tiennent compte de :

- 1- la qualité des informations, automatisées ou non, reçues de la part des partenaires de la CAF, c'est à dire :
 - de la part des services fiscaux : transmission des revenus déclarés, de l'exonération de la taxe d'habitation et le dégrèvement de la redevance audiovisuelle lorsqu'il s'agit du calcul des

⁷⁶ L'équipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE) est composée, au sein de la MDPH, de travailleurs sociaux, de gestionnaires, de médecins, d'ergothérapeutes, parfois d'infirmiers et de psychologues. Elle peut se concerter, surtout lorsqu'elle est répartie en deux pôles, adulte et enfant, avec les référents « orientation professionnelle » ou « orientation scolaire » de la MDPH, éventuellement intégrés dans l'équipe (cf rapport IGAS 2011-131P sur l'évaluation de la PCH).

droits au renouvellement (pour les nouveaux affiliés, l'appel de ressources direct auprès des intéressés demeure) ;

- de la part des ESAT : montant de la rémunération garantie ;
- de la part de la caisse d'assurance-maladie : droits à pension et rente... ;
- ou de la part du demandeur : complétude du dossier initialement remis à la MDPH, compléments demandés ultérieurement... ;

2- de la pratique des rappels de prestations, versés indépendamment du rythme mensuel de versement des allocations et qui prennent en compte les régularisations suite à rectification d'erreurs de calcul ou de déclarations. Ces rappels peuvent déduire les indus et comprennent des montants fongibles entre prestations (allocation logement, allocation familiales)⁷⁷.

Sur 8 Md€ d'AAH versés en 2013, les rappels ont représenté 677 M€ ;

-3-et enfin la pratique des indus d'AAH recouverts suite à erreurs de gestion ou de déclaration, soit 194 M€ d'AAH recouverts en 2013.

Source : Mission d'après CNAF

Au-delà des difficultés relatives à la complexité du calcul de l'AAH, le groupe souligne la précarité aggravée des bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (BOETH) accueillis par Cap Emploi et qui sont allocataires de la seule ASS. En effet, contrairement aux bénéficiaires de l'AAH ou du RSA, les bénéficiaires de l'ASS n'ont pas d'accompagnement et de suivi par le conseil général (RSA) ou par la MDPH (AAH) et sont ainsi plus exposés à la précarité⁷⁸.

- Les difficultés de mobilité liées à la prise en charge des frais de transport sont signalées par le groupe.

L'aide forfaitaire et unique de l'AGEFIPH à la mobilité est de 4000 €. Si l'entreprise n'a pas d'accord spécifique pour ce type de salarié, la personne handicapée peut prétendre au mieux à un forfait unique de 4000 € pour l'aide à la mobilité, ce qui peut constituer un frein à l'emploi. En regard, l'aide apportée par le FIPHFP est a priori plus généreuse :

**Les aides au transport de la part de l'AGEFIPH et du FIPHFP :
des divergences importantes mais qui touchent peu de bénéficiaires**

Les aides au financement de l'aménagement du véhicule sont d'un montant relativement semblable entre l'AGEFIPH et le FIPHFP (9 à 10 000 €) et subsidiaires par rapport à l'aide apportée par la PCH.

Toutefois, l'aide au transport domicile-travail lorsque le travailleur handicapé n'utilise pas les transports en commun ni son véhicule personnel est très dissemblable :

- pour les salariés et travailleurs relevant de l'AGEFIPH, l'aide est de 4000 € maximum, non renouvelable, dans l'attente de la mobilisation de la PCH et avec une mobilisation potentielle de l'EPAPE (enveloppe personnalisés d'aide ponctuelle à l'emploi), d'un montant annuel maximum de 400 €.
- Pour les fonctionnaires relevant du FIPHFP, l'aide est de 30 800 € maximum chaque année.

Ces aides sont dans l'ensemble peu demandées (moins d'un millier de dossiers demandés et accordés par an).

Source : Questionnaire Mission, réponses AGEFIPH et FIPHFP

⁷⁷ Circulaire CNAF du 4 février 2010 sur le recouvrement des indus : extension du dispositif et compensation interfonds.

⁷⁸ Le nouveau protocole national signé entre l'ADF, Pôle emploi et la DGEFP le 1^{er} avril 2014 élargit le champ d'intervention au-delà des bénéficiaires du RSA, pour « apporter des réponses à tous les demandeurs d'emploi qui en ont besoin ». Ces dispositions, dont la généralisation est attendue, seront suivies dans le cadre de l'évaluation du Plan de lutte contre la pauvreté.

Enfin, le groupe constate un retrait de dispositifs d'accompagnement de certaines populations en situation de handicap : notamment l'Aide à l'insertion professionnelle pour les jeunes versée par l'AGEFIPH. Il regrette la succession des dispositifs qui entraînent le plus souvent la multiplication d'intervenants, une ingénierie très lourde et une perte d'expertise pour ceux-ci, mais surtout des ruptures dans les parcours.

En revanche, l'intérêt de dispositif de soutien à l'emploi de l'AGEFIPH tel que l'Enveloppe Personnalisée d'Aide Ponctuelle à l'Emploi (EPAPE) est souligné par le groupe : ce dispositif vise à « lever les obstacles financiers pouvant constituer un frein à la démarche active des personnes handicapées dans leur parcours d'accès à l'emploi » (transport, frais de repas, achats, habillement...). Il est mis à la disposition des structures qui accompagnent les personnes handicapées dans leur parcours vers l'emploi et qui le prescrivent en opportunité. Cette aide financière, souple, d'un montant maximum de 400 € par an est largement utilisée par Cap emploi dans les parcours d'accès à l'emploi. 16 000 EPAPE ont été prescrits en 2013 sur le territoire national.

Cap emploi 91 préconise une généralisation de cette aide à d'autres acteurs de l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap.

Enfin, le groupe note la méconnaissance des droits à l'emploi, de la part des travailleurs handicapés mais surtout de la part des acteurs de l'emploi, du fait de la complexité des dispositifs. Cette complexité nécessite une information et une formation des acteurs qui ne sont à ce jour pas dispensées de manière satisfaisante.

3.1.2 Le maintien dans l'emploi est insuffisant

Le groupe témoigne de nombreux obstacles au maintien dans l'emploi et de risques de basculement dans la désinsertion professionnelle, faute d'aménagement ou de changement de poste de travail pour la personne en situation de handicap lorsque le handicap survient.

Il soulève les freins au maintien dans l'emploi des personnes pour lesquelles le médecin du travail a prononcé l'inaptitude au travail. Faute de solution d'aménagement du poste de travail ou de reclassement de la personne, l'employeur peut suspendre le contrat puis licencier une personne pour inaptitude. Cette procédure entraîne par ailleurs des démarches multiples entre plusieurs acteurs, Pôle Emploi, Cap emploi, MDPH, qui engendrent lourdeur et inefficacité.

Selon le groupe, l'avis du médecin du travail n'est pas requis à temps : il n'intervient pas de manière préventive afin d'éviter l'enchaînement de l'inaptitude au travail, de la suspension du contrat de travail puis du licenciement. En aval, la personne est orientée vers la demande de pension d'invalidité auprès de la caisse d'assurance maladie dont il ressort, alors que le licenciement pour inaptitude au travail et l'orientation vers l'invalidité pourraient être évités.

La démarche de prévention de la désinsertion professionnelle dans la Gironde

Le dispositif partenarial de prévention de la désinsertion professionnelle dans la Gironde consiste en une offre de proximité de la CPAM, en coordination avec la CARSAT, l'échelon local de service médical au sein de la caisse primaire (ELSM), le service santé au travail et le service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH). Il permet de détecter et prendre en charge les salariés en arrêt de travail qui risquent de ne pas reprendre leur emploi du fait d'un problème de santé (maladie, handicap ou invalidité), afin de les maintenir dans l'emploi. En Gironde, selon la synthèse transmise par la CPAM, sur 765 personnes prises en charge en 2012, 174 personnes ont été maintenues en emploi et 330 sur le marché du travail, et au niveau national 91 200 assurés de la CNAM ont été bénéficiaires de ce dispositif.

Source : CPAM 33 pour la mission

Par ailleurs, le groupe de travail alerte sur les conséquences de la réforme de 2011 sur l'AAH : outre les difficultés rencontrées par la limitation à deux ans du droit à l'AAH, il signale la rigidité des conditions d'attribution de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE), qui ne s'applique que pour les activités inférieures au temps partiel.

La restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE)

La « *restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi, compte tenu du handicap (RSDAE)* », prévue à l'article L. 821-2 du CSS, et précisée dans le Décret n° 2011-974 du 16 août 2011 « *relatif à l'attribution de l'AAH aux personnes handicapées subissant une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi* » est un critère d'attribution de l'AAH à toute personne dont le taux d'incapacité permanente est compris entre 50 % et 79 %.

Le Décret précise que la RSDAE est caractérisée par d'importantes difficultés d'accéder à l'emploi qui sont liées exclusivement aux effets du handicap de la personne et qui ne peuvent pas être compensées. Le caractère durable de la restriction est conditionné à des effets prévisibles du handicap pendant au moins un an. Par cohérence, la durée de validité de la reconnaissance d'une telle restriction peut varier entre un et deux ans.

Ce texte détermine également les situations au regard de l'emploi ou d'une formation professionnelle, qui sont compatibles ou non avec la reconnaissance d'une telle restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (CSS, D.821-1-2).

La RSDAE est une condition supplémentaire et indispensable pour pouvoir bénéficier de l'AAH lorsque le taux d'incapacité est estimé entre 50 et 79 %. Les conditions d'application ont nécessité des expériences pilotes au sein de MDPH expérimentatrices et ont abouti à une circulaire DGCS du 27 octobre 2011 qui propose un arbre de décision aux équipes pluridisciplinaires chargées de déterminer la restriction⁷⁹. L'application de cette circulaire nécessite des formations spécifiques des acteurs locaux.

Enfin, les travailleurs en ESAT, dont l'orientation est proposée pour 5 ans, doivent également procéder à la reconnaissance de la RSDAE et au renouvellement à l'échéance de 2 ans alors qu'ils ont une situation de handicap stable et que l'instruction pourrait être conjointe entre ESAT et MDPH grâce à l'instauration d'échanges d'information.

3.1.3 L'accès à la formation continue est insuffisamment développé

Le groupe rappelle le bas niveau de la formation initiale des personnes en situation de handicap, l'obligation scolaire ne datant que de la loi handicap de février 2005. D'où la nécessité d'un effort particulier d'accompagnement en formation continue des personnes en situation de handicap qui n'ont pu dans leur jeunesse acquérir de compétences initiales suffisantes.

Le groupe partage l'intérêt de privilégier l'offre de formation de droit commun, ce qui est d'ailleurs inscrit dans la loi, avec les aides mises en œuvre et financées par l'AGEFIPH pour les salariés du secteur privé ou cofinancées par le FIPHFP pour les salariés du secteur public.

Mais les limites de cet accès à la formation de droit commun sont largement soulignées :

- les personnes en situation de handicap demandent des formations à temps partiel, ce qui est rarement dispensé par les organismes de formation ;
- La crainte de perdre le bénéfice de l'AAH si l'on suit une formation, fréquemment ressentie et qui pourrait constituer un frein à s'engager dans une formation. Toutefois cette crainte est démentie par les améliorations récentes relatives au cumul entre AAH et revenu d'activité (cf infra).

⁷⁹ Circulaire DGCS/SD1/2011/413 relative à l'application du décret 2011-974 du 16 août 2011

- Selon les participants, l'accès à la formation serait globalement limité et découragerait les reconversions lorsqu'il s'agit de handicap survenu en cours de vie active.
- Il est souhaité une meilleure répartition entre :
- des centres de reclassement professionnel (voir encadré infra) spécialisés pour l'accueil des personnes en situation de handicap, peu répandus et dont les critères d'accès sont très stricts ;
- des organismes de formation en milieu ordinaire mais mieux adaptés à l'accueil des personnes en situation de handicap, conformément à l'obligation légale d'accessibilité des établissements publics.

Le groupe suggère la possibilité d'inclure dans les projets régionaux d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH) des actions sous la responsabilité des ARS ainsi que le développement des aides de l'AGEFIPH pour mettre à disposition un accompagnant ou installer des équipements ou du matériel spécifique en milieu ordinaire.

Enfin, plus globalement, le groupe signale un besoin de sensibilisation des employeurs, de l'encadrement et de l'appareil de formation à la situation du handicap.

3.2 Les rapports, les expérimentations et les auditions complètent les constats du groupe sur la précarité des personnes en situation de handicap face à l'emploi ou la formation

Lors de la table ronde du 1^{er} juillet préalable à la conférence sociale du 7-8 juillet 2014 ont été évoqués les grands axes de la problématique spécifique des personnes handicapées face à l'emploi. L'APF, dans sa note pour la Table ronde, fait les constats suivants :

- « Une gouvernance éclatée, fragile, insuffisamment lisible maillée et construite (convention multipartite, pacte pour l'emploi en EA, travail en ESAT) ;
- Une aggravation des difficultés d'accès et de maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap ;
- Les limites des dispositifs existants et leur fonctionnement en silos (faiblesse des articulations insertion pro, médico-social, insertion, entreprises, inadaptation des outils d'accompagnement des parcours) ;
- Une absence de sécurisation des parcours vers et dans l'emploi pour une population vulnérable (surexposition aux risques d'exclusion durable de l'emploi) ;
- Des trappes à inactivité liées à des cadres administratifs inadaptés. ».

La mission partage la plupart des constats évoqués.

3.2.1 Les personnes handicapées sont près de deux fois moins en emploi que la population générale et deux fois plus au chômage

Les personnes reconnues handicapées sont plus âgées et moins diplômées que la moyenne : fin 2011, 51 % des personnes ayant un handicap reconnu n'ont aucun diplôme ou seulement le BEPC, contre 31 % pour l'ensemble de la population et seulement 7 % possèdent un diplôme de l'enseignement supérieur contre 27 % en général.

Parmi elles, seules 35 % sont en emploi, contre 64 % pour l'ensemble de la population.

56 % sont reconnues comme inactives au sens du BIT et leur taux de chômage s'élève à 21 %, soit plus du double de celui de l'ensemble des personnes en âge de travailler (9 %). De même, les personnes reconnues handicapées connaissent plus souvent un chômage durable : 65 % de ces dernières au chômage déclarent l'être depuis au moins un an contre 40 % pour l'ensemble de la population au chômage, et 28 % contre 9 % depuis au moins 3 ans⁸⁰.

Fin décembre 2013, le nombre de demandeurs d'emploi handicapés continue de progresser avec 413 421 demandeurs inscrits en catégorie A, B ou C, soit une augmentation de 11,5 % en un an (+5,9 % pour le tout public)⁸¹.

Les demandeurs d'emploi handicapés présentent toujours des difficultés particulières d'insertion avec notamment :

- un faible niveau de formation : 97 000, soit 23 %, ont un niveau supérieur ou égal au bac (contre 43 % pour l'ensemble des publics),
- une ancienneté d'inscription importante : 230 000, soit 56 %, sont chômeurs de longue durée (contre 42 % pour l'ensemble des publics).

Tableau 6 : Taux d'activité, d'emploi et de chômage des personnes handicapées par rapport à la population totale

En %	Population reconnue handicapée	Population handicapée au sens large	Population totale
Taux d'activité	44	64	71
Taux d'emploi	35	56	64
Taux de chômage	21	13	9
Ancienneté au chômage :			
- Moins d'un an	36	50	60
- 2 ans et plus	41	25	17

Taux d'activité = nombre d'actifs occupés et chômeurs/population de 15 à 64 ans

Taux d'emploi = Nombre d'actifs occupés/ population de 15 à 64 ans

Taux de chômage au sens du BIT = nombre de chômeurs/ actifs occupés et chômeurs de la classe d'âge.

Source : DARES Analyse oct 2013, n° 66 : Enquête complémentaire à l'enquête emploi, F métró

3.2.2 Etre femme et handicapée aggrave la précarité face à l'emploi, mais il est malaisé de le mesurer

Les freins à l'emploi des femmes handicapées ont été plus particulièrement signalés par le Défenseur des droits lors du comité de concertation égalité hommes/femmes du 3 octobre 2013. Le constat de la double discrimination subie par les femmes handicapées, selon le Défenseur des droits « *mérite d'être approfondi, comme l'invite à la résolution du Parlement européen sur les femmes handicapées du 11 décembre 2013* ».

⁸⁰ L'enquête emploi repère les personnes en situation de handicap selon une définition administrative multicritère (reconnaissance de la RQTH, pension d'invalidité, carte d'invalidité, AAH, rente) ou élargie, soit 2 millions, et 9,7 millions selon la définition large. Voir ci-dessus § 1.1 et « L'accès à l'emploi des personnes handicapées », Dares Analyse, octobre 2013, n°66 ». <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2013-066.pdf>

⁸¹ Tableau de bord AGEFIPH, n°46, mars 2014.

La reconnaissance de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés concerne en effet 61 % d'hommes contre 39 % de femmes. L'enquête emploi complémentaire sur les personnes en situation de handicap dénombre parmi la population reconnue handicapée autant d'hommes que de femmes, mais, selon la définition élargie du handicap, 56 % de femmes contre 44 % d'hommes, « *ce qui tend à montrer que les femmes ressentent leur handicap beaucoup plus fréquemment que les hommes sans pour autant détenir la reconnaissance administrative, dont elles pourraient retirer aide ou accompagnement vis-à-vis du marché du travail. Les femmes handicapées, selon la définition élargie, ont un taux d'emploi de 53 % contre 60 % pour les hommes. 40 % d'entre elles exercent un emploi à temps partiel, contre 10 % pour les hommes*⁸² ».

Partant de ce constat, le Défenseur des droits a auditionné entre mars et juin 2014 de nombreuses associations intermédiaires de l'emploi et services de l'Etat, dans l'objectif de poser et d'affiner le diagnostic ressenti des difficultés spécifiques d'accès à l'emploi des femmes handicapées.

Les travaux sont en cours et la mission ne peut à ce stade se prononcer sur les pistes de conclusions.

3.2.3 L'inaptitude au travail conduit le plus souvent au licenciement et à la désinsertion professionnelle

L'inaptitude au travail est une incapacité, physique ou mentale, à tenir son emploi. Elle est constatée par le médecin du travail, au vu du poste de travail et des conditions de travail dans l'entreprise.

L'aptitude et l'inaptitude au travail ont fait l'objet d'un rapport, remis au ministre chargé de l'emploi en janvier 2007⁸³ ; il fait état du manque de cadrage juridique de ces situations, qui affectent plus particulièrement les personnes handicapées ou devenues handicapées, non définies par le code du travail, et conduisant à une désinsertion professionnelle via la suspension du contrat, le licenciement, suivi de la recherche d'emploi ou du retrait du marché du travail, accompagné de demande d'aide : la pension d'invalidité, ou à défaut, l'AAH ou l'ASS. Le rapport préconise une réduction de l'insécurité juridique et la priorité au maintien dans l'emploi, en donnant les moyens d'action en amont comme en aval au médecin du travail.

Cette préconisation se retrouve dans les grands axes du Plan santé au travail 2010-2015, présenté aux partenaires sociaux lors du conseil d'orientation sur les conditions de travail le 11 mai 2011 et lancé par le ministre chargé du travail le 12 juillet 2011.

Parallèlement, la loi du 20 juillet 2011 sur la santé au travail et le rôle des services de santé a imposé depuis 2012 au médecin d'objectiver dans un document les mesures préventives et curatives prises pour le maintien dans l'emploi, quelle que soit la taille de l'entreprise⁸⁴.

La DGT⁸⁵ estime que le plan santé au travail a encouragé les médecins du travail à contribuer au maintien dans l'emploi et a conduit à une légère baisse des avis d'inaptitude tandis que les services santé au travail sont encouragés à intervenir en amont^{86 87}.

⁸² DARES, Analyses octobre 2013 « L'accès à l'emploi des personnes handicapées en 2011 », ouvrage précité.

⁸³ « Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives », Rapport pour le ministre chargé de l'emploi, Hervé Gosselin, janvier 2007 http://www.handipole.org/IMG/pdf/rapport_gosselin.pdf

⁸⁴ Loi du 20 juillet 2011 sur la santé au travail et le rôle des services de santé et L.4622-2 du Code du travail : Prévenir la désinsertion professionnelle et contribuer au maintien dans l'emploi.

⁸⁵ Suite à audition de la mission de l'inspection médicale du travail et de la main d'œuvre, DGT/IMTMO.

⁸⁶ 6,2% des visites de reprise de travail après arrêt maladie donnaient lieu à avis d'inaptitude en 2012, contre 12% en 2011 (sur un échantillon respectif de 14 et de 18 régions. Les données ne sont ni exhaustives ni automatisées).

⁸⁷ Le Plan Santé au travail réforme le document des risques, rempli par l'employeur, la fiche entreprise remplie par le médecin du travail et la coordination entre acteurs (CPAM, SAMETH), pour les actions de prévention de désinsertion professionnelle.

Selon les données recueillies par la DGT et synthétisées par la mission, environ 200 000 avis d'inaptitude ont été prononcés en 2012 par le médecin lors des visites médicales (visites d'embauches, périodiques ou visites de reprise), sur plus de 10 millions d'avis rendus, en légère diminution par rapport à 2011. Les aptitudes « avec restriction ou aménagement de poste » sont en légère hausse.

Profils et devenir des personnes déclarées inaptes

Trois études régionales sur les profils et les devenir des personnes déclarées inaptes ont été recueillies par la DGT et analysées par la mission, dont on peut tirer les enseignements suivants⁸⁸ :

- les personnes déclarées inaptes étaient bénéficiaires de l'obligation d'emploi pour travailleurs handicapés pour la moitié d'entre elles (Nord Pas de Calais) et de la RQTH pour le tiers d'entre elles (Bretagne) ;
- la très grande majorité des personnes déclarées inaptes sont licenciées (97,5% en Aquitaine, 94% en Bretagne) et très peu sont maintenues dans l'entreprise (6% en Aquitaine) ;
- une petite moitié est inscrite à Pôle Emploi.

Source : Mission d'après Enquêtes régionales des DIRECCTE. Voir annexe

Selon les données de Pôle Emploi, près de 65 000 personnes licenciées suite à inaptitude physique sont entrées dans le régime d'assurance chômage en 2012⁸⁹. La mention du handicap toutefois ne figure pas dans les motifs de licenciement.

Dans le rapport précité sur les interactions entre les services de santé et travail, l'IGAS rappelait l'importance à accorder au maintien à l'emploi et signalait les insuffisances de l'articulation entre les acteurs et en premier lieu entre le médecin traitant et le médecin du travail⁹⁰. Enfin, le système d'information et de gestion des services de santé au travail n'est pas normalisé, voire organisé. Le critère handicap n'est pas mentionné.

En conclusion, la mission regrette l'absence de données sur l'inaptitude suite à handicap, qu'elles concernent la décision du médecin du travail ou la nature du licenciement enregistré par Pôle Emploi.

Sans approfondir ce sujet qui déborde du cadre imparti, la mission souligne la difficulté constante de connaître le recours à l'inaptitude, de le réduire, de le prévenir et d'en amortir les effets.

⁸⁸ Enquête du Nord-Pas de Calais réalisée par le Réseau Santé travail, l'ARS et la DIRECCTE, 2011 et 2013 ; Enquête en région Aquitaine réalisée par la DIRECCTE, l'AGEFIPH et l'AFPA, 2007 ; Enquête en région Bretagne réalisée par le GREF, la DIRECCTE, le Conseil régional et l'AGEFIPH, septembre 2012. Voir annexe.

⁸⁹ Source : calcul Pôle Emploi pour la Mission. Source : Fichier national des allocataires.

⁹⁰ Rapport IGAS n°2013-069R sur les interactions entre santé et travail, « L'enjeu des visites de reprise du médecin du travail, rendue obligatoire pour tout arrêt de plus de 3 mois (Loi du 20 juillet 2011, décret du 30 janvier 2012) est de pouvoir détecter de façon précoce la cause des arrêts lorsque le salarié a choisi de ne pas révéler sa maladie. Le rôle du médecin est d'inciter le salarié à révéler sa maladie afin de pouvoir anticiper les adaptations organisationnelles et pratiques nécessaires à sa bonne réintégration ». ... « le médecin doit inciter le salarié à demander la RQTH car elle permet au médecin de jouer l'interface entre le salarié malade et l'employeur... solliciter l'aide de l'AGEFIPH.....et mettre en place des adaptations de poste. (cf § 2.3.2).

3.2.4 Le risque invalidité touche les plus modestes et la politique d'invalidité ne lutte pas suffisamment contre la désinsertion professionnelle

L'IGAS a remis en mai 2012 un rapport sur l'évaluation de l'invalidité, qui constate la dilution du concept, la disparité des règles et l'absence de pilotage⁹¹.

Le rapport alerte sur la gravité du risque « *qui touche les plus modestes* » et a des conséquences en termes d'employabilité. Pour ses auteurs, il doit faire l'objet d'un « *programme de lutte contre les inégalités et contre la pauvreté* ». Une des principales recommandations du rapport est l'amélioration de la prévention de la désinsertion professionnelle en développant et homogénéisant la mesure de l'employabilité et la coordination des acteurs.

A cet égard, la CNAMTS a établi un bilan des actions conduites en 2013, selon lequel plus de 500000 personnes ont bénéficié du Service social de l'assurance-maladie, destiné à prévenir la désinsertion professionnelle des assurés malades ou handicapés, préserver leur autonomie et faciliter l'accès et le droit aux soins des personnes en situation de précarité. Le profil –type des personnes accompagnées est une femme, en situation d'arrêt de travail au moment de sa prise en charge, âgée de 46 à 59 ans.

De même, l'accès à la pension d'invalidité n'est pas une démarche aisée : la CNSA a recensé pour la mission les obstacles rencontrés par les salariés handicapés concernés : la pension d'invalidité prend le relais, le plus souvent, d'une période au cours de laquelle le salarié, en arrêt de travail, a perçu des indemnités journalières de la Sécurité sociale. Mais le bénéfice des indemnités journalières dépend de conditions strictes, pas toujours remplies par le salarié.

Les difficultés rencontrées lors de la demande de pension d'invalidité :

*« pour les personnes inscrites à Pôle Emploi ne faisant pas valoir leurs droits à indemnités journalières et éventuellement par la suite à la pension d'invalidité, du fait de leur méconnaissance de la possibilité d'arrêt maladie pour une personne sans emploi, ou du refus des médecins de faire des arrêts pour des personnes dans cette situation ..., ce qui peut les exposer à une radiation du dispositif si elles ne répondent pas aux propositions d'emploi et les amène également à perdre des droits au chômage puisqu'ils ne sont pas reportés à la fin de leur arrêt maladie. De ce fait, un risque de précarisation existe ;
-pour les personnes ne faisant pas valoir leurs droits à pension d'invalidité et perdant leur possibilité d'y accéder au bout d'un certain temps. Elles sollicitent l'AAH, d'où l'impact non négligeable sur ce dispositif puisqu'il n'y a plus de subsidiarité, ce qui a un impact sur leurs droits retraites avec risque à terme de précarisation ».*

Source : CNSA pour la mission

La loi a facilité le recours au mi-temps thérapeutique (TPT), ce qui permet tout à la fois un maintien dans l'emploi de la personne devenue handicapée et une reconversion vers des postes de travail mieux adaptés. Selon les explications de la DSS :

"- L'article 45 de la LFSS pour 2012 rend obligatoire l'indemnisation du TPT par la caisse d'assurance maladie (elle était auparavant facultative et donc subordonnée à l'accord de la caisse) ;

⁹¹ « L'évaluation de l'état d'invalidité en France : réaffirmer les concepts, homogénéiser les pratiques et refondre le pilotage du risque », Rapport IGAS RM2012-059P, mai 2012. http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-059P_-_TOME_1_Rapport.pdf. Le rapport propose trois axes de progrès :

- Réaffirmer les concepts d'invalidité (perte de revenu due à une restriction durable des capacités de travail) ;
- Homogénéiser les règles (unifier barèmes de l'AAH et des pensions d'invalidité) ;
- Piloter le risque invalidité (sous la responsabilité de la DSS, y compris pour assurer l'interface avec les autres politiques sociales, notamment la politique d'emploi, dans son volet prévention de la désinsertion professionnelle).

- En cas d'affection de longue durée (ALD), le TPT peut être prescrit directement sans qu'il soit nécessaire qu'il soit précédé immédiatement d'un arrêt de travail à temps complet. Auparavant, le TPT devait nécessairement faire suite à un arrêt de travail à temps complet. En conséquence, même si dans le cas de certaines ALD, un TPT aurait pu être prescrit dès le diagnostic, l'exigence d'un arrêt de travail à temps complet préalable l'interdisait. Depuis la LFSS pour 2012, l'exigence d'un arrêt de travail à temps complet précédant immédiatement la reprise de travail à temps partiel thérapeutique est maintenue pour la maladie ordinaire mais est supprimée pour les assurés atteints d'une ALD. »

La loi a également étendu les actions de formation professionnelle pour les personnes en arrêt-maladie : « La LFSS pour 2009 a créé un dispositif permettant de maintenir le droit aux indemnités journalières des assurés affiliés au régime général qui souhaitent, durant les arrêts de travail dus à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, suivre des actions de formation professionnelle continue ou des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information ou de conseil. La LFSS pour 2011 a ensuite étendu ce dispositif aux arrêts maladie hors accident du travail ou maladie professionnelle (article L. 323-3-1). Les sections professionnelles du RSI ont proposé en 2013 d'étendre ce dispositif aux travailleurs indépendants (article D. 613-17). »⁹²

Dans la COG signée le 6 août 2014, l'Etat et la CNAMTS ont pris la mesure du risque, en prévoyant le « développement de l'accompagnement personnalisé pour mieux répondre aux assurés ». La DSS indique « qu'il est envisagé de créer une enveloppe dédiée pour généraliser et harmoniser les actions de prévention de la désinsertion professionnelle sur l'ensemble du territoire ».

En conclusion, la mission constate la mise en oeuvre de solutions ponctuelles au problème de l'articulation entre l'inaptitude, la validité et le handicap en faveur de la prévention de la désinsertion professionnelle, mais regrette l'absence persistante de prise en compte globale du sujet⁹³.

3.2.5 Les modalités de l'expérimentation sur l'employabilité des travailleurs handicapés « Potentiel emploi » ne sont pas adaptées

Le rapport du Docteur Michel Busnel sur « l'emploi : un droit à faire vivre pour tous »⁹⁴, remis au ministre chargé du travail et à la secrétaire d'Etat chargée de la famille en décembre 2009, constatait que l'amélioration de la qualité de l'accompagnement socio-professionnel des bénéficiaires de l'AAH suppose une meilleure évaluation de leur capacité de travail.

Suite à ses recommandations, une expérimentation a été lancée dans 10 départements visant à tester un nouveau processus dynamique d'évaluation de l'employabilité des personnes en situation de handicap, avec l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE), les prestataires évaluateurs et les acteurs du service public de l'emploi.

A la suite de ces travaux et de manière convergente avec les conclusions de la mission IGAS sur l'invalidité précitée, une expérimentation sur l'employabilité des personnes en situation de handicap a été lancée en 2013 par la DGCS, le FIPHP, la CNSA avec 10 MDPH⁹⁵, consistant en la mise en place d'un processus d'accompagnement personnalisé vers l'emploi des personnes handicapées en fonction de leurs aptitudes.

⁹²Note DSS pour la mission, août 2014.

⁹³ Le sujet de la cohérence de la politique d'invalidité et de l'articulation avec la politique du handicap est développé dans le chapitre sur la gouvernance.

⁹⁴ Michel Busnel « l'emploi : un droit à faire vivre pour tous : évaluer la situation des personnes handicapées au regard de l'emploi, prévenir la désinsertion professionnelle » <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000032/0000.pdf>

⁹⁵ Allier, Hautes Alpes, Hérault, Loire, Loiret, Maine et Loire, Morbihan, Pas de Calais, Hautes Pyrénées et Val d'Oise.

Au cours de cette expérimentation, 746 entretiens ont été réalisés, conduisant à 379 modules d'émergence professionnelle et 181 mises en situation professionnelle effectives, les nombreux abandons étant dûs à des problèmes de santé.

Les conclusions encourageantes mais partielles contenues dans le rapport de cette première expérimentation remis en juin 2013 ont fait l'objet d'une mesure particulière du plan pauvreté et ont conduit la mission d'évaluation du plan contre la pauvreté à prendre acte de la « *décision du CIH de montée en puissance progressive des modalités d'évaluation, en prévoyant notamment un calendrier prévisionnel, des financements à mobiliser et de la mobilisation des acteurs* »⁹⁶.

La DGCS et la CNSA considèrent que cette expérimentation « Potentiel Emploi » permet un « *dispositif d'évaluation renforcé, mobilisant dans la durée des expertises médico-psycho-socio-professionnelles complètes par des mises en situation sur un ou plusieurs lieux de travail* » et fournit des « *éléments complémentaires pour aider l'équipe pluridisciplinaire à se positionner sur la RSDAE* »⁹⁷.

Pour ces raisons, l'expérimentation se poursuit et le dispositif d'évaluation accompagnée doit se déployer dans 19 nouvelles MDPH (en tout 29 MDPH). La mission regrette toutefois l'absence de l'AGEFIPH, de la DSS et des caisses de sécurité sociale, . Il n'y a pas de rôle moteur de la DGEFP et le financement repose essentiellement sur le FIPHFP et la CNSA, ce pour des montants importants : le FIPHFP consacre à cette étude 6,6 M€ et la CNSA 0,8 M€ pour 2014 et 2015.

Ces constats (emploi des femmes handicapées, expérimentation sur l'employabilité) sont repris dans la conclusion de la mission et font l'objet de recommandations sur l'accès à l'emploi ci-dessous.

Le défenseur des droits et l'effectivité du droit à l'emploi

Le domaine de l'emploi représente près des deux tiers des réclamations auprès du défenseur des droits, formulé notamment par les personnes invoquant une discrimination du fait de la santé ou du handicap. Dans son rapport 2012, le défenseur des droits relève parmi les dossiers de saisine :

- l'exemple de la nullité d'un licenciement fondé sur l'état de santé de la salariée, la Cour d'appel de Bordeaux ayant accordé 60 000 € de dommages et intérêts à la plaignante ;
- l'indemnisation du préjudice moral et matériel résultant d'un licenciement lié à l'état de santé d'un fonctionnaire de l'éducation nationale ;
- La reconnaissance par le Conseil d'Etat d'une discrimination indirecte fondée sur le handicap d'un magistrat bénéficiaire du statut de travailleur handicapé et d'un aménagement de fonctions ayant entraîné une baisse de primes significative⁹⁸.

Tout récemment, le Défenseur des droits a transmis au Conseil constitutionnel une question prioritaire de constitutionnalité et une observation devant le conseil d'Etat relatifs à la suppression du versement d'une pension d'invalidité en raison de l'âge de la réclamante⁹⁹.

Début 2014, le Défenseur des droits a lancé un groupe de travail sur les « aménagements raisonnables » que l'employeur doit mettre en œuvre, sur avis du médecin inspecteur du travail, pour permettre aux personnes en situation de handicap d'accéder à un emploi ou de l'exercer, sous réserve de charge proportionnée. Le groupe, constitué de médecins du travail, de l'AGEFIPH, du FIPHFP, de Cap Emploi, de Sameth, de représentants associatifs et de juristes, doit rédiger d'ici fin 2014 un guide pour accompagner les employeurs dans la mise en œuvre de l'obligation d'aménagements raisonnables.

⁹⁶ mesure 2.2.6 du Plan contre la pauvreté : « faciliter l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap »

⁹⁷ Réponse au questionnaire complémentaire de la mission adressé à la DGCS et la CNSA, septembre 2014.

⁹⁸ Source : rapport annuel 2012, Annexe III, Défenseur des droits

http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/upload/raa-2012-annexe-3_discriminations.pdf

⁹⁹ Décision MLD 2014-069 du 7 avril 2014.

Ces travaux ont pour objectif de réduire la précarité dans l'emploi des personnes handicapées, en favorisant leur maintien dans l'emploi, et font l'objet de développement et de propositions dans le cadre de la mission parlementaire à laquelle la mission se réfère¹⁰⁰.

3.2.6 Les freins à la formation ne sont pas seulement dus à l'insuffisance ou l'inadaptation de l'offre

La population des travailleurs handicapés est peu diplômée : 71 % ont un niveau de diplôme égal ou inférieur au BEP-CAP, contre 51 % de la population totale.

6 % de travailleurs handicapés sont cadres contre 18 % dans la population totale, du fait de leur faible niveau de formation initiale. 9 % accèdent à l'enseignement supérieur contre 28 % dans la population générale. De même, le recours des travailleurs handicapés à la formation est faible, car de fait soumis à de fortes restrictions.

En effet, les capacités d'accueil des Centres de rééducation professionnelle (CRP) sont faibles : 10 000 places en formations qualifiantes sont autorisées, financées et attribuées sur décision de la CDAPH. Malgré la bonne performance des 84 centres de rééducation professionnelle en matière de réussite à l'examen clôturant la formation qualifiante et d'insertion dans l'emploi, leur accès reste restreint. L'évolution des CRP fera partie des leviers d'action des conseils régionaux, ouverts par la Loi du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale¹⁰¹. Dans la mise en œuvre de leurs nouvelles compétences, l'Etat devra veiller à l'équité et au développement de ces formations.

Les centres de rééducation professionnelle

Les centres de rééducation professionnelle (CRP) sont à la fois des établissements médico-sociaux et des organismes de formation professionnelle. Ils accueillent des personnes handicapées orientées par la CDAPH (mais après 8 mois d'attente en moyenne) et dispensent une formation qualifiante en alliant un suivi médical adapté. 84 CRP sont répartis sur le territoire, soit 10 000 places.

La loi du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale réaffirme la place de ces établissements au sein du service public régional de la formation professionnelle qui ont fait preuve de leur efficacité : 94 % de taux de réussite à l'examen clôturant une formation qualifiante, 55 % de personnes en emploi 6 mois après la sortie.

Ils sont financés par l'assurance maladie (fonctionnement), l'Etat (jusqu'au 31 décembre 2014) et les conseils régionaux (rémunération des stagiaires). A compter du 1^{er} janvier 2015, les rémunérations seront décentralisées en région.

Source : DGEFP pour la mission

A l'inverse, en milieu ordinaire, l'offre des organismes de formation ne couvre pas les besoins spécifiques de formation des travailleurs handicapés : horaires inadaptés aux possibilités de présence et de déplacement, pédagogie inadaptée au type de handicap, accès aux locaux difficile et non-conformité des locaux...

Enfin, **les modes de rémunérations spécifiques des stagiaires handicapés** peuvent avoir des conséquences défavorables sur les participations à la formation.

¹⁰⁰ Mission auprès du Premier Ministre de Me Annie Le Houérou, Députée des Côtes d'Armor, précitée, sur « l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire, septembre 2014 ».

¹⁰¹ LOI n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale

En effet, le niveau de rémunération suit la logique de la rémunération pour reconversion professionnelle et va au-delà de la compensation du handicap : quel que soit l'employeur financeur, le stagiaire suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle a droit au maintien de son salaire dans la limite de 1932,52 € par mois (2014). Cette rémunération représente en moyenne plus du double de la rémunération des stagiaires de la formation professionnelle. De fait, les écarts de rémunération peuvent être source d'inéquité entre stagiaires. De plus, pour le stagiaire handicapé, la sortie de stage peut provoquer une chute de revenu, celui-ci n'étant pas sûr de retrouver le même niveau de rémunération sur le marché du travail.

De même, la dépense est lourde pour l'employeur qui se retourne vers l'AGEFIPH et peut avoir un effet dissuasif dans l'arbitrage des formations de l'employeur.

3.3 Conclusions et recommandations de la mission

3.3.1 Mieux mobiliser les dispositifs pour rendre effectif l'accès à l'emploi

Au vu des témoignages et des constats établis, la mission estime que le droit à l'emploi et à la formation des personnes en situation de handicap présente un cadre relativement complet, avec des financements dédiés importants et des dispositifs d'aide et les acteurs d'insertion nombreux.

La mission relève que la loi sur le handicap de 2005¹⁰² fixe l'égalité des droits et des chances, notamment dans les domaines de l'emploi et de la formation. Le cumul entre l'AAH et les revenus d'activité est amélioré et simplifié, depuis le décret n°2010-1403 du 12 novembre 2010 qui a institué les possibilités de cumul entre AAH et revenus d'activité en milieu ordinaire : depuis le 1er janvier 2011, les allocataires peuvent cumuler intégralement AAH et salaire pendant 6 mois jusqu'à 132 % du SMIC (contre 110 % auparavant), puis ensuite de façon partielle mais pérenne.

Depuis le 1^{er} janvier 2009, toute demande d'AAH doit être couplée avec un examen de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), même si la personne n'a pas formulé la demande. En 2013, 42 accords de RQTH sont décidés sur 100 demandes de personnes demandant l'AAH, sachant que certains demandeurs d'AAH peuvent être déjà bénéficiaires de la RQTH ou que leur droit à la RQTH (entre 1 et 5 ans) court toujours au moment de la demande de renouvellement de l'AAH¹⁰³. Enfin, l'examen peut être conjoint sans que les décisions ne le soient.

Globalement, le taux d'accord pour les demandes de RQTH est proche de 95 %.

Selon la CNSA, « la vision est divergente suivant les acteurs : la CNSA préconise que la RQTH soit attribuée s'il y a RSDAE, alors que le ministère du travail préconise de ne pas attribuer la RQTH pour des personnes considérées comme inaptes au travail ».

La mission en conclut que le processus de décision varie selon les MDPH, et que le lien avec l'instruction de la RSDAE n'existe pas.

Ainsi, les avantages liés à l'attribution de cette reconnaissance (sécurisation, accès aux droits et aux aides, autant pour le salarié ou demandeur d'emploi que pour l'employeur), sont fragilisés par l'absence de normalisation de l'instruction et de divergence dans les durées de validité.

¹⁰² Voir l'intitulé de la loi : LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

¹⁰³ Note CNSA pour la DGCS, 03/03/2014 sur les indicateurs et réponse CNSA-DGCS au questionnaire de la mission sur la RQTH et la RSDAE.

Une étude de l'ANSA commandée par la CNSA doit procéder à une analyse des pratiques ainsi qu'à l'identification des situations de RQTH problématiques, dans une optique d'harmonisation des pratiques. Afin d'éviter les ruptures de droit mais aussi d'alléger les charges de MDPH au profit d'un meilleur appui aux demandeurs, la mission recommande de s'appuyer sur les conclusions de l'ANSA, attendues pour mars 2015, afin de simplifier les conditions de délivrance de la RQTH et de mieux l'articuler avec la RSDAE :

Recommandation n°9 : Revoir les conditions, la périodicité et les modalités de renouvellement de la RQTH et mieux l'articuler avec la RSDAE

La nouvelle **convention nationale multipartite d'objectifs et de moyens pour l'emploi des travailleurs handicapés**, signée en novembre 2013 en application de la Loi Blanc du 28 juillet 2011, mobilise les acteurs de l'insertion et de l'emploi dans une programmation ciblée et soutenue en faveur de l'insertion dans l'emploi des personnes en situation de handicap.

Cette convention a mis plus de deux ans avant d'aboutir, les institutions régionales de pilotage et de suivi prévus dans les 6 mois n'ont pas été totalement mis en place. Quatre groupes de travail ont été réunis, mais le groupe de travail « maintien dans l'emploi » a tardé à se réunir et le comité de pilotage national a été réuni seulement le 3 juillet 2014. Par ailleurs, la convention ne prévoit pas d'action spécifique en faveur des femmes handicapées ni d'action spécifique sur l'accessibilité des lieux de travail, alors que la loi-accessibilité du 10 juillet 2014 est limitée aux établissements recevant du public, des transports, des bâtiments d'habitation et de la voirie et reporte de cinq ans les échéances de mise en accessibilité¹⁰⁴. Ces obstacles juridiques sont un facteur de frein supplémentaire à l'emploi.

C'est pourquoi la mission recommande à l'Etat (DGEFP et DGCS) d'assurer un pilotage fort de la convention nationale multipartite précitée et d'installer rapidement (d'ici l'été 2015) les comités de pilotage régionaux en désignant un chef de projet au sein des DIRECCTE, en lien avec le pilotage des plans régionaux d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés (PRITH).

Recommandation n°10 : L'Etat doit assurer un pilotage fort de la convention multipartite, désigner des chefs de projet au sein des DIRECCTE et installer les comités régionaux d'ici l'été 2015.

Par ailleurs, l'AGEFIPH et le FIPHFP ont des moyens d'action divers, financés par les contributions des employeurs : 441,5 M€ en 2013 pour l'AGEFIPH et 148,8 M€ pour le FIPHFP¹⁰⁵.

Globalement, les dispositifs sont protecteurs, mais peu stables et surtout non harmonisés.

Les interruptions provoquent des ruptures de parcours des bénéficiaires et la complexité des dispositifs nécessitent des moyens de formation et d'ingénierie importants pour les acteurs de l'insertion.

La mission recommande de stabiliser les dispositifs d'aide à l'emploi des personnes en situation de handicap, afin de réduire l'incertitude, la précarité et les ruptures de parcours, et de permettre la réduction des coûts d'expertise, de formation et d'ingénierie à la charge des acteurs de l'insertion des personnes en situation de handicap. Pour ce faire, un rapprochement de la gouvernance de ces deux fonds doit être envisagé.

¹⁰⁴ La loi du 10 juillet 2014 habilite le Gouvernement à adopter par ordonnance des mesures d'accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de voirie pour les personnes hand. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029217888&dateTexte=&categorieLien=id>

¹⁰⁵ Soit une baisse de 7% par rapport à 2012 pour l'AGEFIPH et de 9% pour le FIPHFP, mais une amélioration du respect de l'obligation légale et une croissance du montant des interventions via des aides directes ponctuelles (formation, aménagement des postes de travail, amélioration des conditions de vie, apprentissage, alternance), des conventions pluriannuelles, des programmes accessibilité (aux locaux professionnels) et le financement du réseau de Cap Emploi et des SAMETH.

Mais surtout, la mission réaffirme le principe que les travailleurs handicapés, qu'ils soient salariés, fonctionnaires ou indépendants, ont les mêmes besoins et les mêmes droits, et qu'il est nécessaire d'harmoniser les prestations et les services mis en œuvre par l'AGEFIPH et le FIPHFP.

Recommandation n°11 : L'AGEFIPH et le FIPHFP doivent assurer les mêmes prestations et services auprès des travailleurs handicapés, quel que soit leur statut, et stabiliser leur offre. Un rapprochement de la gouvernance de ces deux fonds doit être envisagé.

Les dispositifs sont par ailleurs faiblement utilisés et la spécificité du réseau d'accompagnement des Cap emploi peut entraîner un risque de complexité supplémentaire d'éloignement des travailleurs handicapés du marché du travail ordinaire.

Les dispositifs sont nombreux et les intervenants multiples, mais ne bénéficient qu'à un nombre réduit de travailleurs handicapés : 102 associations CAP Emploi accompagnent 70 000 demandeurs d'emploi travailleurs handicapés (chiffres 2013, objectif 77 000 en 2014), pour plus de 400 000 demandeurs d'emploi handicapés¹⁰⁶.

L'obligation d'emploi de travailleurs handicapés est de mieux en mieux respectée par les employeurs privés et publics, traduisant une meilleure prise en compte des acteurs mais la situation réelle des travailleurs handicapés vis-à-vis de l'emploi reste médiocre.

La mission recommande d'envisager un rapprochement physique du réseau des Cap Emploi et de Pôle Emploi, à la faveur de la prochaine négociation de la prochaine convention nationale Cap Emploi/ Pôle Emploi, afin d'assurer une présence effective de Cap Emploi au sein des agences de Pôle Emploi, ce dans le but de rapprocher le travailleur handicapé du marché du travail de droit commun et d'en simplifier l'accès, tout en maintenant l'accompagnement de qualité offert par les services de Cap Emploi.

Recommandation n°12 : Envisager le rapprochement physique du réseau de Cap emploi avec les agences de Pôle Emploi, dans le but de faciliter l'accès du travailleur handicapé au marché du travail ordinaire

Les dispositifs sont nombreux, non homogènes et variables dans le temps, ce qui entraîne des dépenses d'ingénierie, de formation des acteurs et d'études importants. C'est pourquoi la mission recommande de comparer les coûts-avantages des études, des dépenses d'ingénierie ou de formation des acteurs, dédiés à l'amélioration de l'emploi et de l'insertion, par rapport aux coûts-avantages des dispositifs déployés.

En particulier, **l'expérimentation sur l'employabilité** des personnes en situation de handicap « Potentiel emploi » pilotée par la DGCS, la CNSA et 10 MDPH représente un coût important et les financements ne reflètent pas la réalité de la responsabilité des acteurs. La mission s'interroge sur les modalités engagées pour l'expérimentation sur l'employabilité au regard de l'objectif initialement poursuivi.

Recommandation n°13 : Faire le bilan coûts-avantages des principaux dispositifs d'insertion, de l'ingénierie et de la formation des acteurs de l'insertion des travailleurs handicapés, notamment l'expérimentation sur l'employabilité « Potentiel emploi »

3.3.2 Améliorer le maintien dans l'emploi

Les témoignages, les constats et les rapports sur l'inaptitude au travail et l'invalidité ont mis en lumière les risques de désinsertion professionnelle et esquissé des pistes de solutions pour la prévenir (plan de santé au travail, la loi du 20 juillet 2011 sur la santé au travail et le rôle des services de santé). Les services de santé au travail sont encouragés à intervenir en amont, mais l'action repose largement sur la bonne coopération locale entre les acteurs.

¹⁰⁶ données Pôle emploi fin 2013

C'est pourquoi la mission recommande d'améliorer la connaissance sur l'inaptitude afin de mieux prévenir les risques de désinsertion professionnelle. Cette connaissance passe par une amélioration de l'organisation et des moyens de la médecine du travail et notamment du système d'information, dans les limites contraintes du cadre budgétaire et des marges d'action possibles des caisses de sécurité sociale.

Recommandation n°14 : Améliorer la connaissance de l'inaptitude au travail afin de mieux prévenir les risques de désinsertion professionnelle.

3.3.3 Améliorer l'accès à la formation

La faible participation des personnes en situation de handicap à la formation - qui s'explique par la rareté de l'offre, les difficultés d'accès aux CRP d'une part et les difficultés d'équipement et d'adaptation pédagogique des formations en milieu ordinaire et les difficultés d'organisation interne de l'entreprise d'autre part- maintient des bas niveaux de qualification, des bas salaires, une forte part des emplois à temps partiel et les situations de travailleurs pauvres.

C'est pourquoi la mission recommande de mieux adapter l'offre des organismes de formation en milieu ordinaire aux besoins logistiques et pédagogiques des personnes en situation de handicap.

Recommandation n°15 : Mieux adapter l'offre des organismes de formation en milieu ordinaire aux besoins logistiques et pédagogiques des personnes en situation de handicap

Par ailleurs, les conséquences défavorables des modes de rémunérations des stagiaires handicapés sur les participations à la formation ont été soulevées de manière récurrente par les acteurs sans trouver de solution. C'est pourquoi la mission recommande de mettre à l'étude une réforme des conditions de rémunération des stagiaires handicapés en recherchant l'équité avec les stagiaires de droit commun.

Recommandation n°16 : Mettre à l'étude une réforme des conditions de rémunération des stagiaires handicapés

Cette réflexion aurait toute sa place dans le cadre d'une part de la mise en œuvre de la loi du 5 mars 2014 n° 2014-288 *relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale* et dans le cadre des négociations entre partenaires sociaux.

Les recommandations relatives à l'emploi et à la formation des travailleurs handicapés auraient toute leur place dans le cadre de négociations nationales interprofessionnelles ou de branches, dans lesquels il s'agirait d'inclure des volets spécifiques aux travailleurs handicapés.

Recommandation n°17 : Inclure dans chaque accord national les volets spécifiques aux travailleurs handicapés

Dans l'attente, il est envisageable d'engager avec les partenaires sociaux un accord national interprofessionnel sur le sujet handicap et formation. Concernant le maintien dans l'emploi, la renégociation en cours de la convention sur le contrat de sécurisation professionnelle du 19 juillet 2011, actuellement réservé aux personnes licenciées pour motif économique, pourrait inclure une réflexion sur son extension aux personnes licenciées pour inaptitude.

Il s'agirait d'expérimenter cette extension à partir de branches ou de bassins d'emploi. Le coût que représente cette extension est à mettre au regard du gain de temps de retour à l'emploi et de la sécurisation économique de la personne.

Recommandation n°18 : Dans l'attente de l'inclusion dans chaque accord de volet spécifique aux travailleurs handicapés, engager un cadre de réflexion sur un projet d'accord national interprofessionnel sur la formation professionnelle, ainsi que sur les conditions d'extension du contrat de sécurisation professionnelle aux salariés licenciés pour inaptitude.

L'accès à l'emploi, le maintien dans l'emploi et la formation : recommandations

Mieux mobiliser les dispositifs pour rendre effectif l'accès à l'emploi

N°	Recommandations	Autorité responsable	Justification	Faisabilité/ conditions de succès
9	Revoir les conditions, la périodicité et les modalités de renouvellement de la RQTH et mieux l'articuler avec la RSDAE	DGCS DGEFP	Eviter les ruptures Alléger les charges des MDPH au profit d'un meilleur appui aux demandeurs	Voie législative et réglementaire
10	L'Etat doit assurer un pilotage fort de la convention multipartite, désigner des chefs de projet au sein des DIRECCTE et installer les comités régionaux d'ici l'été 2015.	DGEFP, DGCS Pôle emploi à titre principal Direccte	Respecter les engagements signés dans la convention Répondre aux attentes du public	Mobilisation et coordination des acteurs Coordination avec les PRITH
11	L'AGEFIPH et le FIPHFP doivent assurer les mêmes prestations et services auprès des travailleurs handicapés, quel que soit leur statut, et stabiliser leur offre. Un rapprochement de la gouvernance de ces deux fonds doit être envisagé.	DGEFP AGEFIPH FIPHFP	Réduire l'incertitude et la précarité des travailleurs handicapés et les inégalités dans l'aide à l'accès à l'emploi Réduire les coûts d'ingénierie et les pertes d'expertise par les acteurs	Voie conventionnelle
12	Envisager le rapprochement physique du réseau de Cap emploi avec les agences de Pôle Emploi, dans le but de faciliter l'accès du travailleur handicapé au marché du travail ordinaire	DGEFP Pôle Emploi AGEFIPH FIPHFP	Faciliter l'accès des travailleurs handicapés au marché du travail	Voie conventionnelle
13	Faire le bilan coûts-avantages des principaux dispositifs d'insertion, de l'ingénierie et de la formation des acteurs de l'insertion des travailleurs handicapés, notamment l'expérimentation sur l'employabilité « Potentiel emploi »	DGEFP DGCS Pôle Emploi AGEFIPH FIPHFP	Dispositifs multiples, interlocuteurs multiples, absence de continuité qui nuit à la sécurisation des parcours	Programmation et moyens d'études à consacrer pour vérifier la pertinence des outils par rapport aux objectifs fixés et mesurer les coûts d'ingénierie et des études

Améliorer le maintien dans l'emploi

N°	Recommandations	Autorité responsable	Justification	Faisabilité/ conditions de succès
14	Améliorer la connaissance de l'inaptitude au travail afin de mieux prévenir le risque de désinsertion professionnelle	DGT DSS, DGEFP Caisses de sécurité sociale	Prévenir la désinsertion professionnelle Réduire l'insécurité juridique	Engagements du Plan santé au travail Organisation et moyens de la médecine du travail, système d'information à automatiser

Améliorer l'accès à la formation

N°	Recommandations	Autorité responsable	Justification	Faisabilité/ conditions de succès
15	Mieux adapter l'offre des organismes de formation en milieu ordinaire aux besoins logistiques et pédagogiques des personnes en situation de handicap	DGEFP DGCS Conseils régionaux AGEFIPH FIPHFP	Adapter l'offre de formation	Engagement des partenaires sociaux et des conseils régionaux
16	Mettre à l'étude une réforme des conditions de rémunération des stagiaires handicapés	DGEFP Partenaires sociaux Conseils régionaux	Rapprocher les rémunérations des travailleurs handicapés du droit commun et éviter les ruptures de parcours	Négociation collective Evolution de la décentralisation

N°	Recommandations	Autorité responsable	Justification	Faisabilité/ conditions de succès
17	Inclure dans chaque accord national les volets spécifiques aux travailleurs handicapés	Partenaires sociaux	Rapprocher la situation des travailleurs handicapés du droit commun de l'emploi et de la formation	Engagement des partenaires sociaux
18	Dans l'attente de l'inclusion dans chaque accord de volets spécifique aux travailleurs handicapés, engager un cadre de réflexion sur un projet d'accord national interprofessionnel sur la formation professionnelle, ainsi que sur les conditions d'extension du contrat de sécurisation professionnelle aux salariés licenciés pour inaptitude	Partenaires sociaux	Favoriser le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés	Engagements des partenaires sociaux

4 L'ACCES A L'HEBERGEMENT ET AU LOGEMENT

Le sujet du logement et de l'hébergement se pose pour partie dans les mêmes conditions pour des personnes handicapées et pauvres que pour le reste de la population : rareté des logements sociaux, coût des locations, saturation des centres d'hébergement d'urgence. S'y ajoutent les difficultés particulières d'accessibilité physique pour les personnes à mobilité réduite, problème qui n'est pas traité dans ce rapport¹⁰⁷.

Globalement, le problème est plus la *précarité* due à l'absence d'offre suffisante et adaptée que l'*insolvabilité* des personnes en situation de handicap. En effet, les dispositifs fiscaux et sociaux sont relativement favorables aux personnes en situation de handicap par rapport aux autres populations défavorisées : l'AAH se cumule avec l'APL, et peut se cumuler sous certaines conditions avec une majoration pour vie autonome de 104 €/mois¹⁰⁸, alors que l'allocataire du RSA voit son allocation déduite d'un forfait logement de 60 € s'il reçoit une aide au logement, s'il est logé gratuitement ou s'il est propriétaire sans remboursement d'emprunt.

Le groupe soulève le problème des situations critiques qui ne trouvent pas de réponse, soit parce que les parcours ont été mal anticipés et se heurtent à la carence d'offres adaptées (en témoigne la prolongation de placement d'adultes en IME¹⁰⁹), soit parce que la réponse à l'urgence souffre du manque de coordination des acteurs.

A cet égard, la mission partage le diagnostic et les préconisations du rapport de Denis Piveteau « *Zéro sans solution*, »¹¹⁰, qui appelle à la modification profonde du pilotage de la MDPH, afin de permettre un parcours sans rupture et allant au-delà des orientations en service ou établissement. La partie Gouvernance de la présente mission développe par ailleurs ces propos.

4.1 Le groupe de travail constate de nombreux risques de précarité

4.1.1 Les personnes en situation de handicap psychique éprouvent des difficultés particulières face au logement

En matière de logement, le risque de précarité est particulièrement élevé pour les personnes en situation de handicap psychique. Les problèmes principaux sont:

- leur situation vis à vis du logement ; la difficulté d'accès de plus en plus importante de malades atteints de troubles psychiques aux lieux de soins ;

¹⁰⁷ Loi du 10 juillet 2014 habilite le Gouvernement à adopter par ordonnance des mesures pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées. Le délai de 2015 ne pouvant être respecté par la grande majorité des gestionnaires d'ERP et soucieux de ne pas briser l'élan impulsé par la loi de 2005, le gouvernement a opté pour la création d'un dispositif dérogatoire temporaire : les Agendas d'Accessibilité Programmée (Ad'AP), qui permettront aux acteurs publics et privés de s'engager sur un calendrier précis et encadré de travaux

¹⁰⁸ La majoration pour vie autonome est attribuée aux bénéficiaires de l'AAH (avec un taux d'incapacité supérieur à 80%) ou aux bénéficiaires d'une pension d'un avantage vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente accident du travail qui disposent d'un logement pour lequel la personne bénéficie d'une aide au logement.

¹⁰⁹ L'amendement Creton à la loi du 13 janvier 1989 permet le maintien, dans l'attente d'une solution adaptée, de jeunes handicapés âgés de plus de vingt ans dans les établissements médico-sociaux pour enfants handicapés qui les accueillent (Institut médico-éducatif IME)

¹¹⁰ rapport précité de Denis Piveteau, « *Zéro sans solution, le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches* »
http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Zero_sans_solution.pdf

- le suivi médical nécessaire à leur état. Cette difficulté a d'ailleurs été relevée dans le premier rapport d'évaluation du plan pauvreté, car évoqué très souvent lors des trente rencontres en région réalisées par la mission¹¹¹.

4.1.2 Les lieux d'hébergement sont inadaptés par rapport aux besoins

Le groupe a soulevé l'inadaptation des lieux d'hébergement (CHU, CHRS) et l'absence d'accueil adapté aux personnes en situation de handicap psychique, du fait de la formation insuffisante des personnels sur le sujet de la maladie mentale et les difficultés de collaboration avec les équipes de secteur psychiatrique. Cette situation accentue les phénomènes d'exclusion du logement comme des soins et marginalise les personnes concernées.

Les membres du groupe, au vu des difficultés d'accès à l'offre de logement spécialisé, soulignent l'intérêt de développer les partenariats avec les associations gestionnaires de CHRS et surtout de développer le logement diffus, en milieu ordinaire, avec des solutions d'accompagnement. Dans l'un et l'autre cas, la nécessité de la présence de travailleurs sociaux et surtout de leur formation spécifique au problème de santé mentale est soulignée. Selon le groupe, les CHRS sont demandeurs de conventions avec les Centres médico-psychologiques.

Des exemples d'hébergement ou de logement accompagné : les « groupes d'entraide mutuelle » et les « familles gouvernantes »

L'UNAFAM souligne l'activité des Groupes d'entraide mutuelle (GEM) : les 377 GEM ont accompagné 22 000 personnes (majoritairement mis en oeuvre par l'UNAFAM). Les GEM sont des associations de prévention et de compensation du handicap introduites par la Loi « handicap » du 11 février 2005, financés par la CNSA, répartis et gérés par les ARS dans le cadre du Fonds d'intervention régionale, pour un montant de 27 M€ depuis 2011 (+2 M€ en 2014). (voir Annexe UNAFAM).

L'UDAF a également expérimenté les « familles gouvernantes », consistant à loger des personnes souffrant de troubles psychiatriques stabilisés dans un appartement géré par une gouvernante (auxiliaire de vie sociale ou personnes plus qualifiées, employée par une association), chargée d'assister les locataires au quotidien. Ce dispositif est organisé dans 16 départements expérimentaux, de manière souple et peu coûteuse. Le montage financier repose sur la prestation de compensation du handicap, qui permet de salarier une gouvernante à temps plein pour cinq ou six résidents. Les résidents payent leur pension grâce à l'allocation adulte handicapé, et leur loyer grâce à l'allocation logement.

Selon le groupe, la création de logement adapté avec soins à domicile est souhaitée, en particulier par les familles, permettant une vie plus normale. Mais le lien entre prise en charge sanitaire et action sociale est difficile, le reproche étant fait à certaines ARS de s'éloigner des coopérations avec les intervenants sociaux. Ce problème du suivi médical à domicile est également soulevé pour d'autres types de handicaps nécessitant des soins.

¹¹¹ Rapport IGAS n° 2013-024R précité : « Evaluation de la première année de mise en œuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. », F CHEREQUE et S VANACKERE

4.2 Les auditions ou expérimentations ne confirment que partiellement les témoignages du groupe

4.2.1 La situation des personnes handicapées par rapport au logement n'est pas plus dégradée que celle des autres bénéficiaires de minima sociaux

Les données issues de l'enquête de la DREES auprès des bénéficiaires de minima sociaux ne placent pas les bénéficiaires d'AAH en situation particulièrement dégradée par rapport aux autres bénéficiaires de minima sociaux, notamment les bénéficiaires de RSA ou par rapport à la population générale :



Ainsi, selon l'analyse de la DREES, « *près d'un quart des personnes percevant le RSA socle non majoré sont en situation de surpeuplement, dont 7 % en surpeuplement accentué. A l'opposé, ce sont les bénéficiaires de l'ASS et de l'AAH qui vivent le moins dans des habitations surpeuplées, occupant seuls leur logement pour plus d'un tiers d'entre eux* »¹¹². Il s'agit là de comparaison entre personnes vivant en ménage ordinaire, hors foyer d'accueil ou maison d'accueil spécialisé, soit 95 % des bénéficiaires de l'AAH et 98 % des bénéficiaires du RSA ou de l'ASS.

¹¹² Une situation de surpeuplement correspond à un logement dans lequel il manque au moins une pièce en regard de la composition du ménage. Le surpeuplement est dit « accentué » lorsqu'il manque 2 pièces ou plus. Les personnes vivant seules dans une pièce dont la superficie est au moins égale à 25 m² ne sont pas considérées comme étant en situation de surpeuplement. DREES, Etudes et résultats « les conditions de logement des bénéficiaires de minima sociaux en 2012 : difficultés d'accès, surpeuplement et contraintes financières <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er872.pdf>, fév 2014

Par ailleurs, la DREES note que l'accès au logement « n'est pas forcément facile pour les bénéficiaires de l'AAH : ils sont un peu moins nombreux à disposer d'un logement autonome : 27% ne disposent pas de leur propre logement. Ils vivent davantage en structure collective en raison de leur handicap et sont plus souvent hébergés ou logés par un proche (22%), notamment de leurs parents... De plus, ils vivent dans des logements qui ne répondent pas toujours aux normes de confort de base ...et une fraction non négligeable rencontre des difficultés financières liées à leurs dépenses de logement ».

Tableau 7 : Les difficultés financières de maintien dans le logement en 2012

Difficultés financières	En %	
	AAH	Ensemble des bénéficiaires de minima sociaux
Impossibilité de payer à temps le loyer ou les traites d'emprunt au cours des 12 derniers mois	14	24
Impossibilité de payer à temps des factures d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone au cours des 12 derniers mois	16	27
Emprunt ou demande de crédit pour répondre à un besoin de logement (loyer, eau, électricité) au cours des 12 derniers mois	11	16
Aides obtenues pour payer le loyer ou les charges au cours des 12 derniers mois	7	14
Tarif social de solidarité pour payer la dernière facture d'eau	2	2
Tarif social de solidarité pour payer la dernière facture de gaz ou d'électricité	7	17

Source : Note DREES pour la mission, d'après l'enquête sur les bénéficiaires de minima sociaux (BMS) 2012

Au-delà des difficultés d'accès physique des personnes handicapées, dont l'examen n'entrait pas dans le cadre de la mission, l'analyse de la situation vécue par les personnes en situation de handicap au regard du logement ne permet pas à la mission de conclure à une précarité particulière de ces personnes du fait de leur handicap.

4.2.2 La fiscalité des personnes en situation de handicap par rapport à leurs dépenses de logement est relativement favorable

La Cour des comptes, dans son rapport public annuel de 2014 précité, examine la fiscalité du handicap dont elle tire des observations sévères sur le manque de coordination, la complexité et les inégalités¹¹³. La mission analyse et commente ses diagnostics dans le chapitre ci-après sur la gouvernance.

En matière de fiscalité sur le logement, le constat établi par la Cour des comptes conforte le jugement de la mission sur la moindre précarité particulière des personnes en situation de handicap en matière de logement.

¹¹³ Cour des comptes, Rapport public annuel 2014 « La fiscalité liée au handicap : un empilement de mesures sans cohérence »
http://www.ccomptes.fr/content/download/64923/1553356/version/1/file/2_4_2_fiscalite_liee_handicap_Tome_I.pdf

En effet, depuis le 1^{er} janvier 2005, les personnes en situation de handicap peuvent percevoir un crédit d'impôt pour le logement concernant les dépenses d'installation ou de remplacement d'équipements spécialement conçus pour les personnes en situation de handicap, engagées dans la résidence principale. Ce crédit est égal au quart des dépenses d'installation ou de remplacement d'équipements pour les personnes âgées ou handicapées, dans la limite d'un plafond. *« Cette mesure, qui devait prendre fin au 31 décembre 2009, a été prolongée dans les lois de finances successives jusqu'au 31 décembre 2014. 59 000 foyers bénéficiaient de cette mesure en 2011 »*¹¹⁴.

Les personnes en situation de handicap peuvent bénéficier également d'exonération de la taxation de plus-value immobilière : *« Les titulaires de pension de retraite ou d'une carte d'invalidité sont exonérés de la plus-value pour tout bien vendu si leur revenu fiscal de référence ne dépasse pas certains seuils et s'ils ne sont pas passibles de l'impôt de solidarité sur la fortune »*¹¹⁵.

La mission n'a pu, dans le cadre du temps imparti, examiner la réalité de l'accès à ces mesures, les non-recours, les bénéficiaires et l'impact de ces mesures.

Toutefois, ce simple recensement, non exhaustif, conforte le jugement de la mission sur l'absence de précarité particulière des personnes en situation de handicap.

Le constat est au contraire beaucoup plus nuancé en ce qui concerne la prise en compte des situations critiques et la recherche de solutions de logement ou de placement.

4.2.3 L'expérimentation « Un chez soi d'abord » a des premiers résultats encourageants

Afin de mettre en œuvre des modalités adaptées de logement pour les personnes en situation de handicap psychique et en très grande précarité, la DIHAL a conduit un programme expérimental sur 4 sites et 200 bénéficiaires par site, dont 100 doivent être logés et suivis pendant 2 ans¹¹⁶. Cette expérimentation a été conçue et décidée antérieurement au Plan de lutte contre la pauvreté, à l'appui d'expériences éprouvées aux Etats-Unis et au Canada et parallèlement aux initiatives conduites par les grandes associations nationales.

Elle est destinée aux personnes les plus vulnérables se retrouvant à la rue, cumulant les troubles mentaux, les conduites addictives et qui échappent aux dispositifs et soutiens associatifs classiques. Elle doit créer les conditions favorables qui permettent à la personne de se maintenir dans son logement et favorisent l'accès effectif à une citoyenneté pleine et entière. Elle est conduite sur une base règlementaire¹¹⁷, avec un pilotage fort de l'Etat, financé par le programme d'action prioritaire 177 de l'Etat « Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables » et l'ONDAM¹¹⁸, en partenariat avec les dispositifs médico-sociaux existants (équipe pluridisciplinaire de psychiatres, médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, capteurs de logement...)¹¹⁹.

¹¹⁴ Rapport de la Cour des comptes précité. Source DGFIP.

¹¹⁵ CGI, Article 150 A bis

¹¹⁶ Toulouse Lille Marseille Paris

¹¹⁷ Arrêté du 11 avril 2011 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales « Un chez soi d'abord » en faveur de personnes en situation de précarité.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023897325>

¹¹⁸ En 2013, les financements se sont élevés à 2,7 M€ sur l'ONDAM et 3,4 M€ sur le programme 177.

¹¹⁹ DIHAL Notice technique « Un chez soi d'abord », janvier 2014

Après près de 3 années de mise en œuvre, le programme a permis l'inclusion de 705 personnes dont 353 sont logées et accompagnées. Les personnes sont logées en moyenne 10 jours après leur inclusion dans le programme, mais l'objectif a dû être réduit pour le site de Paris, devant la difficulté rencontrée par les « capteurs de logement » chargés de trouver des logements. Pour la grande majorité des locataires, cette stratégie d'accompagnement semble efficace pour le maintien dans le logement. Ainsi moyennant un accompagnement intensif, 86 % des personnes sont encore dans le logement après deux ans, payent régulièrement le résiduel de loyer et entretiennent le logement. La grande majorité des personnes ont des liens sociaux et familiaux. L'ensemble des personnes bénéficient d'un accès aux droits et concernant leur santé, 70 % des personnes sont accompagnées vers des soins. Enfin 12 % des personnes ont été accompagnées vers l'emploi ou la formation professionnelle¹²⁰.

L'expérimentation a été prolongée de 2 ans par arrêté du 18 juillet 2014¹²¹ et les crédits ONDAM et Etat maintenus, afin de permettre la poursuite de l'expérimentation jusqu'au terme des engagements de suivi pris auprès des « locataires ».

La mission prend acte du bon déroulement, des bons résultats et des engagements financiers prolongés pour aller au bout de l'expérimentation, prévue jusqu'en 2016.

La mission insiste également sur la nécessaire formation des travailleurs sociaux aux problèmes de la santé mentale, qui pourrait être abordée lors des Etats généraux du travail social.

4.3 Conclusions et recommandations de la mission

4.3.1 Développer les solutions de logement accompagné

Sous réserve de bilan financier, sanitaire et social des différentes solutions et expérimentations de logement accompagné cités ci-dessus (GEM, familles gouvernantes, un chez soi d'abord...), la mission recommande le développement de ce type de solutions de logement accompagné, en lien étroit avec les associations et les collectivités locales.

Recommandation n°19 : Evaluer les solutions de logement accompagné et en fonction des bilans financiers, sanitaires et sociaux, étudier leur développement.

4.3.2 Répondre aux situations critiques

La difficulté de réponse aux situations critiques et l'absence de coordination des acteurs pénalisent les personnes en situation de handicap et leurs proches.

La CDAPH prend des décisions d'orientation en établissements et services médico-sociaux mais qui ne sont pas toujours suivies d'effets, car les décisions ne sont pas opposables aux établissements. Ceux-ci sont autonomes dans la définition de leur politique d'admission et exposent les demandeurs et leur famille aux attentes, aux refus des établissements ou aux obstacles des réglementations et des priorités particulières des conseils généraux.

Ainsi, afin de réduire l'incertitude et la précarité dues aux attentes ou aux refus de placement, la mission recommande de mieux coordonner l'information, de créer un système d'information harmonisé de suivi des listes d'attente entre MDPH et établissements. Elle partage en outre les recommandations du rapport Denis Piveteau qui distingue les décisions d'orientation souhaitées par la CDAPH, des plans d'accompagnement global possibles et opposables.

¹²⁰ Note DIHAL aux ministres du 18 décembre 2013. Note DIHAL pour la mission du 29 octobre 2014.

¹²¹ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029307975>

Recommandation n°20 : Coordonner l'information, créer un système d'information harmonisé de suivi des listes d'attente entre MDPH et établissements et suivre les orientations du rapport Denis Piveteau en distinguant les décisions d'orientation souhaitées par la CDAPH, du plan d'accompagnement global possible et opposable.

Hébergement-logement : recommandations

Développer les solutions de logement accompagné

19	Evaluer les solutions de logement accompagné et en fonction des bilans financiers, sanitaires et sociaux, étudier leur développement	DGCS DIHAL	Mieux répondre aux problèmes de logement des personnes en situation de handicap psychique.	Bilan financier, sanitaire et social préalable
----	--	---------------	--	--

Répondre aux situations critiques

20	Coordonner l'information, créer un système d'information harmonisé de suivi des listes d'attente entre MDPH et établissements et suivre les orientations du rapport Denis Piveteau en distinguant les décisions d'orientation souhaitées par la CDAPH, du plan d'accompagnement global possible et opposable	CNSA/ MDPH ARS	Réduire l'incertitude et la précarité dues aux attentes ou aux refus de placement.	Réflexion sur une réforme en profondeur du pilotage des MDPH
----	--	----------------------	--	--

5 L'ACCES A LA SANTE

La ministre des affaires sociales et de la santé, lors de la présentation de la stratégie nationale de santé le 19 juin 2014, a annoncé la mise en place dans chaque région d'un service territorial de santé au public, piloté par les ARS, dans lequel l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et la santé mentale constituent une priorité. Le service territorial de santé au public doit renforcer l'accès aux soins de tous les français *« dans lequel sera décliné le service territorial pour la santé mentale ... en associant la prévention, les soins et l'insertion »*.¹²²

Cette orientation vient en réponse à la demande exprimée par la mission d'évaluation du plan de lutte contre la pauvreté qui estimait, à l'issue des 30 rencontres régionales réalisées en 2013, que la *« prégnance des problèmes de santé mentale liés à la précarité des personnes (particulièrement en milieu rural), semble à ce jour insuffisamment traitée »*. Le plan de lutte contre la pauvreté retenait parmi ses mesures *« l'inscription de la priorité à la lutte contre les inégalités dans la loi de santé publique »* et la mission recommandait *« en cohérence avec la stratégie nationale de santé, de travailler sur les liens entre troubles mentaux et précarité »*.¹²³

Au-delà de la situation des personnes atteintes de troubles psychiatriques déjà évoquée dans la partie précédente, le groupe de travail a par ailleurs soulevé le problème financier des restes à charge importants pour les personnes en situation de handicap dans le domaine des soins. La situation est évidemment très hétérogène en fonction du type de déficience (maladie invalidante, déficience psychique, ...) ce qui rend complexe le traitement du sujet.

C'est pourquoi la mission formule ses recommandations d'une part sur le volet de l'offre de soins, et d'autre part sur le volet financier :

- Mettre en œuvre les engagements pris dans la stratégie nationale de santé
- Mieux connaître et rechercher des modalités spécifiques de couverture santé pour les personnes en situation de handicap

Enfin, elle alerte sur les risques des freins à l'embauche ou de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés dans le cadre de la généralisation de la prévoyance collective santé dans les entreprises, prévue par la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

¹²² Projet de loi relatif à la santé, articles 11 et 12.

¹²³ Mesure 1.4.1 du Plan de lutte contre la pauvreté et recommandation n°34 du Rapport d'évaluation de la première année de mise en œuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et l'inclusion sociale.

5.1 Le groupe de travail a soulevé des problématiques centrées sur l'accès à complémentaire santé et sur la spécificité des dépenses de soins des personnes en situation de handicap

La CMU-C offre la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (consultations, hospitalisations, médicaments, examens médicaux...) à hauteur de 100 % des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale. De plus, la CMU-C inclut des forfaits de prise en charge pour les prothèses dentaires, les lunettes, les prothèses auditives et d'autres dispositifs médicaux.

L'attribution de la CMU-C est soumise à deux conditions :

- résider de façon stable et régulière en France ;
- avoir des ressources inférieures à un plafond : au 1er juillet 2014, le plafond annuel pour une personne seule est de 8 645 € en métropole, majoré de 11,3 % dans les DOM (soit 9 621 € pour une personne seule)¹²⁴.

L'ACS vise à atténuer l'effet de seuil de la CMU complémentaire. Elle s'adresse aux personnes dont les ressources dépassent de moins de 35 % le plafond d'attribution de la CMU-C.

Elle consiste en une aide financière au paiement d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé. Son montant varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer : 100 € pour les personnes âgées de moins de 16 ans, 200 € pour les personnes âgées de 16 à 49 ans, 350 € pour les personnes âgées de 50 à 59 ans, 500 € porté à 550 € pour celles de 60 ans et plus.

Pour bénéficier de l'ACS, il faut remplir les conditions suivantes :

- résider de façon stable et régulière en France ;
- avoir des ressources inférieures à un plafond (correspondant au plafond CMU-C majoré de 35 %).

Au 1er juillet 2013, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule était de 11 670 €, majoré de 11,3 % dans les DOM soit 12 989 € pour une personne seule.

L'ACS est accordée pour une année et est renouvelable dans les mêmes formes que la demande initiale, entre deux et quatre mois avant l'expiration du droit.

Le plafond de la CMU-C et de l'ACS a été relevé de 8,3 % le 1^{er} juillet 2013, soit 7 % au-dessus du niveau de l'inflation annuelle, faisant suite à l'engagement du plan contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, puis 0,6 % au 1^{er} juillet 2014.

¹²⁴Décret n° 2014-782 du 7 juillet 2014. Voir aussi Fonds-CMU, Rapport d'activité 2013 : http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2013.pdf

5.1.1 Une complémentaire santé spécifique pour les personnes en situation de handicap ?

Dans ce contexte, le groupe de travail a soulevé les problématiques suivantes :

Le montant de l'AAH est situé au-dessus du plafond d'attribution de la CMU-C. Le plafond d'attribution de l'AAH a été relevé de 1,75 % au 1^{er} septembre 2013 (soit 790,18 € pour une personne seule) et de 1,3 % au 1^{er} septembre 2014 (800 €), selon un rythme de progression annuel adossé au prix de l'inflation hors tabac¹²⁵. Les allocataires peuvent néanmoins prétendre à la CMU-C dans l'hypothèse où leur AAH est minorée en cas d'hospitalisation ou de séjour en maison d'accueil spécialisée. Concernant l'ACS, seuls ceux ne bénéficiant pas du complément de ressources y sont éligibles, les autres dépassent le plafond.

Mais quel que soit le cas de figure, le montant de l'AAH perçu ne préjuge pas du recours au dispositif car les ressources du couple peuvent être situées au-dessus des plafonds de l'ACS.

Le Fonds-CMU a remis au groupe de travail les résultats d'une étude sur le recours à la CMU-C et à l'ACS par les personnes en situation de handicap parmi les assurés de CPAM¹²⁶. Cette étude révèle que le recours à la complémentaire santé est peu différencié suivant que la personne est en situation de handicap ou non : 4,7 % d'entre elles bénéficient de la CMU-C et 2,3 % bénéficient de l'ACS, contre respectivement 5,2 % et 0,6 % pour l'ensemble des assurés. Parmi les personnes en situation de handicap, les bénéficiaires de l'AAH sont ceux qui ont le plus recours à la CMU-C (11 %) et à l'ACS (5 %).

Le groupe en conclut que cette bonne couverture proviendrait d'un bon niveau d'information et d'accompagnement des bénéficiaires de l'AAH. Cette démarche de protection de ces personnes est d'autant plus notable qu'elles sont en proportion beaucoup plus concernées par le régime d'affections longue durée (les deux tiers pour les bénéficiaires de l'AAH) que la population générale (moins d'un cinquième) ce qui pourrait a priori réduire l'intérêt de recourir à la complémentaire santé.

Ce premier constat écarte donc l'intuition de départ d'un obstacle particulier d'accès des personnes handicapées à la complémentaire santé, et la mission en conclut que ce sujet concerne plus les personnes pauvres que les personnes en situation de handicap.

5.1.2 Deux autres sujets ont été évoqués : la disparité de l'offre psychiatrique et les freins au recours à l'aide médicale d'Etat

Le groupe constate que les personnes en situation de handicap psychique sont confrontées dans certains territoires à l'insuffisance de l'offre médicale en matière psychiatrique.

La répartition de l'offre psychiatrique est en effet déséquilibrée : en ce qui concerne la médecine libérale et mixte, on compte 63,8 médecins psychiatres pour 100 000 habitants à Paris contre 1,6 dans la Meuse (DREES, 2014). 7366 médecins exercent en établissement pour handicapé ou en établissement public¹²⁷, selon une répartition fortement déséquilibrée :

¹²⁵ Décret du x octobre 2014. Le plan pluriannuel de revalorisation de l'AAH a pris fin en 2012.

¹²⁶ Etude du Fonds-CMU pour la Mission à partir des données des CPAM de Bordeaux, du Hainaut et de Nanterre (soit 2,2 millions d'assurés dont 138 000 identifiés en situation de handicap : bénéficiaires de l'AAH, de pension d'invalidité, de pension vieillesse suite à invalidité ou de retraite pour inaptitude). Voir en PJ.

¹²⁷ Calculs mission d'après le Répertoire partagé des professionnels de santé 2014 (RPPS, source Ordre des médecins). sur un total de 15000 psychiatres inscrits à l'Ordre des médecins, 43 % exercent en établissement public de santé et près de 7 % en établissement pour handicapé,

Tableau 8 : Nombre de médecins psychiatres en établissement, pour 100 000 habitants

Départements		Nombre de médecins psychiatres en établissement pour handicapé ou établissement public de santé
Les moins denses	Haute Loire	0,4
	Dordogne	0,7
Les plus denses	Val de Marne	21,5
	Paris	25,4
Total	France entière	10,6

Source : Mission d'après DREES, Répertoire partagé des professionnels de santé, Ordre des médecins,

2014

Les disparités de l'offre de médecine psychiatrique, qu'elles concernent la médecine libérale et mixte ou la médecine en établissement sont à relier avec les disparités des équipements et plus généralement de l'organisation des soins psychiatriques sur le territoire, dont la problématique dépasse le cadre de la mission.

La mission pose simplement le constat de cette disparité et des inégalités potentielles qu'elle peut créer dans l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

Enfin, le groupe de travail a exprimé les obstacles à l'accès à l'aide médicale d'Etat pour les personnes handicapées étrangères.

Cette aide consiste en la prise en charge à 100 % des prescriptions médicales et des frais d'hospitalisation pour les personnes étrangères en situation irrégulière résidant en France depuis au moins 3 mois et ayant des ressources inférieures au plafond de référence de la CMU de base ou, à défaut, dans les cas d'urgence liés à des situations « *mettant en jeu le pronostic vital ou une altération grave et durable de la personne* »¹²⁸.

Le groupe constate l'impossibilité fréquemment rencontrée de justifier de son domicile ou des « situations d'urgence » évoquées ci-dessus, lorsqu'il s'agit de personnes étrangères en précarité, à la rue, souffrant de problèmes psychiques.

Le groupe (Médecins du monde) propose une fusion de l'AME et de la CMU, que la mission ne reprend pas : ce sujet est à relier à une évaluation plus globale de l'aide médicale d'Etat d'une part, dans le cadre du projet de réforme de la demande d'asile qui dépasse le mandat de la mission, et d'autre part de la politique de domiciliation réformée par la loi ALUR que la mission doit évaluer dans le cadre de l'évaluation du plan contre la pauvreté.

¹²⁸ Référence art. L.251-1 à L.252-4 du CASF

5.2 Les données confirment l'inégalité d'accès à certains soins, mais la connaissance est lacunaire et les engagements restent à concrétiser

5.2.1 L'inégalité d'accès aux soins et les restes à charge sont des sujets qui restent mal connus

L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES¹²⁹) a publié en juin 2014 une étude sur l'accès aux soins dentaires, ophtalmologistes et gynécologiques des personnes en situation de handicap en France : l'étude met en évidence un moindre accès aux soins dentaires et gynécologiques des personnes en situation de handicap -mais pas des soins ophtalmologiques- et constate une concentration des inégalités d'accès aux soins courants chez les bénéficiaires de l'AAH. En effet, *« ces derniers cumulent des revenus plus faibles que les allocataires de pensions ou rentes d'invalidité et, contrairement à ceux-ci ne bénéficient pas de la prise en charge à 100 % de leurs soins »*. De même, rappelle l'IRDES, la perception de l'AAH n'exonère pas du ticket modérateur. Seul le bénéfice de la CMU-C offre une couverture comparable à celle de la pension d'invalidité ou des bénéficiaires de l'AAH s'ils sont admis dans le régime des affections de longue durée. Dans ces cas, la prise en charge à 100 % est limitée au périmètre restreint des soins en rapport avec l'affection exonérante, ce qui selon l'IRDES peut expliquer en partie le différentiel de recours aux soins entre bénéficiaires de l'AAH et bénéficiaires de la CMU-C¹³⁰.

L'IRDES propose *« soit un relèvement des plafonds des allocations et des aides, soit une uniformisation des plafonds de l'AAH avec ceux de la CMU-C afin de systématiser l'accès de la CMU-C aux bénéficiaires de l'AAH, soit une exonération systématique du ticket modérateur pour toutes les personnes dès lors qu'elles ont un handicap reconnu »*.

Ces constats, partiels, sont précieux en ce qu'ils révèlent une inégalité dans la prise en charge des soins de santé des personnes en situation de handicap, selon que l'on perçoit une pension d'invalidité ou que l'on bénéficie uniquement de l'AAH.

Toutefois, l'éventail de propositions proposé par l'IRDES fait l'impasse sur l'impact budgétaire et sur l'ONDAM, et nécessite au préalable de mesurer les types de dépenses de santé encourues par les personnes en situation de handicap.

Par ailleurs, les différentes études réalisées sur le non recours à l'ACS indiquent, sans pouvoir les chiffrer, que le reste à charge sur le prix du contrat d'assurance ainsi que sur celui des prestations peut influencer sur le non-recours.

A cet égard, le Fonds-CMU a complété son étude précitée par une analyse de la dépense en soins de santé des personnes en situation de handicap par rapport aux personnes non handicapées : sur la base des tarifs de responsabilité, l'étude en conclut que *« la dépense de ville moyenne par consommant est de 3,4 fois supérieure à celle d'une personne non handicapée »*, soit 1800 € contre 500 € au cours du premier semestre 2013. Ces écarts sont essentiellement liés au nombre d'actes. Toutefois, ajoute l'étude, *« les différentes approches mettent en avant de fortes variations de la consommation selon la situation vis-à-vis du handicap, mais aussi selon les tranches d'âge, avec dans certains cas des transferts conséquents d'un poste à l'autre de dépense (médicaments, honoraires d'auxiliaires médicaux...) »*.

Cette étude permet de mieux identifier les besoins en termes de couverture complémentaire maladie (voir P.J.).

¹²⁹ Association créée en 1985 issue du Crédoc, financée par la Cnamts, la Mutualité française, le RSI et la CCMSA. L'Irdes conçoit et réalise des enquêtes sur l'état de santé de la population, le recours aux soins, la couverture maladie et la production de soins. <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/197-l-acces-aux-soins-dentaires-ophtalmologiques-et-gynecologiques-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.pdf>

¹³⁰ Certaines affections de longue durée (ALD) sont dites « exonérantes ». Il s'agit d'affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, et pour lesquelles le ticket modérateur est supprimé.

En effet, en fonction de cette expertise, deux options sont ouvertes :

- une offre spécifique d'assurance complémentaire adaptée à la nature des dépenses liées au handicap, mais au risque de renchérir le coût de la complémentaire dès lors qu'elle comporte des options spécifiques au handicap ;
- un chèque d'un montant majoré pour l'accès à la complémentaire santé des personnes en situation de handicap, qui s'ajouterait aux critères d'âge déjà existants¹³¹.

Cette expertise et les moyens adaptés qui en découleront devraient permettre de réduire la précarité des personnes en situation de handicap du fait de la spécificité de leurs dépenses de soins.

En effet, la revendication régulière des associations de personnes en situation de handicap d'avoir accès à la CMU-C, toute séduisante qu'elle peut paraître, n'est pas obligatoirement la bonne réponse pour tous les types de handicaps. Qui plus est, cette mesure pourrait provoquer une inégalité de prise en charge entre des personnes ayant le même revenu mais provenant de type d'allocations différentes : AAH et ASPA par exemple.

Pour sa part, le Fonds-CMU conclut à titre transitoire que *« le système de solidarité fonctionne d'autant mieux qu'il couvre l'ensemble de la population, de manière mutualisée, sans segmentation par forme de besoins. »*.

En conclusion, la mission constate la complexité des circuits et des règles en matière de prise en charge des frais de santé et l'inégalité qui en résulte pour les bénéficiaires, selon le type de reconnaissance de handicap qu'ils ont.

Ces constats renvoient à la nécessaire remise à plat de la coordination des politiques de handicap et d'invalidité, développée dans la partie Gouvernance (infra).

5.2.2 Les engagements du projet de loi relatif à la santé restent à concrétiser

A l'issue des 30 rencontres régionales réalisées en 2013, la mission d'évaluation du plan de lutte contre la pauvreté estimait que la *« prégnance des problèmes de santé mentale liés à la précarité des personnes (particulièrement en milieu rural), semble à ce jour insuffisamment traitée. Elle recommandait « l'inscription de la priorité à la lutte contre les inégalités dans la loi de santé publique »*¹³².

Les perspectives ouvertes par le projet de loi relatif à la santé sont encourageantes. Celui-ci affiche la priorité de *« faciliter au quotidien les parcours de santé pour répondre à trois enjeux majeurs : lever les obstacles financiers, garantir l'accès aux soins et mettre en place un parcours organisé »*.

¹³¹ Le montant de l'aide pour une complémentaire santé varie en fonction de l'âge, soit : moins de 16 ans : 100 € ; de 16 à 49 ans : 200 € ; de 50 à 59 ans : 350 € ; 60 ans et plus : 550 €.

¹³² Mesure 1.4.1 du Plan de lutte contre la pauvreté et recommandation n°34 du Rapport d'évaluation de la première année de mise en œuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et l'inclusion sociale ».

A cet effet, il prévoit la création de services territoriaux de santé au public, outil central de l'organisation des soins à l'échelle des territoires, et la déclinaison ce service territorial pour la santé mentale, « *permettant de disposer de l'ensemble des compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des parcours de santé et de vie des populations, dans une démarche de santé publique qui associe prévention, soins et insertion dans des actions de coopération formalisées* ». Le projet de loi définit la politique de santé, organise la santé mentale et la psychiatrie en prévoyant des contrats territoriaux de santé afin de mettre en œuvre les actions coordonnées de prévention, de soins et d'insertion. Enfin, les activités de psychiatrie doivent garantir un recours de proximité, l'accessibilité territoriale et financière et la continuité des soins¹³³.

La mission prend acte de ces engagements dont elle ne peut à ce jour ni évaluer l'impact ni même la mise en œuvre.

Elle attire toutefois l'attention sur le fait qu'il s'agit non seulement de suivre un objectif d'équité sur le territoire national, en harmonisant l'organisation et l'offre territoriale, mais surtout de répondre aux trois enjeux affichés par loi que sont la levée des obstacles financiers, la garantie de l'accès aux soins et la mise en place de parcours organisés. En effet, les indicateurs de réduction des écarts sont abondants et bien suivis, alors que les indicateurs d'accès aux droits ou de restes à charge sont inexistantes ou partiels.

La mission estime qu'il faut certes réduire les écarts entre départements ou régions, mais surtout réduire les non-recours et la prise en charge des dépenses spécifiques de santé. Le rappel de ces objectifs doit être assorti d'indicateurs.

A cet égard, la décision du projet de loi de santé de généraliser le tiers payant pour tous les assurés à l'horizon 2017 est un élément favorable à l'accès aux soins des personnes en situation de handicap. D'ores et déjà le PLFSS 2015 l'a instauré de manière anticipée pour les bénéficiaires de l'ACS.

5.2.3 La généralisation de la prévoyance collective santé prévue par la loi de sécurisation de l'emploi de 2013 doit réduire effectivement les risques de précarité des travailleurs handicapés

En matière de prévoyance collective santé, le défenseur des droits témoigne des risques potentiels représentés par la généralisation de la protection sociale complémentaire des salariés, prévue par la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 : la loi impose aux entreprises liées par une convention de branche ou des accords professionnels de négocier en vue de faire accéder l'ensemble des salariés à une protection sociale complémentaire. Les négociations doivent être engagées avant le 1^{er} janvier 2016 et aboutir, pour les entreprises qui n'en ont pas, à la couverture collective à adhésion obligatoire, en matière de prévoyance¹³⁴.

Dans cette démarche, les employeurs, surtout les TPE, pourraient se heurter à des clauses contraignantes dans leur contrat de prévoyance collective en cas d'embauche de travailleurs handicapés, car les assureurs appliquent des surprimes élevées ou résilient le contrat du fait de la présence de risques aggravés de santé (RAS)¹³⁵.

¹³³ Projet de loi, exposé des motifs et chapitre 1, articles 11 et 12.

¹³⁴ Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi - Protection sociale complémentaire des salariés « Avant le 1er janvier 2016, les organisations liées par une convention de branche ou, à défaut, par des accords professionnels engagent une négociation en vue de permettre aux salariés qui ne bénéficient pas d'une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de prévoyance au niveau de leur branche ou de leur entreprise d'accéder à une telle couverture ». Art. L2261-22)

¹³⁵ Ce sujet est développé dans la partie Inclusion bancaire

Les accords de branche qui seront engagés devront veiller à ce que les contrats responsables prévus par les assureurs respectent les clauses de prise en charge de ces « risques aggravés de santé », sans toutefois qu'ils se fassent au détriment de l'accès à l'emploi ou du maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés.

5.3 Conclusions et recommandations de la mission

5.3.1 Mesurer les restes à charge et mieux adapter la couverture santé des mutuelles complémentaires aux personnes en situation de handicap

Pour clarifier le débat sur la spécificité des dépenses et restes à charge des personnes en situation de handicap en matière de soins, la mission préconise la réalisation d'une étude permettant d'évaluer ce que pourraient être des paniers de soins types des personnes en situation de handicap, en différenciant si possible selon les grands type de handicaps, et les restes à charge. Au vu de ces études pourrait être expertisée une comparaison entre le panier de soins et la prise en charge par la complémentaire.

Recommandation n°21 : Améliorer la connaissance sur les paniers de soins et les restes à charge en fonction des types de handicap et envisager une augmentation du chèque ACS en fonction de ce reste à charge.

5.3.2 Prendre en compte la santé mentale dans la stratégie nationale de santé

La mission prend acte du projet de création des services territoriaux en matière de santé mentale prévue par la loi relative à la santé et sera attentive à sa mise en œuvre.

Recommandation n°22 : Veiller à la mise en œuvre effective des services territoriaux de santé en matière de santé mentale prévue par la loi relative à la santé.

5.3.3 Veiller à ce que les conditions de généralisation de l'obligation de prévoyance collective pour les employeurs ne discriminent pas les travailleurs handicapés

Consciente du risque de difficultés que peuvent rencontrer les employeurs, notamment les TPE, à maintenir des clauses de contrats de prévoyance collective relative à la santé soutenables en cas d'embauche de travailleurs handicapés, la mission recommande de veiller à ce que la généralisation de l'obligation de prévoyance collective prévue par la loi sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 n'aggrave pas les difficultés d'embauche et de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés dans les TPE.

Recommandation n°23 : Veiller à ce que la généralisation de l'obligation de prévoyance collective prévue par la loi sécurisation de l'emploi de juin 2013 n'aggrave pas les difficultés d'embauche ou de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés dans les TPE

Accès à la santé : recommandations

N°	Recommandations	Autorité responsable	Justification	Faisabilité/ conditions de succès
21	Améliorer la connaissance sur les paniers de soins et les restes à charge en fonction des types de handicap et envisager une augmentation du chèque ACS en fonction de ce reste à charge	Fonds CMU-C DREES DSS	La méconnaissance des restes à charge est préjudiciable au débat et à la prise de décision	Programmation et redéploiement des moyens
22	Veiller à la mise en œuvre effective des services territoriaux de santé en matière de santé mentale prévue par la loi relative à la santé.	Ministère de la santé ; ARS	Respecter les engagements de la loi de santé, qui reprend les engagements du Plan de lutte contre la pauvreté (mesure 141) Réduire la précarité spécifique des personnes en situation de handicap dans l'accès aux soins et les restes à charge	Relève de la politique de démographie médicale. Nécessite au préalable une expertise et un consensus sur la définition du handicap mental et psychique et des besoins de compensation
23	Veiller à ce que la généralisation de l'obligation de prévoyance collective prévue par la loi sécurisation de l'emploi de juin 2013 n'aggrave pas les difficultés d'embauche ou de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés dans les TPE	Partenaires sociaux,	Réduire les pratiques contractuelles discriminatoires, facteurs de précarité	Bonne application de la convention AERAS et mesure des impacts

6 L'ENFANCE ET LA FAMILLE

Le groupe de travail et la mission ont exploré le sujet, en l'abordant sous l'angle de la parentalité et la mission l'a élargi aux aidants familiaux.

Les parents d'enfants handicapés et les aidants familiaux sont plus exposés que d'autres à la précarité vis-à-vis de l'emploi, et, parmi eux, les parents isolés.

C'est sous cet angle que la mission établit des constats, des jugements et formule les recommandations suivantes :

- Améliorer la communication sur les droits spécifiques des enfants handicapés et de leur famille, notamment lors des rendez vous des droits de la CNAF ;
- Améliorer la connaissance des besoins et des charges des parents et aidants de personnes handicapées, en particulier la situation des familles monoparentales avec enfant handicapé

6.1 Le groupe de travail alerte sur la situation vécue par les parents d'enfants handicapés

Les parents d'enfants handicapés et plus généralement les « aidants¹³⁶ » sont exposés au risque de précarité face à l'emploi.

Selon l'enquête Handicap-Santé-Aidants réalisée par la DREES de manière complémentaire à l'enquête Handicap Santé, largement citée dans le rapport, 8,3 millions de personnes de 16 ans ou plus aident régulièrement et à titre non professionnel des personnes vivant à domicile, pour des raisons de santé, de dépendance due à l'âge ou de handicap, par une aide à la vie quotidienne, un soutien financier ou matériel, ou un soutien moral. Parmi elles, 4 millions aident une personne âgée de moins de 60 ans, dont la majeure partie sont des personnes handicapées¹³⁷. Ce chiffre n'est pas exhaustif. Il ne prend pas en compte, entre autres, les « aidants familiaux » de personnes vivant en établissement.

Les parents d'enfants handicapés peuvent être restreints dans l'exercice de leur activité professionnelle. Les parents doivent être particulièrement disponibles pour leur enfant et sont limités dans leur temps de travail et donc leur rémunération et leur parcours professionnel. Parfois l'un des deux parents doit renoncer à tout travail afin d'assister l'enfant handicapé. Au-delà de l'enfance, la situation perdure et peut s'aggraver pour les parents lorsque leur enfant handicapé devient majeur.

Globalement, le groupe de travail constate l'absence de compensation de la réduction des sources de revenus du travail des parents d'enfants handicapés, la situation étant aggravée dans le cas de familles monoparentales.

¹³⁶ Le décret n° 2005-1588 du 19 décembre 2005 relatif à la PCH définit l'aidant familial, c'est à dire : « le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle le bénéficiaire a conclu un pacte civil de solidarité, l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au 4ème degré du bénéficiaire, ou l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au 4ème degré de l'autre membre du couple qui apporte l'aide humaine (...) et qui n'est pas salarié pour cette aide »

¹³⁷ L'Enquête Handicap Aidants concerne les aidants de proches handicapés (enfant, conjoint, ascendant). L'exploitation statistique de cette enquête est réduite, contrairement à celle des enquêtes handicap santé. Voir DREES, Dossier « Handicap et autonomie », avril 2014 <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss53.pdf> Elle a fait l'objet d'enquêtes qualitatives à caractère psycho-sociologique, mais non approfondies sur les sujets de la précarité.

6.2 La mission constate l'absence de prise en compte du problème spécifique des parents d'enfants handicapés ou des aidants

Les parents d'enfants handicapés ou les aidants sont confrontés aux difficultés d'accès au droit, à l'information, au logement, et notamment rencontrent de fortes contraintes dans l'exercice de leur activité professionnelle.

Dernièrement, le cas médiatisé, et condamné par le défenseur des droits, de la mère de deux enfants autistes à laquelle Pôle Emploi a refusé l'inscription en tant que demandeur d'emploi est une illustration de l'ampleur des difficultés vécues par les parents d'enfants handicapés¹³⁸.

6.2.1 Des travaux du CNCPH et des associations sur les problématiques des « aidants familiaux » sont en cours

Le CNCPH a mandaté un sous-groupe sur les aidants familiaux¹³⁹ qui a mis en évidence « l'ampleur de l'aide ainsi que l'ignorance dans laquelle elle était tenue, les conséquences du surcroît de travail sur la santé globale des familles, et sur tous les aspects de leur vie et les besoins des proches aidants ». Il a effectué un recensement des textes en vigueur et ébauché des pistes de propositions en faveur des aidants en partant des recommandations des différents rapports (CNSA) ou des diverses préconisations émanant de d'instances associatives ainsi que du CIAAF, sans toutefois mesurer ni même aborder l'impact financier.

Ainsi, il souhaite élargir la définition des aidants, mieux évaluer les besoins et la charge de ceux-ci, y compris les besoins de formation, que ne satisfont pas la liste et les plafonds des aides humaines prises en charge par la PCH. Le sous-groupe mandaté par le CNCPH fait le constat de l'insuffisance de l'information et des besoins en matière de soutien moral et psychologique, et plus généralement de santé et de protection sociale.

En matière d'emploi, il préconise un meilleur accès à l'assurance chômage, par une inscription en tant que demandeur d'emploi ayant une activité réduite et un accompagnement pour une reprise ou un changement d'activité de l'aidant par la VAE, ou la formation qualifiante. Enfin, il préconise des mesures de conciliation entre la vie familiale et la vie professionnelle, par les aménagements d'horaires et de temps partiel et leur harmonisation pour l'ensemble des régimes professionnels, et l'harmonisation des mesures de congé ouverts aux aidants.

Ces pistes sont en cours d'examen, interne au CNCPH, et nécessiteront vraisemblablement des échanges avec les financeurs, notamment les partenaires sociaux.

Dans une note adressée à la mission, l'APF résume les cas de fragilité et d'absence de réponse de la précarité vécue par les parents et plus généralement les « aidants » familiaux. L'APF a fait part à la mission de la nécessité de soutien aux « aléas de vie professionnelle des aidants » et a formulé dans le cadre de la table ronde du 1^{er} juillet préalable à la conférence sociale du 7-8 juillet 2014 deux propositions pour les aidants contraints à la sortie temporaire d'activité professionnelle :

- le bénéfice d'un motif de démission éligible aux droits à allocation chômage, comme la démission en cas de suivi pour conjoint par exemple. Toutefois la mission ne peut retenir cette piste dès lors que la personne ne reste pas sur le marché du travail à la recherche d'un emploi ;

¹³⁸ Le Parisien, 12 mai 2014 « le combat d'une mère face à Pôle Emploi »

¹³⁹ Document de travail rédigé par le Collectif Inter-associatif d'Aide aux Aidants Familiaux (CIAAF) dans le cadre du groupe de travail du CNCPH, remis à la mission fin juin, et non validé par le CNCPH au moment de l'instruction de la mission. Le CIAAF existe de manière informelle depuis 2004. Il s'est donné pour mission de « faire reconnaître par la société le rôle et la place de tous les aidants familiaux et de défendre leurs intérêts, quel que soit l'âge, le handicap et/ou la maladie de la personne aidée ».

- l'extension aux aidants ayant interrompu leur activité du dispositif de retour à l'emploi, comme il existe pour les femmes sortant d'un congé parental, par la mobilisation de bilan de compétence ou de formations sur mesure. La mission valide cette piste (voir recommandations infra).

6.2.2 Les dispositifs s'adressent soit aux besoins des enfants handicapés, soit à ceux des adultes handicapés

La mission constate que les dispositifs déployés par l'Etat, les partenaires sociaux ou les collectivités locales s'adressent soit à l'adulte handicapé, soit à l'enfant handicapé en tentant de répondre à leurs besoins spécifiques :

- Compensation de perte de revenu lorsqu'il s'agit d'un travailleur handicapé (AAH, pension d'invalidité, abattement fiscal) ;
- Compensation des dépenses dues au handicap, concernant soit l'adulte (PCH adulte depuis 2005), soit l'enfant (PCH-enfant depuis 2008). A cet égard, la mission s'appuie sur les conclusions de l'IGAS dans son rapport sur l'évaluation de la PCH en 2011 qui relevait les « difficultés liées à l'évaluation des besoins de PCH qui n'a pas été adaptée aux besoins des enfants », le défaut de prise en compte des « besoins des familles dus au retentissement du handicap de l'enfant » et concluait qu'il « était prématuré... d'envisager un élargissement du périmètre de la PCH »¹⁴⁰ ;
- Aide financière et matérielle à l'accès à l'emploi, au maintien dans l'emploi ou à la formation pour les travailleurs handicapés (contrats aidés –CUI-, aides de l'AGEFIPH ou du FIPHP) ;
- Placement des adultes ou des enfants (majoration pour la vie autonome, placements en CMP, ESAT, SAMSAH pour les adultes, placements en IME, SESSAD pour les enfants).

6.2.3 Les dispositifs en faveur des parents d'enfants handicapés ne sont pas toujours pertinents ou équitables

Rares sont les dispositifs qui répondent aux problématiques vécues par les parents d'enfants handicapés ou plus généralement les « aidants », et, lorsqu'ils existent, ceux-ci ne réduisent pas leur précarité de manière pertinente :

- l'avantage du bénéfice de la demi-part supplémentaire pour un foyer comprenant une personne handicapée, majeure ou mineure, bénéficie de fait aux foyers imposables (soit 474 000 sur 1 359 000) situés bien au-delà du seuil de pauvreté ;
- la prestation de compensation du handicap prévoit le remboursement d'aides humaines, c'est à dire les « actes essentiels de l'existence », la « surveillance régulière », les « frais supplémentaires liés à l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective », qui sont plafonnés et ne sont pas adaptés pour compenser l'aide, la présence et les soins effectivement fournis par les parents ou les aidants. Selon la DREES, 85 % reçoivent l'aide exclusive de leurs proches, 5 % celle de professionnels, et 10 % bénéficient d'aide de proches et de professionnels et conclut que « l'aide humaine demeure insuffisante au regard des besoins exprimés »¹⁴¹ ;

¹⁴⁰ IGAS, « L'évaluation de la PCH, 2011 <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000620/0000.pdf>. La mission n'a pas pu, dans le cadre du temps imparti, approfondir cette évaluation.

¹⁴¹ DREES, Etudes et résultats n°827, décembre 2012 « L'aide humaine auprès des adultes à domicile : l'implication des proches et des professionnels ».

- la réduction ou le crédit d'impôt de 50 % des dépenses engagées, sous plafond, prévu par le régime des services à la personne sont loin de couvrir les dépenses nécessaires ;
- les aménagements d'horaires ou le temps partiel peuvent bénéficier aux aidants salariés de la fonction publique pour faciliter l'accompagnement de la personne aidée, et sont octroyés automatiquement aux fonctionnaires. Ceux-ci peuvent par ailleurs bénéficier d'un temps partiel renouvelable. Or, comme le constate le groupe du CNCPPH précité, ces aménagements ne sont pas facilement applicables au secteur privé et la situation diffère d'un régime professionnel à l'autre ;
- le groupe du CNCPPH recommande à cet égard d'assurer l'effectivité du droit à un aménagement d'horaire et de donner la possibilité d'obtention d'un temps partiel à tous les régimes professionnels ;
- Selon le groupe du CNCPPH, les 3 types de congés dont peuvent bénéficier les aidants proches sont soumis à des conditions, des modalités et des procédures différentes, suivant les régimes ou la situation de l'aidé. « *Les aidants, comme les employeurs connaissent mal ce système complexe qui, de fait, est peu utilisé* ». En outre, le congé de soutien familial ne permet ni le maintien d'une rémunération ni l'ouverture d'un droit à une allocation destinée à compenser la perte de salaire.

Le groupe recommande de prévoir un seul congé « ouvert à tous les proches aidants, d'accès facile, indemnisé et flexible qui réponde aux situations d'aggravation brutale comme aux besoins réguliers d'accompagnement de la personne aidée ».

La loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice des retraites harmonise les droits à la retraite des personnes handicapées et des aidants entre les régimes, par la validation d'un trimestre supplémentaire par période de trente mois, dans la limite de huit trimestres. Cette mesure, nouvelle, doit s'appliquer automatiquement et pour tous les régimes¹⁴². Pour la mission, elle répond de manière pertinente à une demande d'équité et de soutien aux aidants, exposés pendant leur vie active à une fatigue physique et morale particulière.

6.3 Conclusions et recommandations de la mission

Face aux insuffisances de la prise en compte des problèmes vécus par les familles comprenant un enfant handicapé, notamment par rapport à l'emploi, la mission formule trois recommandations.

6.3.1 Améliorer l'information des parents d'enfants handicapés

La mission alerte sur le phénomène de précarité des parents d'enfants handicapés, plus encore lorsqu'il s'agit de familles mono-parentales, et confirme la nécessité d'une adaptation ou de prise en compte spécifique d'outils de soutien mieux adaptés à ces populations, qu'ils relèvent de la solidarité ou des partenaires sociaux, et sous réserve de discussions avec ceux-ci et de la mesure de l'impact financier.

Au préalable, la mission recommande d'améliorer l'information sur les droits spécifiques des enfants handicapés et de leur famille afin de réduire les cas de non-recours, et d'en faire une action spécifique dans le cadre des rendez vous des droits mis en œuvre par les CAF.

¹⁴² Loi 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice des retraites : Chapitre V : Ouvrir des solidarités nouvelles en faveur des assurés handicapés et de leurs aidants - Art. L. 351-4-2.-« *L'assuré social assumant, au foyer familial, la prise en charge permanente d'un adulte handicapé dont l'incapacité permanente est supérieure à un taux fixé par décret qui est son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité ou son ascendant, descendant ou collatéral ou l'ascendant, descendant ou collatéral d'un des membres du couple bénéficie d'une majoration de durée d'assurance d'un trimestre par période de trente mois, dans la limite de huit trimestres.* »

Recommandation n°24 : Inclure les droits des personnes en situation de handicap dans les 100 000 rendez vous des droits organisés chaque année par la CNAF.

6.3.2 Mieux connaître les besoins et les charges des parents et des aidants

Par ailleurs, constatant que la situation particulière des familles mono-parentales ayant un enfant handicapé comporte des risques accrus de précarité, elle recommande la mise en œuvre d'études permettant d'améliorer la connaissance du phénomène et d'envisager ultérieurement les leviers de soutien adaptés : congés adaptés, actions en faveur du maintien et du retour à l'emploi, notamment l'extension du dispositif de retour à l'emploi pour les femmes sortant d'un congé parental aux aidants ayant interrompu leur activité, développement de solutions de suppléance et de répit, en fonction des travaux et examens complémentaires à réaliser par le CNCPH.

Recommandation n°25 : Améliorer la connaissance des besoins et des charges des parents et aidants de personnes handicapées, et en particulier la situation des familles mono-parentales ayant un enfant handicapé.

6.3.3 Favoriser le retour à l'emploi des aidants

Dans l'attente, afin de favoriser le retour à l'emploi des aidants familiaux, la mission appuie le constat et la préconisation établis par le sous groupe du CNCPH sur les aidants familiaux, qui préconise un véritable accompagnement des aidants lors d'une reprise ou un changement d'activité : VAE, formation, pris en charge par les organismes financeurs.

Recommandation n°26 : Prévoir un accompagnement par le service public de l'emploi pour une reprise ou un changement d'activité de l'aidant : VAE, formation, pris en charge par les organismes financeurs.

Enfance et Famille - Recommandations

N°	Recommandation	Autorité responsable	Justification	Faisabilité/ conditions de succès
24	Inclure les droits des personnes en situation de handicap dans les 100 000 rendez vous des droits organisés chaque année par la CNAF.	CNAF	Réduire le non-recours aux droits Réduire les discriminations	Programmation du réseau de la CNAF
25	Améliorer la connaissance des besoins et des charges des parents et aidants de personnes handicapées, et en particulier la situation des familles mono-parentales ayant un enfant handicapé	DGCS DREES CNSA CNAF	Réduire les risques de précarité aggravée pour cette catégorie particulière de population	Travaux complémentaires du CNCPPH, mobilisation de moyens d'enquêtes
26	Prévoir un accompagnement par le service public de l'emploi pour une reprise ou un changement d'activité de l'aidant : VAE, formation, pris en charge par les organismes financeurs	DGEFP Partenaires sociaux, pôle emploi	Favoriser le retour à l'emploi ou le changement d'activité des aidants	

7 L'INCLUSION BANCAIRE ET LA LUTTE CONTRE LE SURENDETTEMENT

Le thème de l'inclusion bancaire a pris une place importante dans le plan de lutte contre la pauvreté suite au rapport préparatoire à la conférence de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale¹⁴³. Les trois axes de ce rapport, accès aux services bancaires fondamentaux, prévention du surendettement et accompagnement des personnes en situation de fragilité financière, sont largement repris dans le plan de lutte contre la pauvreté qui a formulé 7 mesures¹⁴⁴.

La loi du 26/07/2013 relative à la séparation et à la régulation des activités bancaires répond aux problématiques identifiées ci-dessus. Tous les décrets ou arrêtés ont été publiés, sauf l'arrêté¹⁴⁵ sur la protection des clients au travers de la détection précoce des difficultés des clients. Cet arrêté doit comporter une charte homologuée prévoyant la transmission de rapports des banques à l'Observatoire et le contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution avec des sanctions possibles en cas de manquement.

Globalement, ces problématiques concernent de la même façon les personnes en situation de handicap, ce que la mission a pu largement constater lors des réunions du groupe de travail et des auditions complémentaires, même si aucun rapport ni statistique ne vient étayer à ce jour la preuve d'une sur-discrimination pour ces personnes.

Cette loi protectrice sera donc à évaluer, ainsi que les travaux de l'observatoire de l'inclusion bancaire créé par le décret 2014-737 du 30 juin 2014. En effet, l'observatoire devra mettre en œuvre les moyens nécessaires pour étudier la spécificité des personnes en situation de handicap, mal renseignée à ce jour.

Le développement des points conseil budget, également prévu dans le plan pauvreté et lancé cette année devra également répondre aux besoins des personnes en situation de handicap.

A l'issue des travaux du groupe de travail, des constats et des auditions conduits, la mission formule trois recommandations qui doivent contribuer à améliorer l'accès au compte, au crédit et à l'assurance des personnes en situation de handicap et à orienter les points conseils budget vers la résolution des problèmes spécifiques aux personnes en situation de handicap.

7.1 Les témoignages du groupe de travail : un constat de vigilance

7.1.1 La loi de séparation et de régulation des activités bancaires doit protéger l'accès au compte

Au vu de la loi de séparation et de régulation des activités bancaires du 26 juillet 2013 et des décrets d'application, le groupe considère que l'amélioration de l'inclusion bancaire est l'aspect du plan de pauvreté qui a été le mieux suivi et que la nouvelle loi bancaire est a priori protectrice. Il s'agit de l'appliquer et de suivre la création de l'Observatoire de l'inclusion bancaire.

Le groupe signale des difficultés potentielles de consultation de son compte à distance pour les personnes en situation de handicap. Mais il n'y a pas de connaissance objective de ces problèmes ni de travaux spécifiques sur le sujet.

¹⁴³ http://www.socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_de_Monsieur_Francois_Soulage_acces_aux_services_bancaires_et_lutte_contre_le_surendettement.pdf, Conférence du 11 et 12 décembre 2012

¹⁴⁴ Mieux connaître les processus menant au surendettement des ménages (mesure 1.6.1) ; Mettre en place des mécanismes de détection des difficultés financières (mesure 1.6.2) ; Lutter contre l'accumulation des frais bancaires (mesure 1.6.3) ; Mettre en place un registre national des crédits à la consommation (mesure 1.9.4) ; consolider le droit au compte (mesure 2.6.1) ; développer un réseau de Points conseils budget (mesure 2.6.2) ; Améliorer la procédure de traitement du surendettement (mesure 2.6.3).

¹⁴⁵ A la date de la remise du rapport.

Par ailleurs, le groupe constate la nécessité de diversifier les moyens de paiement pour répondre aux difficultés issues de handicaps spécifiques. Mais là aussi il n'y a pas de connaissance objective de ce problème.

Ce rôle d'amélioration des connaissances doit être dévolu à l'Observatoire de l'inclusion bancaire, tout récemment installé (11 septembre 2014).

7.1.2 Les refus d'accès au crédit et à l'assurance liés au handicap sont ressentis mais non mesurables

Concernant l'accès au crédit et à l'assurance, une convention encadrant la prise en compte des risques aggravés de santé permet un meilleur accès à l'assurance et au crédit (AERAS)¹⁴⁶. Cette convention, consacrée par la loi du 31 janvier 2007 relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé, a été renouvelée en 2011. Elle n'est pas contestée par les associations malgré des refus non quantifiés de carte de crédit à la consommation.

Plus précisément, le groupe de travail estime que l'accès au crédit à la consommation est souvent refusé, mais pour des raisons non explicitement dues au handicap. Ces refus entraînent l'exclusion des facilités de paiement, des promotions... Cette remarque est toutefois à nuancer par la nécessité de protéger le consommateur du surendettement.

Globalement, le groupe considère que « *le secret professionnel doit bénéficier avant tout à la personne* ». Dans le cadre de son mandat, la mission n'a pas approfondi ces questions. Ce sujet relèvera des débats des Etats généraux du travail social qui se dérouleront début 2015 dans le cadre de la mise en œuvre du plan de lutte contre la pauvreté.

Enfin, le groupe souligne le manque de qualité de l'accueil et de l'accompagnement des agents bancaires et de leurs relations avec les personnes en situation de handicap et suggère un effort de formation des agents bancaires sur cette problématique.

En conclusion, le groupe souligne l'intérêt de l'installation de l'Observatoire de l'inclusion bancaire et des travaux que l'on peut en attendre : connaissance des particularités du handicap sur l'accès au compte, au crédit et à l'assurance, sur le surendettement.

7.2 Les auditions et compléments confirment les constats du groupe

En matière d'assurance, le code pénal autorise les assureurs à certaines discriminations selon l'état de santé (article 225-3-1°), mais n'autorise pas les discriminations fondées sur le handicap (articles 225-1 et 225-2).

Le Défenseur des droits, rencontré à ce sujet, fait preuve d'une vigilance particulière en matière d'accès à l'assurance et a souvent l'occasion de rappeler l'illégalité de la discrimination en raison du handicap.

A titre d'exemple, il cite le cas d'un assureur ayant refusé à une personne sourde de naissance d'assurer sur son prêt immobilier la perte totale et irréversible d'autonomie et l'incapacité totale de travail consécutive à une maladie. L'assureur avait fondé sa décision sur la perception par l'assuré de l'AAH et la reconnaissance d'un taux d'incapacité de 80 %.

¹⁴⁶ AERAS = Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé. La convention AERAS a été signée entre les pouvoirs publics, professionnels et associations de consommateurs et de malades ou du handicap. Cf note DGCS pour la mission. En 2012, il y a eu 2,6 Mlns de demande de crédit avec Risque aggravé de santé (RAS), soit en moyenne 10 à 13 % de la population demandant un accès au crédit. Sur 100 assurances décès, 38 ont eu des conditions additionnelles type RAS (surprime, garantie supplémentaire). Pour la couverture garantie incapacité : 42% ont des surprimes ou garanties additionnelles.

Le Défenseur des droits a recommandé à cette occasion :

- à l'assureur de modifier sa pratique ;
- au GEMA (le syndicat professionnel des mutuelles d'assurance) et à la FFSA (fédération française des sociétés d'assurance) de rappeler à leurs adhérents l'illégalité de la discrimination fondée sur le handicap, ainsi que les conditions de mise en œuvre de l'exception fondée sur l'état de santé prévue par l'article 225-3-1° du CP¹⁴⁷.

Enfin, la mission signale l'intérêt du développement des points conseil budget, une mesure nouvelle décidée dans le plan de lutte contre la pauvreté et qui consistera en une plate-forme téléphonique nationale chargée de l'accueil, du diagnostic, du suivi et de l'appui à la mise en œuvre. Cette plate-forme doit être relayée par des structures locales remplissant les mêmes fonctions et par une articulation avec les dispositifs existants intervenant auprès des ménages.

Comme pour les autres publics en difficulté, les points conseils budget devront contribuer à résoudre les difficultés particulières des personnes handicapées.

La mission, au vu de cet examen du cadre législatif et conventionnel, conclut à la nécessité de maintenir la vigilance sur les situations de handicap et formule les trois recommandations ci-dessous.

7.3 Conclusions et recommandations de la mission

7.3.1 Améliorer la connaissance et veiller à l'application du droit en matière d'accès au compte, au crédit et à l'assurance

La loi de séparation et de régulation des activités bancaires du 26 juillet 2013 a généralisé l'accès au compte et la mission constate qu'il n'y a pas de difficultés spécifiques des personnes en situation de handicap pour l'accès au compte. Elle relève toutefois les difficultés dans les démarches relatives à la gestion de son compte, qu'il s'agisse des démarches à distance, des moyens de paiement non adaptés ou de l'insuffisance de l'accueil du fait de l'absence de formation des professionnels

De même, des cas de refus de crédits à la consommation fondés sur les « risques aggravés de santé » sont de fait discriminatoires car ils portent sur le handicap. Cette situation entraîne des discriminations sur les facilités de paiement, l'exclusion d'accès aux promotions, mais elles sont difficilement chiffrables. C'est pourquoi la mission recommande de prévoir dans la programmation de l'Observatoire de l'inclusion sociale des études sur l'accès au compte et au crédit des personnes en situation de handicap.

Recommandation n°27 : Prévoir dans la programmation de l'Observatoire de l'inclusion bancaire des études sur l'accès au compte et au crédit des personnes en situation de handicap.

Ces études nécessitent de clarifier au préalable les conditions de transmission des données personnelles, notamment la « *nature du diagnostic médical, des déficiences et des limitations d'activité, désignées par référence aux classifications reconnues en matière de maladies et de handicaps ainsi qu'aux nomenclatures de limitation d'activité, recensées par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées* ».

En matière d'accès à l'assurance, la mission constate que la discrimination du fait du handicap est légalement interdite mais existe néanmoins. La mission recommande de veiller à l'application de la convention AERAS en évitant les pratiques contractuelles discriminatoires.

¹⁴⁷ Lettre du défenseur des droits, n°5, février 2014

<http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/upload/nluniffee/defenseurdesdroits-nl5-20140204.pdf>

Recommandation n°28 : Veiller à l'application de la convention AERAS en évitant les pratiques contractuelles discriminatoires (surprimes, refus)

7.3.2 Etre vigilant sur l'accès des personnes en situation de handicap aux points conseils budget et sur les réponses à leurs besoins spécifiques

Le développement des points conseil budget, qui sera suivi dans le cadre de l'évaluation de la deuxième année du plan contre la pauvreté, devra répondre aux besoins et préoccupations spécifiques des personnes en situation de handicap.

Recommandation n°29 : Veiller à ce que les points conseils budget répondent aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap : accessibilité, consultation, rappel des règles de non-discrimination

Inclusion bancaire et lutte contre le surendettement : recommandations

N°	Recommandations	Autorité responsable	Justification	Faisabilité/ conditions de succès
27	Prévoir dans la programmation de l'Observatoire de l'inclusion bancaire des études sur l'accès au compte et au crédit des personnes en situation de handicap	Observatoire de l'inclusion bancaire : Banque de France	Eviter les discriminations	Clarifier les conditions de transmission des données personnelles (notamment relatives aux déficiences) à l'Observatoire par rapport au cadre de la CNIL
28	Veiller à l'application de la convention AERAS en évitant les pratiques contractuelles discriminatoires (surprimes, refus)	Direction du trésor Fédérations bancaires, mutuelles, assurances	Eviter les discriminations	
29	Veiller à ce que les points conseils budget répondent aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap : accessibilité, consultation, rappel des règles de non-discrimination	DG Trésor	Favoriser l'accès aux droits	

8 LA GOUVERNANCE

Le sujet de la gouvernance des politiques en direction des personnes en situation de handicap ne se pose pas de la même façon que pour les politiques sociales en général. En effet la création des MDPH a été un progrès notable en matière de gouvernance des dispositifs en direction de ces personnes et pour leur accès aux droits. Fonctionnant, même imparfaitement, comme un guichet unique pour diverses prestations sociales, les MDPH simplifient les démarches des demandeurs en concentrant dans un même lieu des organismes différents coordonnés entre eux.

Cependant cette vision a ses limites. Comme constaté lors des trente rencontres organisées dans chaque région lors de la première année de mise en œuvre du plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale par la mission IGAS, les difficultés dans les parcours d'accès aux droits, les parcours d'insertion, sont en partie partagées par les personnes en situation de handicap.

Lors de ces rencontres, de nombreux participants ont souligné la faible coordination entre les politiques sociales pilotées par les collectivités locales (en premier les conseils généraux) ou l'Etat et ce qui est du ressort des ARS tout particulièrement pour les personnes ayant des troubles mentaux.

Tout cela est confirmé par le groupe de travail et vécu comme un frein à l'accompagnement de ces personnes, le tout complexifié quand il s'agit de dispositifs d'accompagnement vers l'emploi.

Même si le sujet de la gouvernance n'est pas au cœur de la mission confiée par le premier ministre, et sans intervenir dans le débat de la réforme des compétences des collectivités territoriales, mais avec un souci de simplification des dispositifs et des responsabilités des acteurs, la mission retient les pistes de travail suivantes :

- la coordination des acteurs intervenant dans l'accompagnement à l'emploi des personnes en situation de handicap, que la convention multipartite sur ce sujet n'a pas encore confortée (voir partie accès à l'emploi), ainsi que la coordination des politiques de handicap, d'inaptitude et d'invalidité, la coordination des orientations de placement en établissement mais aussi la prise en compte des situations critiques. En ce sens, le rapport Denis Piveteau « *Zéro sans solution* » part du constat des risques de rupture dans les parcours, dus à l'absence de coordination des acteurs. La mission a examiné ses propositions et en a repris une large part dans ses recommandations¹⁴⁸ ;
- le chantier de la simplification des dispositifs (à court terme l'expérimentation IMPACT), mais aussi à plus long terme la remise à plat envisageable des différentes prestations délivrées par la MDPH (cartes d'invalidité) ou par le régime de sécurité sociale (ASI). Ces simplifications signifient potentiellement pour l'usager une réduction du risque d'incertitude et de précarité sur sa situation, ses droits et d'une sécurisation de son statut et de son parcours ;
- le chantier d'harmonisation des systèmes d'information « SipaPH », porté par la CNSA, qui rencontre depuis son lancement en 2010 de nombreux obstacles politiques, juridiques et d'organisation, mais est potentiellement facteur d'accélération de la coordination entre acteurs et de pistes pour la simplification des dispositifs.

¹⁴⁸ Rapport « *Zéro sans solution* » déjà cité http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Zero_sans_solution_.pdf. voir également chapitre I Ressources, chapitre 4 Hébergement et logement.

¹⁴⁹ Allocations d'éducation enfant handicapé et prestation de compensation du handicap pour l'enfant.

8.1 Le groupe de travail constate des dysfonctionnements dans la gouvernance et des conséquences dommageables pour les bénéficiaires des prestations handicap

Le groupe de travail a relevé de nombreux dysfonctionnements de la gouvernance, malgré quelques efforts concrets d'organisation entre les institutions locales.

8.1.1 Les témoignages font part de dysfonctionnements de la gouvernance, et des conséquences qui aggravent les risques de pauvreté et de précarité

A ce jour, le dossier rempli par le demandeur à la MDPH et la décision de la CDAPH sont transmis pour partie sous forme manuelle à la CAF ou la MSA, car, en dépit des progrès réalisés dans l'échange d'informations dématérialisées entre la CAF et la MDPH, leur système d'information ne peut récupérer l'ensemble des données de la MDPH directement. Cette situation est dommageable pour les personnes car cela peut ralentir le paiement des prestations.

De même, les relances en vue de rappeler les dates des échéances des droits aux bénéficiaires font l'objet d'échanges de fichiers sous forme de listing papier entre la MDPH et la CAF ou de la MSA, ce qui est source de lourdeur pour les gestionnaires de chacune des institutions et potentiellement source de lenteur et d'erreur.

Par ailleurs, le groupe relève le manque d'articulation entre les problématiques médicales, sociales et d'insertion professionnelle relevant d'acteurs différents (MDPH / CCAS, ARS / CG).

Dans le cas de handicap psychique, l'avis du médecin psychiatre peut être long à recueillir faute de disponibilité mais aussi faute d'organisation optimale de l'instruction du dossier de demande au sein de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation.

Selon le groupe de travail, le médecin du travail n'est pas toujours sollicité à temps : la personne déclarée inapte par le médecin et licenciée par l'employeur est aiguillée vers l'invalidité, alors qu'on pourrait éviter le licenciement pour inaptitude au travail et l'orientation vers l'invalidité. Dans ces conditions, le maintien dans l'emploi est difficile pour les personnes licenciées pour inaptitude, car la procédure entraîne des démarches multiples entre plusieurs acteurs, Pôle emploi, Cap emploi, MDPH, facteur de lourdeur et d'inefficacité.

En conclusion, le groupe de travail insiste sur les conséquences de ces dysfonctionnements en termes de risques de rupture, qui aggravent la précarité des demandeurs. Quatre types de ruptures sont identifiés :

- des ruptures de droits, notamment du fait de la réduction de la durée de validité des droits, développée dans le chapitre sur l'accès aux droits ;
- des ruptures de ressources, en cas de refus de renouvellement d'AAH et d'absence de coordination avec les services instructeurs du RSA ;
- des ruptures de placement (service ou hébergement) ;
- des ruptures de référents ou d'interlocuteurs : en cas de fin de dispositif de formation ou d'insertion, de passage de la MDPH à une caisse de sécurité sociale, ou encore en cas de déménagement du bénéficiaire d'un département à l'autre.

Ces dysfonctionnements engendrent une accumulation de dispositifs dont le champ, les règles d'attribution ou la durée sont différents et en forment un ensemble complexe, notamment en matière de ressources et d'insertion dans l'emploi.

8.1.2 Le groupe signale quelques expériences positives de coordination des procédures

Le groupe de travail signale plusieurs bonnes pratiques qui permettent d'atténuer les défauts de coordination et de gouvernance :

- **des conventions de subrogation** entre CAF, MSA et conseils généraux permettent d'éviter au bénéficiaire d'AEEH ou de PCH-enfant le reversement d'indus¹⁴⁹. En effet les parents peuvent choisir entre ces deux dispositifs. Le versement de l'AEEH est maintenu le temps de l'instruction de la PCH mais peut induire de gros indus à reverser. La subrogation permet d'éviter ces reversements. Toutefois, ces conventions relèvent d'initiatives locales (exemple du Maine et Loire et de la Somme). Concernant les MSA, seule la MSA de la région Picardie a signé une convention tripartite (MSA/CG/CAF) sur le sujet pour chacun des trois départements (Aisne, Somme et Oise). Mais d'autres MSA, bien que n'ayant pas signé de convention, ont des accords oraux avec les conseils généraux afin de réserver les rappels de PCH, ce qui permet de les affecter directement aux indus AEEH ;
- comme on l'a vu dans le chapitre sur l'accès aux droits, certaines CAF et MSA pratiquent des **avances sur droits supposés**, parallèlement aux demandes de renouvellement de droits instruits par la MDPH et pour permettre la continuité du versement par la CAF ;
- les CAF transmettent régulièrement la liste des bénéficiaires potentiels de l'ACS à la CNAMTS, qui reroute l'information aux CPAM. Cela permet potentiellement une prospection de nouveaux ayants droit de la part de la CPAM et pourrait a priori faciliter l'automatisation de l'instruction à l'ACS.

8.2 La mission confirme les insuffisances de la gouvernance et ses conséquences, qui aggravent la précarité des bénéficiaires de prestations handicap

8.2.1 Le rôle de la MDPH doit évoluer du rôle de guichet unique de prestations au rôle d'assembleur

En complément des témoignages du groupe de travail, la mission s'est concentrée sur le rôle rempli par la MDPH en tant que « guichet unique », au regard de l'intérêt des bénéficiaires, et aussi sur la gouvernance nationale et locale en matière d'insertion professionnelle des personnes handicapées.

Le rapport Denis Piveteau « *Zéro sans solution* » déjà cité part du constat des risques de rupture dans les parcours, notamment dans les placements, dus à l'absence de coordination des acteurs, voire à leur isolement et aux renvois de responsabilité face aux situations critiques.

Le rapport va au-delà du concept de guichet unique attribué à la MDPH, qui aujourd'hui se limite à la livraison de prestations diverses sans cohérence, ou à l'orientation vers des dispositifs ou des placements ponctuels et limités dans le temps. Il propose de donner à la MDPH un rôle d'assembleur, de garant d'un projet de vie continu du bénéficiaire, autour duquel les services publics doivent apporter leur offre : ARS, éducation nationale, conseil général, médecins...

¹⁴⁹ Allocations d'éducation enfant handicapé et prestation de compensation du handicap pour l'enfant.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a inscrit l'accès à la PCH dans sa globalité aux enfants, ouvrant droit à l'une des compléments de l'AEEH. Les décrets n°2008-450 et 2008-451 du 7 mai 2008 précisent les conditions d'accès à cette prestation. L'AEEH est versée aux personnes ayant à leur charge un enfant handicapé de moins de 20 ans, présentant un taux d'incapacité au moins égal à 80% et qui n'est pas admis en internat dans un établissement d'éducation adapté sans condition de ressource afin de faire face aux frais engendrés par le handicap.

Les diagnostics sont similaires à ceux établis par la présente mission, qui partage les constats et les recommandations¹⁵⁰. Elle signale toutefois l'intérêt d'englober dans cette gouvernance les projets d'insertion et d'emploi des personnes handicapées, dont le groupe de travail a particulièrement souligné l'importance et les risques de précarité.

8.2.2 La coordination des politiques d'invalidité et de handicap est insuffisante

La mission a constaté l'ampleur des problèmes de la coordination entre les politiques d'invalidité et les politiques du handicap. Le diagnostic sur les insuffisances de coordination est à ce jour bien étayé, notamment par le rapport de l'IGAS sur les politiques d'invalidité et le rapport de la cour des comptes sur la fiscalité du handicap¹⁵¹. Toutefois, au-delà de ces diagnostics, les chantiers de coordination ne sont à ce jour que partiellement engagés.

8.2.2.1 Les caisses du régime général appliquent des critères d'invalidité différents

L'absence de coordination, qui accroît l'insécurité des parcours, est constatée tout d'abord entre les caisses du régime général. Celles-ci appliquent en effet des critères différents d'accès aux pensions d'invalidité.

Les pensions d'invalidité peuvent être attribuées aux assurés sociaux âgés de moins de 60 ans qui présentent une réduction d'au moins des deux tiers de leur capacité de travail ou de gain. Le code de la Sécurité sociale distingue trois principales catégories de personnes invalides :

- Catégorie 1 : « invalides capables d'exercer une activité rémunérée » ; le montant de la pension correspond à 30 % du salaire moyen annuel de référence ; il ne peut être inférieur à 281,66 € par mois au 1^{er} avril 2014 ;
- Catégorie 2 : « invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque » ; le montant de la pension correspond dans ce cas à 50 % du salaire moyen annuel de référence et ne peut, là encore, être inférieur à 281,66 € mensuels au 1^{er} avril 2014 ;
- Catégorie 3 : « invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ». Le montant de la pension est calculé de façon identique à celui des pensionnés de deuxième catégorie, augmenté de la majoration pour tierce personne (1103 € par mois au 1^{er} avril 2014).

Source : Mission d'après DSS, Décret n° 2014-343 du 14 mars 2014

Les 3 catégories de pension sont appréciées par un médecin conseil, selon des grilles propres à chaque CPAM. Il n'y a pas de barème harmonisé même au sein de la CNAM pour déterminer les catégories.

Afin d'y remédier, un groupe de travail sur l'harmonisation des barèmes a réuni plusieurs médecins conseils de CPAM. La démarche, interne au régime général, est en cours. Mais elle exclut à ce jour les caisses de la MSA et du RSI.

¹⁵⁰ Voir les recommandations du rapport Piveteau en annexe.

¹⁵¹ Voir le rapport de l'IGAS précité sur la politique d'invalidité déjà cité « *L'évaluation de l'état d'invalidité en France* », Rapport IGAS RM2012-059P, mai 2012. http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-059P_-_TOME_I_Rapport.pdf, le rapport public annuel de la Cour des comptes sur la fiscalité du handicap, Rapport public annuel, Tome II, février 2014 et le chapitre du présent rapport sur l'accès à l'emploi

La mission encourage cette démarche et regrette cette prise en compte tardive d'une partie des recommandations de l'IGAS dans son rapport sur l'invalidité, notamment « *l'introduction d'un référentiel médical dans l'évaluation de l'invalidité pour l'ensemble des régimes, le barème de l'AAH étant l'option théorique la plus intéressante* » (recommandation n°9).

La mission estime que le manque de coordination entre ces régimes est préjudiciable au pensionné qui lors de sa vie professionnelle peut changer de régime, notamment passer du régime général au régime RSI.

8.2.2.2 Les besoins de coordination entre les régimes de pension invalidité et la politique du handicap sont largement partagés, mais les chantiers de coordination sont à peine ouverts

L'IGAS avait établi dans son rapport sur l'invalidité remis en 2010 un diagnostic complet et proposé des pistes d'action, qui sont toujours d'actualité : homogénéisation des critères d'invalidité et de handicap, notamment des barèmes de l'AAH pour l'évaluation des capacités fonctionnelles, clarification des sources de financement et des compensations, pilotage des politiques et interface avec les politiques sociales.

Ces pistes d'action ont été renouvelées dans son rapport sur le pilotage de l'AAH en 2014.

La Cour des comptes dans son rapport public de février 2014 insiste à nouveau sur l'absence de coordination des critères entre ces deux politiques, et a rappelé que le gouvernement s'était déclaré favorable lors de la discussion sur la réforme des retraites en novembre 2010 à un « *rapprochement des critères dans le cadre de définitions de l'invalidité, des accidents du travail et du handicap* ».

A cet égard, l'article 80 de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites prévoit un dépôt au Parlement d'un rapport en ce sens avant le 1^{er} janvier 2012.

Cette obligation n'a pas été respectée à ce jour¹⁵².

En particulier, ce n'est pas seulement l'absence d'harmonisation des barèmes entre régimes qui porte préjudice, mais surtout l'application stricte des conditions administratives tenant à la durée d'immatriculation. En effet, si l'assuré remplit les conditions d'altération de sa capacité de travail appréciée par le médecin-conseil, l'avantage d'invalidité est liquidé sur la base du salaire (revenu) annuel moyen des 10 années civiles d'assurance dont la prise en considération est la plus avantageuse pour lui.

Or, selon la DSS, « *pour des assurés ayant changé de régime peu avant leur accident, le montant de l'avantage d'invalidité servi par le nouveau régime ne tient pas compte des revenus perçus dans le précédent régime d'affiliation : c'est notamment le cas de salariés qui ont cotisé durablement au régime général puis sont devenus indépendants seulement deux ou trois ans avant que ne survienne leur accident de santé. Ces derniers ne peuvent prétendre à un calcul intégrant leurs meilleures années d'activité et ne perçoivent donc qu'une pension extrêmement modique* ».

Le Défenseur des droits a fait également part à la mission des réclamations de pensionnés, ayant acquis récemment le statut d'auto-entrepreneur, victimes de ces ruptures de droit.

Pour y remédier, le législateur a souhaité coordonner les différents régimes, et a modifié l'article L. 172-1 du code de la sécurité sociale¹⁵³. Mais cet article renvoie à un décret en conseil d'Etat qui n'est toujours pas paru.

¹⁵² Rapport public annuel de la Cour des comptes précité, page 305.

¹⁵³ La disposition ainsi modifiée prévoit qu'« un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles sont ouverts et maintenus les droits à pension d'invalidité dans les régimes en cause, ainsi que les conditions dans lesquelles sont

Selon la DSS, l'obstacle essentiel est d'ordre financier : il provient des conditions de liquidation de pension de la part du régime des indépendants de la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV), dont le droit à pension, selon ses statuts, n'est ouvert qu'à l'expiration d'un délai de six mois à compter de la constatation de l'état d'invalidité¹⁵⁴.

L'harmonisation souhaitée en vue d'éviter les ruptures de ressources des personnes affiliées à ce régime se heurte donc aux problèmes de compensation financière, entre régimes au titre de l'assurance et/ou entre régimes et Etat, au titre de la solidarité. La DSS précise qu'elle a « *avancé dans ses travaux avec le RSI, pour essayer de dégager des solutions faisables en gestion à court terme. Aucune des pistes étudiée n'est cependant encore arbitrée* ». La résolution du problème est reportée, selon la DSS, d'un à deux ans.

La mission constate l'ampleur des chantiers restant à couvrir, au regard des enjeux de sécurisation des parcours et donc de réduction de la précarité et formule les recommandations ci-après (§ 8.3).

8.2.3 La complexité des dispositifs est source d'insécurité, de non-recours ou de rupture de parcours

8.2.3.1 Les dispositifs sont complexes

L'absence de coordination des politiques a pour conséquence directe l'aggravation de l'empilement et de la complexité des dispositifs.

La Cour des comptes à l'issue de l'examen des politiques fiscales liées au handicap, fait le constat de complexité et recommande de « *procéder à un réexamen d'ensemble des mesures fiscales et sociales dans le but d'améliorer leur articulation - suppression des doublons, incohérences et complexités inutiles ; renforcement des complémentarités ; prise en compte des effets sur les disparités de revenus entre personnes handicapées* ». Elle recommande de réviser en priorité :

- les mesures portant sur la compensation du handicap : en particulier, la PCH, les exonérations de charges et les dépenses fiscales visant le même objectif (majoration du plafond des dépenses pour les emplois à domicile, déduction au titre de l'équipement de la résidence, etc.) ;
- les nombreuses aides à l'accessibilité : fiscales, sociales (PCH notamment) ou autres (prime à l'amélioration des logements locatifs, notamment) ;
- les différentes mesures fiscales relatives à la transmission du patrimoine »¹⁵⁵.

A titre d'illustration, la CNSA signale en réponse à une question de la mission les difficultés auxquelles sont exposées les personnes handicapées bénéficiant d'une pension d'invalidité de 2^{ème} catégorie. En effet, « *celles-ci peuvent se voir notifier ou devoir démarcher successivement :*

- *une perte des 2/3 de la capacité de travail ou gain. Il lui est indiqué qu'elle est absolument incapable d'exercer une quelconque profession alors qu'elle peut travailler et cumuler, sous conditions de ressources, les revenus de cette nouvelle activité avec sa pension d'invalidité ;*

calculés ces droits, lorsque le montant de la pension servie par le régime représente une fraction annuelle des revenus moyens correspondant aux cotisations versées au cours des dix années civiles d'assurance les plus avantageuses ».

¹⁵⁴ En application de l'article 4.25 des statuts de la CIPAV : « la date de prise d'effet de la pension est fixée au premier jour du mois suivant la demande, sans pouvoir toutefois être antérieure au premier jour du mois suivant l'expiration d'un délai de six mois à compter de la date de consolidation de l'invalidité ». Ces statuts ont été approuvés par arrêté du 8 décembre 2006.

¹⁵⁵ Rapport public précité, page 322.

- une inaptitude au poste de travail par le médecin du travail, conduisant à un licenciement pour inaptitude ;
- dès lors une démarche d'obtention de la RQTH, avec la difficulté à obtenir ou conserver un emploi pour obtenir cette reconnaissance ;
- une RSDAE, dans le cadre d'une éventuelle attribution de l'AAH si le taux d'incapacité est entre 50 et 80 % ;
- une capacité de travail supérieure à 5 % dans le cadre de l'étude du complément de ressources ;
- une lourdeur du handicap¹⁵⁶ dans le cadre d'une reprise d'activité professionnelle après cette pension d'invalidité, instruite et versée par l'AGEFIPH et qui permet un meilleur remboursement à l'employeur des aménagements du poste de travail ».

La CNSA rappelle que « ces dispositifs sont tous basés sur des concepts, des référentiels, des durées et des sources de financement différents, expliquant ainsi ces difficultés de compréhension lors d'une tentative de vision globale ».

Les politiques du handicap se sont construites en superposant les acteurs et les sources de financement, soit, à titre principal mais non exhaustif : le budget de l'Etat (AAH, ASI...) y compris les dépenses fiscales (réduction ou abattements d'impôts), le budget des régimes de sécurité sociale et la CNSA (dont les ressources propres¹⁵⁷ cofinancent la PCH et les MDPH), les collectivités locales (PCH, fonds de compensation, exonération de taxe d'habitation et de taxe foncière), l'AGEFIPH et le FIPHP (contribution obligatoire des employeurs).

La moindre recherche de simplification de dispositif ou tout simplement de règle (seuil, champ, durée...) emporte des incidences financières pour les acteurs et des perdants parmi les bénéficiaires ou les financeurs, des raisons qui sont autant de freins à la démarche de simplification.

Dans ce contexte, la mission a plus particulièrement examiné deux prestations : l'Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) et la carte d'invalidité.

8.2.3.2 L'allocation supplémentaire d'invalidité n'est pas totalement justifiée au regard des pensions d'invalidité et de l'AAH

L'allocation supplémentaire d'invalidité complète une pension d'invalidité ou une pension de veuf ou de veuve invalidité.

Elle peut être versée si les ressources sont inférieures à un plafond mensuel fixé, au 1^{er} avril 2014, à 702 € (personne seule) ou 1 229,61 € pour un couple (voir encadré § 1.2.3). Elle concerne 12 % des pensionnés pour invalidité (données 2012).

Les bénéficiaires de l'ASI peuvent percevoir une AAH différentielle, si le niveau de l'allocation invalidité est inférieur au montant de l'AAH : l'AAH partielle représentera la différence entre le montant maximum de l'AAH et leurs ressources.

¹⁵⁶ La lourdeur du handicap est définie par la loi Handicap du 11 février 2005 et précisée dans l'arrêté du 19 juillet 2012 : la reconnaissance de la lourdeur du handicap est accordée « lorsque le montant des charges induites par des aménagements de poste est supérieur à 20 % du produit du Smic par le nombre d'heures correspondant à la durée collective du travail applicable dans l'établissement ». La décision est réexaminée tous les trois ans (tous les ans en cas de taux d'incapacité ou d'invalidité supérieur à 80%) ou lors de tout changement de poste ou changement d'évolution du handicap. L'instruction et le versement incombent à l'AGEFIPH, quel que soit le statut du travailleur (salarié, fonctionnaire ou indépendant).

¹⁵⁷ la contribution solidarité pour l'autonomie, la contribution sociale généralisée et depuis 2013 la caisse additionnelle de solidarité pour l'autonomie constituent 20 % des ressources de la CNSA (ressources propres), le reste étant constitué de l'ONDAM (80 %).

Ainsi, comme pour l'AAH, l'ASI est une allocation différentielle calculée en fonction du revenu et de la pension, permettant une compensation de perte de revenu, jusqu'à l'âge de la retraite (voir § 1.2.3, encadré). Elle émerge au budget de l'Etat, sur le même programme que celui de l'AAH¹⁵⁸ mais elle est versée par la caisse d'affiliation en complément de la pension ou de la rente et non par la CAF ou la MSA.

Le bénéfice de l'ASI donne droit aux avantages de l'AAH : depuis 2007, les bénéficiaires de l'ASI peuvent recevoir les compléments de l'AAH : le complément de ressources (CPR) et la majoration pour la vie autonome (MVA).

L'AAH est ainsi une allocation « doublement différentielle » par rapport à la pension d'invalidité, selon des critères d'incapacité et une instruction propres à la réglementation de l'AAH qui relève du CASF, différentes des critères d'invalidité de la caisse d'affiliation qui relèvent du code de la sécurité sociale. Ces différences obligent à des échanges de données entre CAF et caisse d'assurance vieillesse, avec ou non les compléments d'instruction réclamés au demandeur.

Cette complexité a conduit la Cour des comptes et les corps d'inspection à recommander la fusion des deux dispositifs...ce depuis 1987¹⁵⁹.

Or la décision de revaloriser l'AAH selon un plan pluriannuel 2008-2012 et de renforcer l'AAH dans sa fonction de soutien à l'emploi a conduit le gouvernement à rejeter toute perspective de fusion, chaque allocation poursuivant une « logique différente »¹⁶⁰, l'ASI restant déconnectée de l'AAH et revalorisée sur les prix comme les pensions de vieillesse (article L. 161-23-1 CSS), les pensions d'invalidité et la majoration pour tierce personne.

Fin 2014, le plafond mensuel de l'AAH atteint 800 €, soit environ 100 € de plus que l'ASI (702 € pour une personne seule), ce qui est loin d'être négligeable pour des assurés modestes et les oblige à déposer une demande d'AAH différentielle qui nécessite de leur part une démarche supplémentaire auprès de deux réseaux différents (MDPH et CAF et non CPAM).

La mission partage l'observation de la Cour de fusionner les deux dispositifs.

8.2.3.3 La carte d'invalidité doit être revue au regard des autres dispositifs existants

La carte d'invalidité attribuée par la CDAPH s'adresse aux personnes dont le taux d'incapacité est supérieur à 80 % ou classé en invalidité en troisième catégorie. Elle est valable à titre définitif ou pour une durée maximum de 10 ans. Cette carte permet notamment d'obtenir une priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d'attente ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public. L'article 196 A bis du code général des impôts (CGI) prévoit que tout contribuable déclarant à sa charge les personnes titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du CASF bénéficie d'une demi-part de quotient familial, à la condition qu'elles vivent sous son toit. Elle peut également servir à l'appui d'une demande de logement social HLM.

¹⁵⁸ Programme 157, Handicap et dépendance

¹⁵⁹ Selon le rapport de la Cour sur l'invalidité et l'inaptitude de mai 2010 : « la Cour a demandé en 1987 et plusieurs corps d'inspection en 1998, en 2003 et en 2006 à proposer la fusion entre ASI et AAH. Le rapport de 2003 préconisait également des aménagements des règles d'attribution de l'ASI (harmonisation de l'assiette des ressources à prendre en compte, suppression de la récupération sur succession, etc.) à défaut d'une fusion ».

¹⁶⁰ rapport du Gouvernement au Parlement relatif au bilan et aux orientations de la politique du handicap de février 2009. Ce sujet n'est pas repris en 2012, ni dans le rapport du CNCPPH ni dans celui du gouvernement au parlement.

Elle se distingue de la carte de priorité, adressée aux personnes handicapées dont le taux d'incapacité est inférieur à 80 % pour qui la station debout est pénible. La carte de priorité donne une priorité d'accès aux places assises et dans les files d'attente, mais ne permet pas d'obtenir l'abattement fiscal d'une demi-part supplémentaire, ni l'exonération de la taxe d'habitation et de la taxe foncière¹⁶¹ ni la priorité dans l'attribution de logement comme la carte d'invalidité.

Avec les cartes d'invalidité, elle constitue 21,5% des prestations délivrées par les MDPH en 2013. Outre les charges de gestion imposée à la MDPH, la carte d'invalidité induit des charges d'instruction pour l'équipe pluridisciplinaire, chargée d'estimer si la carte doit être attribuée à titre définitif ou pour 10 ans, et si elle doit porter la mention « besoin d'accompagnement » pour attester de la nécessité pour la personne handicapée d'être accompagnée par une tierce personne dans ses déplacements.

La CNAF envisage à titre de simplification la suppression de l'exigence de production de la carte d'invalidité auprès du fisc, au motif que *« cette pièce n'apporte aucune plus value, dans la mesure où elle est, sous réserve d'une demande, délivrée automatiquement aux personnes handicapées ayant un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80 %. »*¹⁶². *« La proposition consiste ainsi à pouvoir appliquer la mesure d'abattement fiscal sur la base du taux d'incapacité prononcé par la CDAPH dans le cadre de l'examen des droits à l'AAH. L'abattement serait ainsi appliqué systématiquement en cas de reconnaissance d'un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80 %, taux notifié aux CAF en charge, après examen par la CDAPH, de l'étude des conditions administratives d'ouverture des droits à l'AAH ».*

La mission rappelle que la CAF transmet déjà de manière automatisée les informations à la DGFIP.

A titre de simplification, la mission partage largement ce constat et formule les recommandations de simplification ci-dessous.

8.2.3.4 La simplification passe aussi, à dispositifs inchangés, par l'assouplissement des règles et les possibilités de dérogations

La simplification des dispositifs passe aussi par l'assouplissement des durées de validité et par l'extension des dérogations prenant en compte les solutions personnalisées.

Une analyse similaire avait été faite dans le rapport d'évaluation du plan contre la pauvreté à propos des recherches de solutions souples d'hébergement et de logement adapté, pour laquelle la mission avait recommandé *« une plus grande souplesse dans l'utilisation des fonds dédiés pour éviter une trop grande rigidité de la gestion de projet »*¹⁶³.

En effet, la mission a constaté les dysfonctionnements dus à la réduction de la durée de la validité de l'AAH à 2 ans dans le cas de personnes ayant un taux d'incapacité entre 50 et 79 % et émis des propositions visant à assouplir la durée (cf chapitre 2 sur l'accès aux droits).

Mais plus encore, la mission constate les dysfonctionnements dus à l'enchaînement et à la combinaison des dispositifs, qui ont chacun une durée propre : le suivi et le respect des dates de validité sont un surcroît de gestion pour la MDPH, les CAF et les MSA et un surcroît d'insécurité et de risques de rupture pour le bénéficiaire.

¹⁶¹ Sous certaines conditions de revenus

¹⁶² Réponse CNAF à la mission du 21 août 2014.

¹⁶³ Rapport d'évaluation de la première année du plan contre la pauvreté, Recommandation n°17.

Le rapport Denis Piveteau estime que pour permettre à la MDPH de piloter la mise en œuvre du « projet de vie » de la personne en situation de handicap, la gestion doit tendre vers une « *gestion des dossiers individuels qui se veut plus attentive et cohérente, appuyée sur des réexamens synchrones de l'ensemble des prestations.* ». Il conclut que « *la CDAPH devrait pouvoir fixer librement les durées d'attribution des prestations en fonction du besoin de la personne. Les échéances de réexamen pourraient du coup se synchroniser, évitant les demandes successives qui résultent de la non-concordance des fins de droits.*¹⁶⁴ ». Le rapport ajoute : « *Ce principe vaudrait notamment pour l'octroi de la PCH et de l'AAH... La récente règle d'attribution pour deux ans au maximum devrait donc être revue* ».

La mission partage largement le constat et les propositions formulées, sous réserve d'un examen attentif des simplifications possibles. Il s'agit en effet de donner à l'administration la souplesse juridique et budgétaire lui permettant de procéder à des dérogations lorsque la nature ou la durée des dispositifs ne peuvent être suffisamment harmonisées.

La mission suggère que le montage juridique et financier dérogatoire nécessaire pour permettre la mise en œuvre de projets de vie des personnes handicapées puisse s'inspirer de ce qui a été fait pour l'expérimentation « *Un chez soi d'abord* » en matière d'intermédiation locative, de prise en charge médicale et d'accompagnement social¹⁶⁵.

8.2.4 Le système d'information est difficile à moderniser

C'est au terme de l'analyse des coordinations des politiques et des simplifications de dispositifs que la rationalisation des systèmes d'information peut être logiquement obtenue.

Mais, en sens inverse, c'est aussi en lançant en amont le chantier de la rationalisation du système d'information que les projets de coordination et de simplification des dispositifs peuvent émerger.

La mission constate que l'administration a choisi la deuxième option, mais sans obtenir de résultats probants ni en matière de rationalisation du système d'information, ni en matière de pistes de simplification des dispositifs.

¹⁶⁴ Le rapport Denis Piveteau fait un parallèle avec l'APA délivrée par les départements, dont la durée d'octroi est exclusivement fonction de « l'état de la personne » (article R.232-28 du CASF).

¹⁶⁵ Voir chapitre Hébergement Logement

8.2.4.1 Le projet de système d'information « Sipa PH » est un projet long et incertain

Le système d'information SipaPH a été prévu par la loi handicap du 11 février 2005¹⁶⁶.

Le SipaPH

La loi du 11 février 2005 crée un système d'information : « Dans le cadre d'un système d'information organisé par décret pris après avis de la CNIL, les MDPH transmettent à la CNSA, outre les données mentionnées à l'article L. 146-3, des données :

- relatives à leur activité, notamment en matière d'évaluation des besoins, d'instruction des demandes et de mise en œuvre des décisions prises ;
- relatives à l'activité des équipes pluridisciplinaires et des commissions des droits et de l'autonomie ;
- relatives aux caractéristiques des personnes concernées ;
- agrégées concernant les décisions mentionnées à l'article L. 241-6 ».(Art. L. 247-2).

En application de la loi, la CNSA a créé un système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SipaPH), qui poursuit un double objectif : améliorer la connaissance des personnes en situation de handicap et contribuer au pilotage de la politique du handicap. Ce système d'information est un outil de partage d'informations entre les acteurs départementaux, régionaux et nationaux habilités par le décret du 22 août 2008.

Le SipaPH est alimenté par un sous-ensemble d'informations contenues dans les systèmes d'information des MDPH, et est enrichi de données provenant de partenaires nationaux œuvrant dans le champ du handicap. Il est organisé en neuf thématiques qui couvrent l'ensemble du champ du handicap. Cette structure reprend celle définie dans le guide pour la valorisation des données locales.

Source : CNSA

Le projet de système d'information a été lancé très tardivement et avec des contraintes fortes, notamment l'obligation fixée par la loi de 2005 de maintenir les systèmes d'information propres des conseils généraux, gérés par trois opérateurs différents.

Devant les obstacles rencontrés, la CNSA a lancé en 2013 un audit du système d'information des MDPH, en lien avec la DGCS. L'audit a conclu au défaut de gouvernance, à l'obstacle du maintien des systèmes d'information propres des conseils généraux et a recommandé la mise en place d'une gouvernance impliquant les acteurs nationaux, les MDPH et les éditeurs de logiciels, la définition d'une terminologie et l'harmonisation des procédures pour permettre un « tronc commun » du système d'information.

En parallèle, la Cour des comptes a remis en octobre 2013 au Parlement un rapport sur les missions de la CNSA, et constate que la CNSA devait « remplir une mission impossible consistant à fédérer des informations dont elle n'avait pas la maîtrise... certaines MDPH considéraient que ce sujet ne constituait pas une priorité, qu'il leur fallait d'abord dématérialiser les demandes. En définitive, le SipaPH a pris un retard considérable... Aujourd'hui, néanmoins, les départements ont pris conscience de l'intérêt que pouvait avoir l'existence d'une instance centrale leur permettant de récupérer, d'échanger et de comparer des données. »

¹⁶⁶ La loi du 11 février 2005 modifie ainsi le CASF : « Art. L. 247-2. - Dans le cadre d'un système d'information organisé par décret pris après avis de la CNIL, les MDPH transmettent à la CNSA, outre les données mentionnées à l'article L. 146-3, des données :

- « - relatives à leur activité, notamment en matière d'évaluation des besoins, d'instruction des demandes et de mise en œuvre des décisions prises ;
- « - relatives à l'activité des équipes pluridisciplinaires et des commissions des droits et de l'autonomie ;
- « - relatives aux caractéristiques des personnes concernées ;
- « - agrégées concernant les décisions mentionnées à l'article L. 241-6.

De même, dans son rapport sur le pilotage de l'AAH remis en février 2014, l'IGAS recommandait « *d'améliorer les échanges d'information entre les MDPH et le service public de l'emploi* »¹⁶⁷.

En réponse, la CNSA rappelle qu'il s'agit d'un engagement constant de sa part et de ses partenaires nationaux. Elle a d'ores et déjà sollicité l'accord de l'ADF pour une normalisation du système d'information, et obtenu de la CNAF qu'elle soit le « tiers de confiance » habilité à recevoir les numéros d'identification du répertoire des données individuelles (NIR). Elle a réuni un comité d'orientation stratégique en juillet 2014.

8.2.4.2 La dématérialisation des flux entre les CAF/MSA et les MDPH est un projet parallèle au SipAPH, et qui n'est pas lié à la réflexion sur la simplification des dispositifs

Les transferts d'information entre les CAF/MSA et les MDPH se font sous format papier, selon des procédures ni harmonisées ni sécurisées, qui allongent les délais au détriment du bénéficiaire.

Chacune des COG liant l'Etat d'une part avec la CNSA et d'autre part avec la CNAF, mais aussi le CCMSA a insisté sur la nécessité de dématérialiser les flux d'information entre ces organismes¹⁶⁸.

A ce jour, un projet de dématérialisation des flux d'information commun à la CNAF, la MSA et la CNSA est en cours. Ce projet permettra de réduire les sollicitations auprès des personnes handicapées, de réduire les délais et d'optimiser la gestion et réduire les indus engendrés « *auprès des bénéficiaires par la complexité des flux actuels* », selon l'expression même des auteurs.¹⁶⁹

Selon la présentation faite à la mission, l'objectif sera de mettre à disposition des MDPH, par voie dématérialisée, les informations relatives aux droits AAH, AEEH et CRH.

La CNAF ajoute que dans un second temps, « **il sera possible d'étudier la possibilité pour les MDPH d'adresser au bénéficiaire une notification globale, qui reprendrait à la fois la décision de la CDAPH et la décision administrative de la CAF / MSA.** Une rationalisation de la communication vers les bénéficiaires pourrait ainsi être mise en œuvre.¹⁷⁰ »

La mission sera attentive à la mise en œuvre du projet¹⁷¹. Elle observe toutefois qu'il est inscrit dans un cadre conventionnel qui ne s'impose pas aux MDPH mais, selon la CNAF « *dont la généralisation est fortement encouragée* ».

Elle appuie fortement la CNAF, la CCMSA et la CNSA pour que le projet aboutisse à une notification globale d'ouverture de droit, comme la mission l'a déjà recommandé en chapitre 2.

Par ailleurs, la mission constate que les chantiers de modernisation du système d'information et de dématérialisation, qu'ils soient pilotés par la CNSA ou par la CNAF, ne posent pas au préalable le sujet de la simplification des dispositifs, et n'en font pas non plus un objectif de rationalisation.

¹⁶⁷ Rapport précité remis en avril 2014, non public. (voir Recommandation n°21, page 33)

¹⁶⁸ La COG Etat-CNAF en fait un axe majeur de progrès et indique les moyens d'y parvenir dans plusieurs actions, notamment dans la Fiche n°17 de la COG « *Renforcer l'efficacité des processus de gestion* ». La COG Etat-CNSA 2012-2015 en fait un objectif majeur et a prévu des plans d'action non seulement avec la CNAF et la CCMSA mais aussi avec Pôle Emploi et l'Education nationale.

¹⁶⁹ Extrait de la fiche de présentation du projet de dématérialisation remis par la CNAF à la mission en avril 2014, complété par une fiche ultérieure remise en juin reprenant les extraits du cahier des charges (cf ci-dessous).

¹⁷⁰ Extrait du cahier des charges remis par la CNAF à la mission, juin 2014.

¹⁷¹ Les développements informatiques sont en cours au sein de la CNAF, en vue d'expérimentations à partir du second semestre 2014.

Elle regrette que ceux-ci soient limités à la recherche de simplification des procédures et ne soient pas élargis à une réflexion sur la simplification de dispositifs.

8.3 Conclusions et recommandations de la mission

La gouvernance est entendue au sens large : coordination des politiques, simplifications, systèmes d'information. Au regard de son mandat, la mission s'en est tenue à l'examen des différents volets de la gouvernance dès lors qu'ils impactent les risques de précarité et de pauvreté des bénéficiaires, et retient les recommandations suivantes :

8.3.1 Améliorer la coordination des politiques et harmoniser les critères

La coordination des régimes en matière de politique d'invalidité est insuffisante. La mission estime que le manque de coordination est préjudiciable au salarié qui lors de sa vie professionnelle change de régime, notamment passe du régime général au régime RSI des auto-entrepreneurs et des indépendants. Elle recommande pour cela d'une part d'élargir le groupe de travail de la CNAM et qui réunit les médecins-conseil de CPAM à des médecins des régimes des indépendants et des MSA, afin d'aboutir à des barèmes de pension d'invalidité harmonisés, et d'autre part de prendre le décret fixant les conditions de calcul des droits à pension.

Recommandation n°30 : Elargir le groupe de travail des CPAM sur l'harmonisation des barèmes de pensions d'invalidité à la participation des régimes des indépendants et agricole

Recommandation n°31 : Prendre le décret fixant les conditions de calcul des droits à pension

Plus généralement, la mission recommande, à l'appui des constats du précédent rapport de l'IGAS sur l'invalidité et de ceux de la Cour des comptes dans son rapport précité sur la fiscalité du handicap, un « *rapprochement des critères dans le cadre de définition de l'invalidité, des accidents du travail et du handicap* », ce dans une perspective de coordination des politiques de handicap, d'inaptitude et d'invalidité, et rappelle l'obligation de déposer un rapport au Parlement, conformément à la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

Recommandation n°32 : Etudier le rapprochement des critères d'invalidité, d'inaptitude et de handicap dans une perspective de coordination des politiques d'invalidité, d'inaptitude et de handicap, et déposer un rapport en ce sens au Parlement, conformément à la Loi sur les retraites du 9 novembre 2010.

8.3.2 Simplifier les dispositifs et assouplir leur usage

En matière de simplification, la mission retient en particulier deux dispositifs dont l'intérêt par rapport aux autres dispositifs existants mérite d'être examiné :

- L'Allocation supplémentaire d'invalidité, qui s'ajoute à la pension d'invalidité en cas d'insuffisance de revenu mais est déduite de l'AAH. La mission recommande de fusionner l'ASI et l'AAH, ce qui nécessite la remise à plat des critères d'attribution, une modification des circuits d'attribution et de financement, et donc une étude d'impact financier sur la redistribution entre l'ONDAM et le budget de l'Etat ;
- La carte d'invalidité diffère de la carte de priorité uniquement sur le critère de taux d'incapacité (supérieur ou inférieur à 80 %) et sur le droit qui en découle vis-à-vis du fisc (abattement, exonération de la taxe d'habitation et de la taxe foncière) et de l'attribution de logement social. La mission recommande de retirer la carte d'invalidité des pièces obligatoires à présenter au fisc et d'envisager la possibilité de ne maintenir que la carte de

priorité en automatisant, pour les personnes dont le taux d'incapacité est supérieur à 80 %, l'information utile auprès du fisc et des bailleurs sociaux.

Recommandation n°33 : Etudier la fusion de l'Allocation supplémentaire d'invalidité et de l'AAH

Recommandation n°34 : Retirer la carte d'invalidité des pièces à présenter au fisc et envisager sa suppression en la remplaçant d'une part par la carte de priorité et d'autre part par une dématérialisation de l'information auprès du fisc et des bailleurs sociaux, sous réserve du maintien des droits extra-légaux.

Ces projets de suppression doivent être accompagnés de la vérification du maintien des droits connexes, conventionnels ou locaux, attribués à l'ASI ou à la carte d'invalidité

8.3.3 Lier les chantiers de modernisation des systèmes d'information aux simplifications de dispositifs

Enfin, la mission souligne que les chantiers de modernisation du système d'information et de dématérialisation, qu'ils soient pilotés par la CNSA ou par la CNAF, ne posent pas au préalable le sujet de la simplification du paysage des dispositifs, et n'en font pas non plus un objectif de rationalisation. Elle regrette qu'ils soient limités à la recherche de simplification des procédures et ne soient pas élargis à une réflexion sur la simplification de dispositifs et formule la recommandation suivante.

Cet élargissement du chantier doit permettre, comme s'y engagent les partenaires, à une notification conjointe de la MDPH et de la caisse (CAF, MSA), déjà signalé dans la partie Accès aux droits et recommandé par la mission :

Recommandation n°35 : Elargir les chantiers de modernisation des systèmes d'information à une réflexion sur la simplification des dispositifs et aboutir à une notification conjointe de l'AAH par la MDPH et la caisse (CNAF, MSA).

Gouvernance : recommandations

Améliorer la coordination des politiques et harmoniser les critères

N°	Recommandations	Autorité responsable	Justification	Faisabilité/ conditions de succès
30	Elargir le groupe de travail des CPAM sur l'harmonisation des barèmes de pensions d'invalidité à la participation des régimes des indépendants et des MSA	DSS Caisses de sécurité sociale, tous régimes	Améliorer la coordination des politiques, harmoniser les critères afin d'éviter les inégalités	Accord des caisses et des médecins-conseil
31	Prendre le décret fixant les conditions de calcul des droits à pension	DSS	Clarifier les conditions de calcul	Voie réglementaire
32	Etudier le rapprochement des critères d'invalidité, d'incapacité et de handicap dans une perspective de coordination des politiques d'invalidité, d'incapacité et de handicap, et déposer un rapport en ce sens au Parlement, conformément à la loi sur les retraites du 9 novembre 2010	DSS DGEFP DGT Caisses CNSA	Coordonner les politiques, simplifier les critères	Recommandations déjà exprimées par l'IGAS Obligation législative

Simplifier les dispositifs et assouplir leur usage

32	Etudier la fusion de l'A1location supplémentaire d'invalidité et de l'AAH	DSS DGCS	Simplifier et éviter les inégalités	
33	Retirer la carte d'invalidité des pièces obligatoires à présenter au fisc et envisager sa suppression en la remplaçant d'une part par la carte de priorité et d'autre part par une dématérialisation de l'information auprès du fisc et des bailleurs sociaux, sous réserve du maintien des droits extra-légaux	DGCS CNSA	simplifier	

Lier les chantiers de modernisation des systèmes d'information et de simplification des dispositifs

35	Elargir les chantiers de modernisation des systèmes d'information à une réflexion sur la simplification des dispositifs et aboutir à la notification conjointe de l'AAH par la MDPH et la caisse.	CNAF CCMSA CNSA	Simplifier les dispositifs Aboutir à une notification conjointe	Pilotage et conduite ambitieux du chantier des systèmes d'information
----	---	-----------------------	--	---

CONCLUSION

Le présent rapport se situe dans le cadre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale et de la préparation de la Conférence nationale du handicap de fin 2014.

Comme demandé par le premier ministre, la mission IGAS s'est appuyée sur un groupe de travail représentatif des différents acteurs intervenant dans le champ du handicap (administration, associations, personnes accueillies...).

L'hypothèse des associations, qui ont souhaité la mise en place de cette mission, est que le plan de lutte contre la pauvreté ne propose pas assez d'actions spécifiques au bénéfice des personnes en situation de handicap, estimant que l'action publique en faveur de toutes les personnes pauvres devait comprendre plus d'actions spécifiques aux situations de handicaps. Cette hypothèse n'a pas été totalement confirmée par la mission.

En effet dans de nombreux domaines, accès aux droits, hébergement/logement, politique familiale et petite enfance, inclusion bancaire, les actions mises en place par le plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale s'attachent à prévenir les situations de pauvreté ou à y remédier pour l'ensemble des personnes en situation de pauvreté, sans distinction de statut ou de type de difficulté.

De plus, comme souvent en matière sociale, la mise en place de droits spécifiques pour telle ou telle catégorie de population complexifie parfois l'accès aux droits et augmente les non recours, provoquent des ruptures dans les prises en charge. Cette situation est fréquente pour les personnes en situation de handicap du fait du renouvellement tous les deux ans de certaines prestations provoquant des périodes sans droits. Par exemple, en cas de refus de renouvellement de l'AAH, la personne risque d'être sans ressource et doit procéder à une demande de RSA, dont l'instruction et les bases de calcul différent. La mission s'est donc attachée à concentrer sa réflexion en priorité sur des mesures de simplification de droits ou de simplification de l'accès aux droits et sur des améliorations dans la coordination entre intervenants.

Pour cela deux types de question ont guidé la réflexion de la mission. Ce dispositif comme les lieux d'accueil doit-il être spécialisé pour les personnes en situation de handicap ou organisé dans le cadre commun ? Cette prestation sociale peut elle être simplifiée ou fondue avec une autre se rapprochant ?

La mission constate en effet que la création de la MDPH et du réseau spécifique des Cap Emploi, conçus respectivement comme un guichet unique et un réseau spécifique au bénéfice des personnes en situation de handicap, peuvent aboutir à des situations complexes qui fragilisent leur situation et leur parcours : il en est ainsi du traitement de la situation d'invalidité, relevant des caisses et non des MDPH, du soutien à l'emploi dont les mesures sont divergentes entre travailleurs handicapés du secteur privé et public, malgré un réseau commun de Cap Emploi, et de l'accès au marché du travail qui s'écarte de l'offre de droit commun de Pôle Emploi.

Deux principes ont guidé la réflexion : simplifier autant que possible et rapprocher au maximum le parcours de la personne en situation de handicap du droit commun.

Cette démarche conduit la mission IGAS à faire plusieurs recommandations tendant à la recherche de simplifications des droits comme la fusion entre ASI et AAH ou la suppression de la carte d'invalidité, de l'amélioration de l'accueil physique et pédagogique des travailleurs handicapés dans les organismes de formation et de coordination des acteurs comme le regroupement des accueils de Pôle Emploi et de Cap emploi ou le rapprochement entre l'AGEFIPH et le FIPHPF.

Pour améliorer l'accès aux droits, la mission souhaite qu'un accueil attentif soit réservé aux personnes en situation de handicap dans les dispositifs mis en place par le plan de lutte contre la pauvreté comme les rendez vous des droits organisés par les CAF, les études de l'Observatoire de l'inclusion bancaire ou les points conseils budgets. De même une aide supplémentaire pour avoir accès à une complémentaire santé peut être utile dans certaines situations.

Enfin en général la mission souligne la faiblesse de certaines données statistiques concernant les personnes en situation de handicap et la nécessité d'approfondir les données sur ces populations, notamment leurs dépenses et leurs restes à charge.

Christine ABROSSIMOV

François CHEREQUE

TABLEAU DES RECOMMANDATIONS

Connaissance des revenus et ressources :

N°	Recommandation	Autorité responsable
1	Prendre le décret d'application de l'article L.146-5 du CASF pour déterminer le calcul de restes à charge des personnes handicapées après intervention des fonds départementaux de compensation	DGCS
2	Les institutions et en premier lieu la DREES et l'INSEE doivent inscrire de manière prioritaire dans leur programmation la réalisation d'enquêtes complémentaires aux enquêtes handicap et santé, l'appariement plus systématique des enquêtes sur les revenus fiscaux avec les données administratives et sociales, et l'amélioration de la connaissance des dépenses spécifiques et des restes à charge des personnes en situation de handicap.	DREES INSEE

Accès aux droits

Améliorer la mise en œuvre des dispositifs

3	Mettre à l'étude la possibilité d'instruire de manière simultanée le dossier de demande du RSA lorsque le renouvellement de l'AAH est refusé sans période de rupture de droits entre les deux prestations	CDAPH / CNSA CNAF/CCMSA
4	Faire respecter les délais de traitement de la MDPH maximum à 4 mois et examiner les possibilités de s'aligner sur le droit commun de délai implicite d'acceptation de deux mois pour la carte de priorité et la RQTH	DGCS DGEFP CNSA
5	Lorsque les indus sont imputables à des erreurs de gestion de la CAF ou de la MSA, leur prise en charge ne doit pas pénaliser l'allocataire	DGCS, CNAF, CCMSA
6	Ouvrir la possibilité d'étendre à 5 ans la décision d'attribution de l'AAH en cas de taux d'incapacité entre 50 et 80% sur décision motivée de la MDPH ou dans le cas de personnes en situation de handicap orientée vers un ESAT.	DGCS
7	Notifier de manière conjointe et motivée les décisions de la MDPH et de la CAF/MSA sur le taux d'incapacité et le montant du droit à l'AAH	CNAF , CCMSA CNSA

Appliquer le juste droit

8	Aider au remplissage des dossiers de demande et examiner toutes les prestations potentielles	CNSA
---	--	------

L'accès à l'emploi, le maintien dans l'emploi et la formation

Mieux mobiliser les dispositifs pour rendre effectif l'accès à l'emploi

9	Revoir les conditions, la périodicité et les modalités de renouvellement de la RQTH et mieux articuler avec la RSDAE	DGCS, DGEFP
10	L'Etat doit assurer un pilotage fort de la convention multipartite, désigner des chefs de projet au sein des DIRECCTE et installer les comités régionaux d'ici l'été 2015.	DGEFP, Pole emploi à titre principal Direccte
11	L'AGEFIPH et le FIPHFP doivent assurer les mêmes prestations et services auprès des travailleurs handicapés, quel que soit leur statut, et stabiliser leur offre. Un rapprochement de la gouvernance de ces deux fonds doit être envisagé.	DGEFP AGEFIPH FIPHFP
12	Envisager le rapprochement physique du réseau de Cap emploi avec les agences de Pôle Emploi, dans le but de faciliter l'accès du travailleur handicapé au marché du travail ordinaire	DGEFP Pôle Emploi AGEFIPH FIPHFP
13	Faire le bilan coûts-avantages des principaux dispositifs d'insertion, de l'ingénierie et de la formation des acteurs de l'insertion des personnes en situation de handicap, notamment sur l'expérimentation sur l'employabilité « Potentiel Emploi »	DGEFP DGCS Pôle Emploi AGEFIPH FIPHFP

Améliorer le maintien dans l'emploi

14	Améliorer la connaissance de l'inaptitude au travail afin de mieux prévenir le risque de désinsertion professionnelle	DGT DSS, Caisses de sécurité sociale
----	---	--

Améliorer l'accès à la formation

15	Mieux adapter l'offre des organismes de formation en milieu ordinaire aux besoins logistiques et pédagogiques des personnes en situation de handicap	DGEFP Conseils régionaux AGEFIPH FIPHFP
16	Mettre à l'étude une réforme des conditions de rémunération des stagiaires handicapés	DGEFP Partenaires sociaux Conseils régionaux
17	Inclure dans chaque accord national les volets spécifiques aux travailleurs handicapés	Partenaires sociaux
18	Dans l'attente de l'inclusion dans chaque accord de volets spécifique aux travailleurs handicapés, engager un cadre de réflexion sur un projet d'accord national interprofessionnel sur la formation professionnelle, ainsi que sur les conditions d'extension du contrat de sécurisation professionnelle aux salariés licenciés pour inaptitude	Partenaires sociaux

Hébergement-logement

Développer les solutions de logement accompagné

19	Evaluer les solutions de logement accompagné et en fonction des bilans financiers, sanitaires et sociaux, étudier leur développement	DGCS DIHAL
----	--	---------------

Répondre aux situations critiques

20	Coordonner l'information, créer un système d'information harmonisé de suivi des listes d'attente entre MDPH établissements et suivre les orientations du rapport Denis Piveteau en distinguant les décisions d'orientation souhaitées par la CDAPH, du plan d'accompagnement global possible et opposable	CNSA/ MDPH ARS
----	---	----------------------

Accès à la santé

21	Améliorer la connaissance sur les paniers de soins et les restes à charge en fonction des types de handicap et envisager une augmentation du chèque ACS en fonction de ce reste à charge	Fonds CMU-C DREES DSS
22	Veiller à la mise en œuvre effective des services territoriaux de santé en matière de santé mentale prévue par la loi relative à la santé	Ministère de la santé ARS
23	Veiller à ce que la généralisation de l'obligation de prévoyance collective prévue par la loi sécurisation de l'emploi de juin 2013 n'aggrave pas les difficultés d'embauche ou de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés dans les TPE	Partenaires sociaux,

Enfance et Famille

24	Inclure les droits des personnes en situation de handicap dans les 100 000 rendez vous des droits organisés chaque année par la CNAF.	CNAF
25	Améliorer la connaissance des besoins et des charges des parents et aidants de personnes handicapées, et en particulier la situation des familles mono-parentales ayant un enfant handicapé	DGCS DREES CNSA CNAF
26	Prévoir un accompagnement par le service public de l'emploi pour une reprise ou un changement d'activité de l'aidant : VAE, formation, pris en charge par les organismes financeurs.	DGEFP Partenaires sociaux, Pôle emploi

Inclusion bancaire et lutte contre le surendettement

27	Prévoir dans la programmation de l'Observatoire de l'inclusion bancaire des études sur l'accès au compte et au crédit des personnes en situation de handicap	Observatoire de l'inclusion bancaire : Banque de France
28	Veiller à l'application de la convention AERAS en évitant les pratiques contractuelles discriminatoires (surprimes, refus)	Direction du trésor Fédérations bancaires, mutuelles, assurances
29	Veiller à ce que les points conseils budget répondent aux besoins et préoccupations spécifiques des personnes en situation de handicap: accessibilité, consultation, rappel des règles de non-discrimination	DG Trésor

Gouvernance :

Améliorer la coordination des politiques et harmoniser les critères

30	Elargir le groupe de travail des CPAM sur l'harmonisation des barèmes de pensions d'invalidité à la participation des régimes des indépendants et des MSA	DSS Caisses tous régimes
31	Prendre le décret fixant les conditions de calcul des droits à pension	DSS
32	Etudier le rapprochement des critères d'invalidité, d'inaptitude et de handicap dans une perspective de coordination des politiques d'invalidité, d'inaptitude et de handicap, et déposer un rapport en ce sens au Parlement, conformément à la loi sur les retraites du 9 novembre 2010	DSS DGEFP DGT Caisses CNSA

Simplifier les dispositifs et assouplir leur usage

33	Etudier la fusion de l'A1location supplémentaire d'invalidité et de l'AAH	DSS DGCS
34	Retirer la carte d'invalidité des pièces à présenter au fisc et envisager la suppression de la carte d'invalidité en la remplaçant d'une part par la carte de priorité et d'autre part par une dématérialisation de l'information auprès du fisc et des bailleurs sociaux.	DGCS CNSA

Lier les chantiers de modernisation des systèmes d'information et de simplification des dispositifs

35	Elargir les chantiers de modernisation des systèmes d'information à une réflexion sur la simplification des dispositifs et aboutir à la notification conjointe de la MDPH et de la caisse.	CNAF CCMSA CNSA
----	--	-----------------------

LETTRE DE MISSION

...

*Le Premier Ministre*

0 4 0 0 / 1 4 / 33

Paris, le 11 MARS 2014

Monsieur le Chef du service de
l'inspection générale des affaires
sociales

Objet : Pilotage d'un groupe de travail sur les liens entre handicap et difficultés dans l'accès aux droits et aux ressources.

Le 25 septembre 2013, j'ai réuni le comité interministériel du handicap, pour la première fois depuis sa création en 2009. La feuille de route adoptée par le Gouvernement à cette occasion, ainsi que la circulaire que j'ai signée le 4 septembre 2012, relative à la prise en compte du handicap dans les projets de loi, concrétisent l'ambition présidentielle de faire du handicap une préoccupation générale de l'action du Gouvernement.

Les personnes handicapées sont confrontées à des risques accrus de pauvreté, consécutifs tant aux difficultés d'accès à l'emploi qu'aux dépenses incompressibles liées au handicap (aides techniques, aides humaines, soins, déplacements ...). Elles sont de surcroît davantage exposées à l'isolement.

Au moment où le Gouvernement cherche à garantir l'accès aux droits à toutes les personnes en situation de précarité, il convient de prendre en compte les difficultés spécifiques liées au handicap. C'est là un préalable à la mise en place d'un accompagnement efficace pour les personnes en situation de handicap qui rencontrent des difficultés financières, afin de leur faciliter l'accès aux droits en général, et en particulier l'accès à l'emploi.

C'est pourquoi je souhaite confier à l'inspection générale des affaires sociales une mission relative aux liens entre handicap et difficultés dans l'accès aux droits et aux ressources.

Vos travaux s'appuieront sur un groupe de travail qui dressera un état des lieux et identifiera les difficultés spécifiques rencontrées par les personnes handicapées et en situation de pauvreté, dans les domaines de l'accès à l'information, aux droits sociaux et à l'emploi, dans leurs relations avec les institutions locales et nationales (services déconcentrés de l'État, services des collectivités territoriales, Pôle Emploi, acteurs pertinents de la société civile...). Ces difficultés pourront être présentées en fonction des types de handicap.

Ce groupe devra associer notamment des personnes en situation de handicap et des associations des secteurs du handicap et de la lutte contre l'exclusion.

Au cours de votre mission, vous pourrez solliciter en tant que de besoin les administrations centrales (notamment la direction générale de la cohésion sociale, la direction de la sécurité sociale, la direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) ainsi que la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Vous serez en lien étroit avec la ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre déléguée chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion, avec lesquelles vous organiserez des points d'information réguliers.

Les conclusions du groupe de travail prendront la forme de solutions opérationnelles, qui seront présentées à la Conférence nationale du handicap de 2014. Dès lors, je souhaite que vous me présentiez un premier rapport d'étape début mai 2014, en vue d'une remise d'un rapport définitif fin juillet 2014.



Jean-Marc AYRAULT

REMERCIEMENTS

La mission tient à remercier l'ensemble des personnes qui lui ont apporté leur concours au cours de ses travaux, dont notamment les administrations avec lesquelles elle a pu échanger :

- Delphine CHAUMEL, adjointe à la sous-directrice de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées, DGCS
- Vincent BILLEREY, chef du bureau des minima sociaux, DGCS
- Daniel DELALANDE, chef du bureau de l'accès aux droits, de l'insertion, de l'économie sociale et solidaire, DGCS
- Magda TOMASINI : sous- directrice observation de la solidarité, DREES
- Julie LABARTHE : chef du bureau lutte contre l'exclusion, DREES
- Michèle LELIEVRE, adjointe au chef de bureau lutte contre l'exclusion, DREES
- Delphine ROY, adjointe au chef de bureau handicap, dépendance, DREES

- Et l'ensemble des membres du groupe de travail, réuni à quatre reprises en un temps restreint (cf. infra)

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion

- Ségolène NEUVILLE, Secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion
- Daniel ZIELINSKY, directeur du cabinet (jusqu'en septembre 2014)
- Laurence LEFEVRE, directrice de cabinet (à compter d'octobre 2014)
- Marie-Automne THEPOT, conseillère en charge de la lutte contre l'exclusion
- Delphine PRADY, conseiller technique (jusqu'en septembre 2014)
- Hélène MARIE, conseillère technique (jusqu'en septembre 2014)

Direction générale de la Cohésion Sociale

- Sabine FOURCADE, directrice
- Katia JULIENNE, chef du service des politiques sociales et médico-sociales
- Aude MUSCATELLI, sous-directrice de l'inclusion sociale, de l'insertion et de la lutte contre la pauvreté
- Mayalen IRON, adjointe à la sous-directrice
- Vincent BILLEREY, chef du bureau des minima sociaux
- Nathalie CUVILLIER, sous-directrice de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées
- Delphine CHAUMEL, adjointe à la sous-directrice
- Daniel DELALANDE, chef du bureau SD1B

Direction de la sécurité sociale

- Thomas FATOME, directeur
- Marie-Anne JACQUET, sous-directrice de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail
- Virginie LEHEUZE, chef du bureau prestations familiales et aide
- Géraldine DUVERNEUIL, chef du bureau accès aux soins
- Julie POUGHEON, adjointe au chef de bureau CMU, prestations de santé

Direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle

- Claire DESCREUX, chef de service, adjointe à la déléguée générale
- Marie France CURY, adjointe à la sous directrice des parcours d'accès à l'emploi
- Séverine BAUDOUIN, adjointe au responsable de la Mission emploi des travailleurs handicapés

Direction générale du travail

- Docteur Patricia MALADRY, chef de l'inspection médicale du travail et de la main d'œuvre
- Isabelle TORDJMAN, adjointe

Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques

- Françoise BOUYGARD, directrice
- Philippe ZAMORA, sous-directeur suivi et évaluation des politiques de l'emploi et de la formation
- Bérangère MESQUI, responsable du département formation professionnelle et insertion professionnelle des jeunes
- Sabine BESSIERE, responsable du département métiers et qualifications.

Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement

- Alain REGNIER, délégué (au moment des auditions initiales)
- Marie-Françoise LAVIEVILLE, adjointe au délégué, directrice du pôle hébergement et accès au logement
- Agnès EL MAJERI, conseillère
- Docteur Pascale ESTECAHANDY, coordonatrice nationale du programme « Un chez soi d'abord »

Caisse nationale d'allocations familiales

- Frédéric MARINACCE, directeur des politiques familiales et sociales
- Sylvie VALLEE-LACOUTURE, sous-directrice insertion et cadre de vie
- Sandrine DAUPHIN, responsable du département de l'animation de la recherche et du réseau des chargés d'études
- Carole BELLADONNA, Direction des politiques familiale et sociale, Pôle Solidarités

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

- Luc ALLAIRE, directeur (au moment des auditions initiales)
- Bernadette MOREAU, directrice de la compensation
- Xavier DUPONT, directeur des établissements et services médico-sociaux
- Bernard DESCARGUES, direction de la compensation
- Docteur Frédéric TALLIER, direction de la compensation

Association pour la gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés (AGEFIPH)

- Odile MENNETEAU, présidente
- Pierre-Yves LECLERC, directeur
- Stéphane CLAVE, délégué général

Fonds d'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)

- Jean-Charles WATIEZ, directeur
- Philippe NICOLLE, directeur adjoint
- Ludovic MERCIER, secrétaire général

Fonds CMU

- Vincent BEAUGRAND, directeur
- Raphaëlle VERNIOLLE, directrice adjointe
- Stéphane RUNFOLA, conseiller technique

Conseil national consultatif des personnes handicapées

- Martine CARILLON-COUVREUR, présidente
- Agnès MARIE-EGYPTIENNE : secrétaire générale
- Les membres de la commission plénière, du groupe Compensation et ressources et du groupe Formation et emploi

Défenseur des droits

- Maryvonne LYAZID, adjointe, en charge de la lutte contre les discriminations et la promotion de l'égalité
- Fabien DEHAVANNE, directeur du développement protection de l'accès aux biens et services
- Fabienne JEGU, expert handicap, département expertise affaires judiciaires
- Sarah BENICHO, Cheffe de pôle par interim Promotion des droits et de l'égalité

Personnalités qualifiées

- Denis PIVETEAU, Conseiller d'Etat
- Alain LOPEZ, inspecteur général des affaires sociales
- Patrick GOHET, inspecteur général des affaires sociales, devenu adjoint au Défenseur des droits, en charge de la lutte contre les discriminations et la promotion de l'égalité au 1^{er} octobre 2014
- Fadela AMARA, inspectrice générale des affaires sociales
- Christine BRANCHU, inspectrice générale des affaires sociales

SIGLES UTILISES

AAH	allocation aux adultes handicapés
AEEH	allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AGEFIPH	association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
APL	aide personnalisée au logement
ARS	agence régional de santé
ASE	aide sociale à l'enfance
ASI	Allocation supplémentaire d'invalidité
AT-MP	accidents de travail- maladies professionnelles
CASF	code de l'action sociale et de la famille
CCAS	centre communal d'action sociale
CDAPH	commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CMP	Centre médico-psychologique
CNCPH	conseil national consultatif des personnes handicapées
CNSA	caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM	caisse primaire d'assurance maladie
DDCS/PP	direction départementale de la cohésion sociale/protection de la population
DGCS	direction générale de la cohésion sociale
DGS	direction générale de la santé
DGOS	direction générale de l'offre de soins
DRJSCS	direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DREES	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EA	entreprise adaptée
EMPP	Equipe mobile psychiatrique de proximité
EPE	équipe pluridisciplinaire d'évaluation
ESAT	établissement et service d'aide par le travail
ESMS	établissements et services médico-sociaux
FIPHFP	fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
FNARS	fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
GEM	groupe d'entraide mutuelle
IME	Institut médico-éducatif
IMPro	institut médico-professionnel
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
MDPH	maison départementale des personnes handicapées
PASS	permanence d'accès aux soins de santé
PCH	prestation de compensation du handicap
PRITH	plan régional d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés
RQTH	reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
RSDAE	restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi
SAMETH	service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
SAMSAH	service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SESSAD	service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SipaPH	système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées
UNAFAM	union nationale des amis et familles de malades mentaux
UNAPEI	Union nationale des associations de protection de l'enfance inadaptée

ANNEXE 1

PARTICIPANTS AU GROUPE DE TRAVAIL HANDICAP ET PAUVRETE

Réunions du 6 mai, 27 mai, 17 juin et 30 septembre 2014

Institution	Nom
Comité Alerte	Bruno GROUES, conseiller spécial du DG UNIOPSS
Samu social de Paris	Catherine SELIER, directrice hébergement logement SSP
Médecins du monde	Docteur Serge LIPSKI, administrateur Jean-François CORTY, directeur des missions France
ANDASS	Étienne PETITMENGIN, trésorier ANDASS, directeur adjoint CG 25
UNAFAM	Bruno VOYER, administrateur
APF	Patrice TRIPOTEAU, directeur général adjoint Véronique BUSTREEL, conseillère nationale travail-emploi
Pôle emploi	Claude GORGES, DG Pôle emploi, directrice du partenariat, de la territorialisation et des relations extérieures Isabelle VELASCO, directrice Pôle emploi handipass - Paris
Cap Emploi 91	Bruno GROLLIER, directeur
MDPH 80	Brigitte GODARD, Directrice MDPH 80
Fonds CMU	Vincent BEAUGRAND, Directeur Raphaëlle VERNIOLLE, directrice adjointe Stéphane RUNFOLA
CNAF	Sylvie VALLEE-LACOUTURE, sous-directrice insertion et cadre de vie Carole BELLADONNA, conseiller technique Alexandra DURAND
CAF 49	Patrick GUERY, directeur CAF Maine et Loire
CCMSA	Franck DARTY, responsable du Département Accompagnement et Développement Social Jean-François MERLIER, chargé de mission "handicap", Direction du Développement Sanitaire et Social
CPAM 33	Brigitte AZCOITIA, sous directrice Offre de service, département santé
CCAS Plerin sur mer	Marie-Claude OLIVE, directrice
ADF	André MONTANE, Bureau ADF, VP CG08, président FIPHP

CCPA	Liema PHILOMENE Thierry RENAUT, CCPRA Picardie
FNARS Languedoc-Roussillon	Sarah KEBIR, CCPRA Languedoc-Roussillon
DGCS	Delphine CHAUMEL, adjointe sous direction de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées. Vincent BILLEREY, Chef de bureau des minima sociaux Ronan LHERMENIER, adjoint Daniel DELALANDE, chef du bureau SD1B Clara PAOLINI, chargé de mission SD1B

ANNEXE 2 :
LETTRE DU COMITE D'ENTENTE AU PREMIER
MINISTRE DU 27 MARS 2014

Comité d'Entente des Associations Représentatives de Personnes Handicapées et de Parents d'Enfants Handicapés

Membres adhérents :

(GRANDE CAUSE NATIONALE 2003)

A.D.E.P.
A.F.A.F.
A.F.E.H.
A.F.M.
A.F.P.
A.F.S.E.P.
A.L.I.S.
A.M.I.
A.N.C.C.
A.N.P.E.A.
A.N.P.E.D.A.
A.N.P.I.H.M.
A.N.P.S.A.
A.N.R.H.
A.P.F.
A.S.B.H.
A.T.H.A.R.E.P.
Autisme France
BUCODES
C.E.S.A.P.
C.F.P.S.A.A.
C.H.A.
C.L.A.P.E.A.H.A.
C.N.A.P.E.
Epilepsie France
F.A.G.E.R.H.
F.F.A.S.B.
Fédération des Apajh
Fédération Française Sésame Autisme
F.F.A.I.M.C.
F.F.Dys
F.F.G.P.
F.F.H.
F.F.S.A.
F.M.H.
F.N.A.F.
F.N.A.M.O.C.
F.N.A.P. P.S.Y.
F.N.A.S.E.P.H.
F.N.A.T.H.
F.N.D.V.
France Acouphènes
G.I.H.P. national
Handicap International
Hypersupers - T.D.A.H. France
l'A.D.A.P.T.
Mutuelle Intégrance
Pro Aid Autisme
Trisomie 21 France
U.N.A.F.A.M.
U.N.A.F.T.C.
Unapei
U.N.A.P.H.
U.N.I.O.P.S.S.
U.N.I.S.D.A.
Vaincre la Mucoviscidose

Membres associés :

AIRe
Alliance Maladies Rares
A.N.E.C.A.M.S.P.
Coridys
Droit au savoir
Entraide Universitaire
Eucrea France
Fédération Générale des PEP
F.I.S.A.F.
G.P.F.
l'Arche en France
UNEA
U.N.I.T.H.

Monsieur Jean-Marc AYRAULT
Premier ministre
Hôtel de Matignon
57, rue de Varenne
75007 PARIS

Paris, le 27 mars 2014.

Monsieur le Premier ministre,

Oubliées des travaux et de la feuille de route gouvernementale de la Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, occultées lors du Conseil interministériel du handicap, les questions de pauvreté et de ressources des personnes handicapées figuraient enfin dans la feuille de route du 25 septembre dernier. Le relevé de décision du CIH annonçait la mise en place d'un groupe de travail animé par l'IGAS chargé d'étudier les phénomènes de précarité des personnes handicapées à travers « l'évaluation des difficultés, notamment financières, des personnes handicapées en situation de précarité et l'identification des freins spécifiques dans l'accès aux droits sociaux ».

Les associations représentatives des personnes en situation de handicap et de leurs familles attendaient avec impatience que cette question arrive à l'agenda gouvernemental. Or c'est avec stupéfaction que nous constatons la limite des ambitions portées par la mission que vous avez confiée à Monsieur François Chérèque et à Madame Christine Abrossimov.

Les délais impartis à la réalisation de la mission et la délimitation d'un périmètre réduit aux difficultés d'accès aux droits existants ne permettent pas, selon nous, d'atteindre l'objectif fixé initialement par le CIH qui tendait à « évaluer » la pauvreté des personnes handicapées.

Qu'attendre de débats aussi strictement délimités, de conclusions et de « solutions opérationnelles » qui semblent davantage s'apparenter à une recherche de mesures d'ajustement qu'à une amélioration effective et durable de la situation des personnes en situation de handicap ?

Comité d'Entente des Associations Représentatives de Personnes Handicapées et de Parents d'Enfants Handicapés

Membres adhérents :

(GRANDE CAUSE NATIONALE 2003)

A.D.E.P.
A.F.A.F.
A.F.E.H.
A.F.M.
A.F.P.
A.F.S.E.P.
A.L.I.S.
A.M.I.
A.N.C.C.
A.N.P.E.A.
A.N.P.E.D.A.
A.N.P.I.H.M.
A.N.P.S.A.
A.N.R.H.
A.P.F.
A.S.B.H.
A.T.H.A.R.E.P.
Autisme France
BUCODES
C.E.S.A.P.
C.F.P.S.A.A.
C.H.A.
C.L.A.P.E.A.H.A.
C.N.A.P.E.
Epilepsie France
F.A.G.E.R.H.
F.F.A.S.B.
Fédération des Apajh
Fédération Française Sésame Autisme
F.F.A.I.M.C.
F.F.Dys
F.F.G.P.
F.F.H.
F.F.S.A.
F.M.H.
F.N.A.F.
F.N.A.M.O.C.
F.N.A.P. P.S.Y.
F.N.A.S.E.P.H.
F.N.A.T.H.
F.N.D.V.
France Acouphènes
G.I.H.P. national
Handicap International
Hypersupers - T.D.A.H. France
l'A.D.A.P.T.
Mutuelle Intégrance
Pro Aid Autisme
Trisomie 21 France
U.N.A.F.A.M.
U.N.A.F.T.C.
Unapei
U.N.A.P.H.
U.N.I.O.P.S.S.
U.N.I.S.D.A.
Vaincre la Mucoviscidose

Réduire la pauvreté et la précarité des personnes en situation de handicap à des questions d'accès aux droits, c'est à notre sens, minorer la situation réelle et éluder la réalité vécue par plus de deux millions de personnes en situation de handicap pour lesquels la question de la vie quotidienne et du pouvoir d'achat mérite une attention soutenue.

Nous souhaitons que dans le cadre de la concertation ouverte largement au sein du groupe de travail, l'ensemble des questions puisse être abordé, y compris l'examen des niveaux et périmètres des aides et contraintes existantes.

Nous vous prions de recevoir, Monsieur le Premier ministre, l'assurance de notre très haute considération.

(Les noms des signataires de ce courrier figurent en page suivante).

Copie :

Madame Marie-Arlette Carlotti, Ministre chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion ;

Monsieur Michel Sapin, Ministre du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social ;

Madame Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé.

Membres associés :

AIRe
Alliance Maladies Rares
A.N.E.C.A.M.S.P.
Coridys
Droit au savoir
Entraide Universitaire
Eucrea France
Fédération Générale des PEP
F.I.S.A.F.
G.P.F.
l'Arche en France
UNEA
U.N.I.T.H.

Jean-Louis GARCIA
Président de la Fédération des APAJH



Alain ROCHON
Président de l'APF



Henri FAIVRE
Président du CLAPEAHA



Philippe CHAZAL
Président de la CFPSAA



Louis BONET
Président du GIHP National



Philippe CHARRIER
Président de l'Unafam



Christel PRADO
Présidente de l'UNAPEI



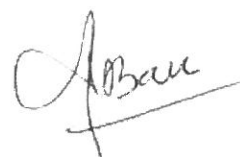
Cédric LORANT
Président de l'UNISDA



Arnaud de BROCA
Secrétaire Général de la FNATH



Michèle BARON
Présidente de la FFAIMC



ANNEXE 3 :
COMPTES RENDUS
DU GROUPE DE TRAVAIL HANDICAP ET
PAUVRETE, REUNI LE 6 MAI, 27 MAI, LE 17 JUIN
ET LE 30 SEPTEMBRE 2014



GROUPE DE TRAVAIL HANDICAP ET PAUVRETE

COMPTE-RENDU DE LA REUNION DU 6 MAI 2014

➤ OBJECTIFS DU GROUPE DE TRAVAIL :

Le Premier ministre a confié à François Chérèque et Christine Abrossimov une mission sur l'évaluation des difficultés des personnes en situation de cumul de handicap et de précarité et l'identification des freins spécifiques qu'elles rencontrent dans l'accès à l'information, aux droits sociaux et à l'emploi.

Cette mission est complémentaire de l'évaluation du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté. Elle s'appuie sur le présent groupe de travail, chargé de préciser le périmètre de l'accès aux droits, à l'information et à l'emploi, en distinguant si nécessaire les types de handicap, afin de mieux identifier les types de difficultés rencontrées par les personnes en situation de cumul de handicap et de pauvreté et leur spécificité par rapport aux personnes non exposées au handicap.

Le groupe recueillera les attentes, les bonnes pratiques et proposera des pistes d'action.

A l'issue de ces échanges avec le groupe de travail et avec des responsables et institutions nationaux, la mission remettra un rapport contenant des solutions opérationnelles en vue de la prochaine conférence nationale du handicap prévue en fin d'année 2014.

1 LE CONTEXTE DE LA MISSION PAR RAPPORT AU SUJET DES RESSOURCES DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Mr Tripoteau, directeur général adjoint de l'APF, porte parole du comité d'entente, fait part d'un courrier remis le 27 mars au premier ministre regrettant que le périmètre confié à la présente mission n'inclut pas spécifiquement le thème des ressources. Se référant au relevé de décision du CIH du 25 sept 2013, le comité aurait souhaité que la mission englobe le sujet des difficultés, notamment financières, et qu'elle dépasse le cadre du droit constant (cf PJ). Il rappelle la sensibilité des acteurs concernés au problème du pouvoir d'achat des personnes en situation de handicap : dégradation du pouvoir d'achat, réduction des plans d'aide. Mr Renault, membre du CCPRA, souligne à cet égard l'écart entre le niveau de l'AAH et le seuil de pauvreté.

Mr Chérèque introduira l'état des lieux disponible sur les ressources dans le rapport ainsi que la situation vis-à-vis de l'emploi, mais rappelle que ce sujet ne fait pas partie explicite de la mission qui lui a été confiée. Celle-ci est centrée sur les difficultés d'accès aux droits, à l'information et à l'emploi des personnes exposées au cumul du handicap et de la pauvreté.

Il souhaite en revanche élargir à l'ensemble des thèmes sensibles identifiés dans le plan de lutte contre l'exclusion et examiner les difficultés, blocages, mais aussi les solutions, spécifiques aux personnes en situation de handicap et de précarité. Le plus souvent, il s'agit d'examiner l'écart entre la prescription et la réalité, en reprenant les 7 thèmes du plan de lutte contre la pauvreté.

Le groupe a identifié les difficultés liées aux 7 thèmes suivants :

- L'accès aux droits ;
- L'accès à la santé ;
- L'accès à l'emploi
- L'enfance et famille
- L'hébergement et le logement
- L'inclusion bancaire
- La gouvernance.

1.1 L'accès aux droits

Selon le groupe de travail, les personnes en situation de handicap et de pauvreté rencontrent les difficultés particulières suivantes :

- des risques de ruptures de droits à l'AAH et/ou de délais de carences, lorsque l'allocataire a dépassé le délai de renouvellement. Dans ce cas le droit à l'AAH expire et la personne doit remplir un nouveau dossier pour obtenir de nouveau un droit. Il est fréquent que des dossiers soient remis en retard, notamment de la part de personnes ayant des problèmes psychiques. Aucun délai ni aucune rétroactivité n'existent plus depuis la réforme de l'AAH, qui a par ailleurs institué un renouvellement du dossier tous les 2 ans au lieu de 5 auparavant ;
- l'insuffisance du droit à compensation des surcoûts induits par les dépenses liées au handicap ;
- les difficultés de mobilité et d'accès physique aux services publics ;
- les difficultés liées à la fracture numérique : l'accès à l'information des services publics et le traitement des dossiers en ligne, qui sont mal adaptés aux personnes en situation de handicap ;
- la méconnaissance par la CAF de la nature du handicap déclenchant l'octroi de l'AAH. La CAF se prive ainsi d'éléments d'informations essentiels qui lui permettrait de mieux adapter sa communication au type de handicap, notamment les courriers d'avertissement aux allocataires 6 mois avant l'échéance du renouvellement.

Pour la prochaine réunion, sont à approfondir, sous réserve d'autres suggestions des membres du groupe :

- le sujet des fréquences de renouvellement de l'AAH, sans rétroactivité et provoquant des risques de rupture et des surcharges de démarches : à examiner au regard des conclusions de la mission IGAS/SGMAP sur l'AAH ;
- le rapprochement avec la mission pilotée par Denis Piveteau sur le droit à un parcours sans rupture pour les personnes handicapées.

1.2 L'accès à la santé

Le groupe de travail a relevé les difficultés suivantes :

- les personnes en situation de handicap psychique sont confrontées à l'insuffisance de l'offre médicale, voire de déserts médicaux en matière psychiatrique ;

- les allocataires AAH dépassent le seuil pour bénéficier de la CMU-C mais peuvent être éligibles à l'ACS, alors que le recours à celle-ci représente une démarche volontaire supplémentaire et des modalités peu accessibles pour certaines personnes en situation de handicap. Constatant qu'il y a un fort taux de non-recours à l'ACS, est évoquée la possibilité de rendre éligibles les allocataires AAH à la CMU-C), même si ceux-ci dépassent le seuil ;

Cf quelques précisions apportées par Me Verniolle, Fonds-CMU :

Le montant de l'AAH est situé au-dessus du plafond d'attribution de la CMU-C (ils peuvent néanmoins y prétendre dans l'hypothèse où leur AAH est minorée en cas d'hospitalisation ou de séjour en maison d'accueil spécialisée).

Seuls ceux ne bénéficiant pas du complément de ressources sont éligibles à l'ACS (les autres dépassent le plafond).

Mais quel que soit le cas de figure, le montant de l'AAH perçu ne préjuge pas de l'éligibilité ou non aux dispositifs car les ressources du couple peuvent être situées au-dessus des plafonds de l'ACS.

Le Fonds CMU avait réalisé à l'attention des MDPH et des CAF, une affiche de sensibilisation spécifique sur l'ACS à l'attention des allocataires de l'AAH. Il faudrait s'assurer que cette plaquette d'information spécifique a été effectivement mise à disposition des organismes concernés.

- l'accès à l'AME pour les personnes handicapées étrangères.

Pour la prochaine réunion, seront évoqués les sujets suivants :

- Examen de la disparité de la présence médicale spécialisée en psychiatrie par département ;
- Rapprochement avec le projet de SNS concernant la santé mentale, dont l'échéance est reportée en janvier 2015.

1.3 L'accès à l'emploi

Le groupe de travail a relevé les difficultés suivantes :

- la difficulté d'accéder à la reconnaissance des droits à pension d'invalidité ;
- les difficultés de mobilité liées à la prise en charge du transport. L'aide forfaitaire et unique de l'AGEFIPH à la mobilité est de 4000€. Si l'entreprise n'a pas d'accord spécifique pour ce type de salarié, la personne handicapée peut prétendre au mieux à 4000 € pour l'aide à la mobilité. C'est un frein à l'emploi ;
- les difficultés de maintien dans l'emploi pour les personnes licenciées pour inaptitude : ce phénomène des licenciements pour inaptitude est très important pour les personnes handicapées. Cette procédure entraîne par ailleurs des démarches multiples entre plusieurs acteurs, PE, Cap emploi, MDPH, facteur de lourdeur et d'inefficacité.

Pour la prochaine réunion, les difficultés d'accès à l'emploi des personnes en situation de cumul de handicap et de pauvreté seront plus spécialement développées.

1.4 Enfance et famille

Les difficultés particulières des enfants handicapés relevées par le groupe de travail sont de fait concentrées au niveau des parents :

- les parents d'enfants handicapés sont confrontés aux difficultés d'accès aux droits et à l'information ;
- par ailleurs ils sont exposés à des difficultés d'accès à l'emploi et connaissent des situations d'emploi précaire du fait des soins et du temps consacrés à l'aide aux enfants.

1.5 L'accès à l'hébergement et au logement

Le groupe de travail a relevé trois types de difficultés :

- l'accès à l'hébergement d'urgence est mal adapté aux personnes handicapées psychiques ;
- les difficultés d'hébergement ou de logement des personnes handicapées trop souvent résolues par l'accueil en institution médicalisée plutôt qu'en logement adapté, ce qui n'est pas une réponse satisfaisante et coûte relativement plus cher ;
- enfin, les personnes handicapées se heurtent à l'insuffisante mise aux normes des équipements des logements.

1.6 L'inclusion bancaire

Le groupe a relevé un problème spécifique d'accès au crédit pour les personnes en situation de handicap.

Les sujets relatifs aux difficultés d'inclusion bancaire sont à développer pour la prochaine réunion.

1.7 La gouvernance

L'intervention de plusieurs acteurs entraîne la complexité dans l'accès aux droits et des risques de rupture ou à l'inverse d'indus à reverser : segmentation des dossiers, des SI, multiplication des types de reconnaissance, empiement ou succession des personnes référentes.

- La subrogation entre la CAF et MDPH concernant les prestations de AEEH et la PCH (allocations d'éducation enfant handicapé et prestation de compensation du handicap) permet d'éviter le reversement d'indus. En effet les parents peuvent choisir entre l'AEEH et la PCH. Le versement de l'AEEH est maintenu le temps de l'instruction de la PCH mais peut induire de gros indus à reverser. La subrogation permet d'éviter ces reversements. Mais elle repose sur des conventions locales (exemple du Maine et Loire et de la Somme).
- Par ailleurs, les renouvellements d'AAH comportent des risques de rupture ou d'indus :
 - o Des ruptures de droit : si la personne dépose un dossier au-delà de l'échéance, (par exemple la personne est en fin de droits en mars la personne dépose un dossier en mai son ouverture de droits débutera en juin, elle aura perdu 2 mois). Il n'y a pas de rétroactivité même si elle était bénéficiaire depuis 10 ans de la prestation ;
 - o Pour pallier ce risque, la CAF envoie des dossiers de renouvellement six mois avant l'échéance, et pour sa part, dès que la MDPH a réceptionné la demande de renouvellement, elle signale à la CAF l'ouverture de l'instruction de la demande par la CDAPH afin que le versement soit maintenu le temps de l'instruction. Mais si la CDAPH

décide in fine de ne pas renouveler l'AAH, la personne aura des indus à reverser, pouvant atteindre 4 mois de mensualités.

Enfin, les MDPH ne peuvent transmettre au CAF leurs décisions dématérialisées car leur système d'information ne peut récupérer les données de la CAF directement, ceci est dommageable pour les personnes car cela ralentit le paiement des prestations.

Par ailleurs, le groupe relève le manque d'articulation entre les problématiques médicales, sociales et d'insertion professionnelle relevant d'acteurs différents (MDPH / CCAS, ARS / CG). Ce manque d'articulation est cause de rupture dans les parcours des personnes.

2 PUBLICS CONCERNES : DISTINCTION SUIVANT LES TYPES ET LES SITUATIONS DE HANDICAP

2.1 La spécificité du handicap psychique

Le groupe a souligné la spécificité du handicap psychique par rapport aux autres types de handicap.

Le handicap psychique est facteur de précarité sur la plupart des volets ; les personnes souffrant de handicap psychiques sont les plus fragiles, aucune institution ne s'en occupe. Un fou sans amis ni famille aboutit à la rue et a le sentiment d'abandon. On estime à 10% de la population les personnes en souffrance psychique, dont 4% grave. Pour ce type de handicap, l'apport d'un accompagnant pour l'exercice des droits est indispensable : « la prothèse du handicapé psy c'est l'accompagnant ».

Il est rappelé que le sujet de la précarité liée au handicap psychique a été évoqué dans le premier rapport d'évaluation du plan de lutte contre la pauvreté et reporté dans la SNS, qui a effectivement pris en compte le sujet spécifique de la santé mentale. Les travaux du groupe de travail, dès lors qu'ils sont argumentés (illustrés, mesurés, objectifs) doivent venir à l'appui de ces travaux.

2.2 Les autres situations de handicap

Le groupe a évoqué la spécificité des situations de handicap suivantes :

- Les personnes handicapées sans papier et notamment leur difficulté d'accès à l'AME et à l'hébergement ;
- Le handicap dans les DOM, dont la gravité de la situation a été soulignée ;
- Les personnes handicapées vieillissantes ;
- Les personnes handicapées sous main de justice, en détention ou sortant de prison.

3 SUITE DES TRAVAUX

La mission souhaite recueillir de la part des membres du groupe de travail des suggestions, des compléments ou des corrections au relevé de décision ci-dessus en :

- distinguant parmi les difficultés celles qui affectent plus spécifiquement les personnes handicapées et aggravent la pauvreté ou la précarité de celles-ci, par rapport à celles éprouvées par l'ensemble des personnes en situation de précarité
- précisant, illustrant, le cas échéant en mesurant ou chiffrant ce qui est avancé afin de renforcer l'argumentation et d'apporter la preuve.

Prochaines réunions :

- **Mardi 27 mai 2014, 14h30-17h00 --> de 14 h 30 à 17h30, même adresse, salle 2166 R ;**
- **Mardi 17 juin 2014, 14h30-17h00 --> de 14h30 à 17h30, même adresse, salle 3272 R.**

*François Chérèque
Christine Abrossimov*

*vous renouvellent leurs remerciements pour vos contributions, à transmettre si possible
préalablement à la prochaine réunion, et vous donnent rendez-vous au 27 mai*



GROUPE DE TRAVAIL HANDICAP ET PAUVRETE

COMPTE-RENDU DE LA REUNION DU 27 MAI 2014

1 RESUME DE LA PREMIERE REUNION DU GROUPE (6 MAI 2014 - CF CR)

Au début du rapport figureront les données disponibles sur les ressources et la situation vis-à-vis de l'emploi.

Parmi les types de handicap, a été particulièrement soulignée la spécificité des personnes en situation de handicap psychique.

Les sujets évoqués reprennent les différents volets retenus pour le Plan de lutte contre la pauvreté :

1.1 Accès aux droits

La création de la MDPH par la Loi du 11 février 2005 correspond à la volonté de concevoir un guichet unique, situation a priori favorable pour la population handicapée par rapport aux autres populations fragiles.

Mais des critiques ont été soulevées de la part du groupe :

- ruptures de droits, en particulier lors de renouvellement de l'AAH.
- durée de traitement en CDAPH : les durées trop longues n'engendrent-elles pas des risques accrus de paiements d'indus (lorsque la CDAPH in fine se prononce contre le renouvellement de l'AAH) ? (à revoir avec la CNSA)
- contrainte des renouvellements de l'AAH réduits à 2 ans (contre revalorisation) depuis la Loi Blanc du 28 juillet 2011.
- Y a-t-il un sujet spécifique de non-recours aux prestations pour les personnes en situation de handicap ? (à vérifier).

1.2 Accès à la santé

Ont été évoqués les sujets suivants :

- l'accès à la CMU-C ou à l'ACS, et l'assouplissement éventuel des règles d'accès pour les personnes en situation de handicap afin de réduire les risques de précarité et de non-recours ;
- Accès à l'AME pour les personnes handicapées étrangères
- L'offre médicale en psychiatrie qui peut être insuffisante, ou mal coordonnée avec les mdph.

1.3 Accès à l'emploi

Ont été évoquées lors de la première réunion du 6 mai :

- Les difficultés d'accès à la pension d'invalidité
- Les insuffisances de l'aide à la mobilité.

Le sujet de la formation est développé ci-dessous. Il est évoqué sous ses différents angles (rémunération, accès, offre...), ainsi que les renouvellements RQTH. Y a-t-il des problèmes similaires à ceux évoqués pour les renouvellements de l'AAH ? Le sujet est développé ci-dessous.

1.4 Accès au logement et inclusion bancaire

Ces sujets seront développés lors de la prochaine et dernière réunion du 17 juin.

1.5 Famille enfance

Ont été évoqués le sujet de l'accès à l'emploi des parents d'enfants handicapés. Un RV avec le Défenseur des droits est en cours.

- Quels enseignements à tirer de l'enquête du Collectif inter-associatif d'aide aux aidants familiaux (CIAAF) sur les difficultés d'accès à l'emploi des aidants.

1.6 Gouvernance

Compléments éventuels aux remarques formulées lors de la première réunion. La coexistence de l'Agefiph et FIPHFP est-elle transparente pour l'utilisateur ?

2 ACCES A L'EMPLOI, MAINTIEN DANS L'EMPLOI, ACCES A LA FORMATION

2.1 L'accès à l'emploi et le maintien dans l'emploi

- Sur la base du document de travail remis et commenté par Mr Grollier, Cap Emploi 91 (cf PJ), sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap à l'emploi, est soulignée l'importance de l'orientation et du suivi des personnes en situation de handicap par des équipes pluridisciplinaires. Dans les Yvelines il existe un maillage infradépartemental ; « coordination handicap local » (CHL), porté par des associations et travaillant de manière étroite avec Cap emploi et la MDPH au rythme d'une réunion par semaine.

- Dans la Somme : Cap Emploi participe à une équipe pluridisciplinaire, réunie chaque semaine à la MDPH, où est échangé un tableau de bord commun sur les suivis des personnes.

- Les participants constatent un retrait de dispositifs d'accompagnement de certaines populations en situation de handicap : notamment l'Aide à l'insertion professionnelle pour les jeunes versée par l'Agefiph. Ils regrettent la succession des dispositifs qui signifient le plus souvent multiplication d'intervenants, lourdeur d'ingénierie et perte d'expertise, mais surtout ruptures dans les parcours.

- La question est posée de savoir si l'ARS ne pourrait pas prendre en charge l'accueil et l'insertion des jeunes handicapés issus d'établissements spécialisés.

- Les difficultés particulières des bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (BOETH) allocataires de l'ASS, accueillis par Cap Emploi sont soulignées. Contrairement aux bénéficiaires de l'AAH ou du RSA, les bénéficiaires de l'AAH n'ont pas d'accompagnement et de suivi par le CG (RSA) ou par la MDPH (AAH) et sont plus exposés à la précarité.

- Le médecin du travail n'est pas toujours sollicité à temps. Mauvais aiguillage de la personne vers l'invalidité, alors qu'on pourrait éviter le licenciement pour inaptitude au travail et l'orientation vers l'invalidité.

- Enfin, il est signalé la perte des droits à l'AAH en cas d'obtention d'un travail à temps partiel.

En résumé on constate des inégalités d'accès aux droits par les personnes en situation de handicap en fonction des statuts : RSA, AAH ou ASS ou en fonction des territoires.

La MDPH ne remplirait pas sa fonction de guichet unique, ne serait-ce que par la coexistence de caisses de sécurité sociale qui gèrent les pensions d'invalidité.

La sous-directrice de la CPAM de Bordeaux fait état d'un dispositif conjoint avec la CARSAT visant à prévenir les risques de désinsertion professionnelle et qui permet de résoudre une partie de ces problèmes (document à transmettre et commenter).

Le président du FIPHFP rappelle la mise en œuvre d'une étude sur l'employabilité, conduite avec la CNSA, la DGCS et le SGMAP, que le FIPHFP finance à hauteur de 8 M€. Il s'agit d'établir un dossier d'instruction pour l'employabilité, adapté en fonction des profils et qui permet une préorientation fine.

2.2 L'accès à la formation :

Selon les participants, l'accès à la formation serait globalement difficile et découragerait les reconversions.

Il est souhaité une meilleure répartition entre :

- des centres de reclassement professionnel (CRP) spécialisés pour l'accueil des personnes en situation de handicap, peu répandus et dont les critères d'accès sont très stricts :
- et des centres de formation banalisés mais mieux adaptés à l'accueil des personnes en situation de handicap, conformément à l'obligation légale d'accessibilité des établissements publics.

-

A cet égard, il est signalé la possibilité d'inclure dans les projets régionaux d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH) des actions sous la responsabilité des ARS, ou bien des aides de l'Agefiph pour mettre à disposition un accompagnant ou installer des équipements ou du matériel spécifique en milieu ordinaire.

Le groupe partage l'intérêt de privilégier l'offre de formation de droit commun, avec les aides de l'Agefiph.

Par ailleurs, les personnes en situation de handicap demandent des formations à temps partiel, ce qui est rarement dispensé.

Le problème de la prolongation du séjour des jeunes après 25 ans en IMPRO (amendement CRETON de 1989), qui dessert les familles et les jeunes, est rappelé. Dans la Somme est hébergée en IMPRO une personne de 38 ans.

La crainte de perdre le bénéfice de l'AAH si l'on suit une formation, fréquemment ressentie et qui peut constituer un frein à s'engager dans une formation, est démentie par la DGCS.

Plus globalement, il est signalé un besoin de sensibilisation des managers et de l'appareil de formation à la situation du handicap.

De même, la spécificité de la formation initiale des personnes en situation de handicap est rappelée, l'obligation scolaire ne datant que de la loi de 2005. D'où la nécessité d'un effort particulier d'accompagnement en formation des personnes en situation de handicap (VAE, CFA...) qui n'ont pu dans leur jeunesse acquérir de compétences initiales suffisantes.

3 L'ACCES AUX DROITS

3.1 Calcul et renouvellement de l'AAH

La CNAF (Carole Belladonna, conseillère technique) présente :

le calcul du montant de l'AAH, qui diffère en fonction du statut, de l'activité ou de la perception d'une pension d'invalidité (fiche CNAF en cours) ;

le processus de renouvellement : la CNAF procède à une avance sur droit supposé si la personne dépose sa demande avant l'échéance des deux ans, réduite de la durée estimée de l'instruction de la CDAPH. Dans certaines MDPH cette durée peut atteindre plus d'un an. Sinon le droit est suspendu. Il est rappelé que la MDPH de la Somme estime à une centaine les personnes en rupture de droits (sur 3000 personnes gérées).

La possibilité d'instruction du RSA accéléré ou simultané si AAH refusé par CDAPH est à nouveau évoquée.

La CNAF préconise une seule notification conjointe de la MDPH et de la CAF vis-à-vis du bénéficiaire, qui peut recevoir de la CDAPH la notification d'un taux d'incapacité ouvrant droit à l'AAH mais qui quelques temps après peut recevoir de la CAF un droit ... de montant nul, celui-ci étant différentiel et calculé sur les revenus du foyer.

Enfin, la possibilité d'instruction du RSA accéléré ou simultané si AAH refusé par CDAPH est à nouveau évoquée.

3.2 Dématérialisation des échanges entre mdph et caf.

Les CAF transmettent régulièrement à la CNAM qui reroute aux CPAM la liste des bénéficiaires potentiels de l'ACS. Cela permet une prospection de nouveaux ayants droit de la part de la CPAM, et qui pourrait a priori faciliter l'automatisation de l'instruction à l'ACS.

3.3 CMU-C et ACS :

La problématique du recours à la CMU-C et à l'ACS a été à nouveau évoquée sous l'angle de l'accès aux droits : compte-tenu des dépenses de soins spécifiques aux personnes en situation de handicap, l'orientation vers une ACS spécifique peut être expertisée, en comparaison du contenu du panier de soins de la CMU-C.

4 PROCHAINE SEANCE :

La mission souhaite recueillir de la part des membres du groupe de travail les documents, notes ou données à l'appui des propos évoqués lors de la présente séance, et plus particulièrement :

- Les données sur les bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés en fonction de la nature des ressources (AAH, autre minima social) -> Me Gorges, Pôle Emploi ;
- Données sur les cumuls des minima sociaux -> Mr Billerey, DGCS ;
- Fiches sur le calcul et le renouvellement de l'AAH – CNAF-> Me Belladonna, CNAF ;
- Les processus d'accès aux pensions d'invalidité et les risques de précarité/ruptures -> Me Velasco, Pôle Emploi ;
- Les processus de renouvellement de la RQTH – Me Godard, MDPH 80 ;
- Le projet d'échange d'informations entre CPAM 33 et CARSAT d'Aquitaine – Me Azcoita, CPAM 33
- Les résultats de l'enquête du Collectif inter-associatif d'aide aux aidants familiaux (CIAAF) sur les difficultés d'accès à l'emploi des aidants -> Me Godard, MDPH 80
- Point sur les prestations CMU-C et ACS au regard des dépenses spécifiques des personnes en situation de handicap -> Fonds CMU.



GROUPE DE TRAVAIL HANDICAP ET PAUVRETE

COMPTE-RENDU DE LA REUNION DU 17 JUIN 2014

François Chérèque remercie les participants ayant surmonté les difficultés de transport en commun pour se rendre à cette troisième réunion du groupe de travail handicap.

Dans la perspective d'un échange avec les directions d'administration centrale et de la remise d'un projet d'étape à la secrétaire d'Etat Me Ségolène Neuville à la mi-juillet, il présente et soumet à discussion les constats sur les thèmes traités jusqu'à ce jour par le groupe (accès aux droits, accès à l'emploi, accès à la santé).

1.1 Sur l'accès aux droits

- ☐ Les délais d'instruction par la MDPH sont longs, ils provoquent des ruptures de droits ou les indus et fragilisent la sécurisation des parcours
- ☐ La réduction de la validité à 2 ans de l'AAH est d'application difficile : surcharge pour les MDPH, difficulté à respecter les échéances pour les demandeurs. Elle provoque là aussi les ruptures de droits. Le constat est similaire pour la RQTH
- ☐ Les refus de droit à l'AAH à l'issue de l'instruction de la CDAPH obligent le demandeur à constituer un nouveau dossier de demande de RSA, également source de ruptures de droit
- ☐ Les demandes sont exprimées tardivement ou sont incomplètes, ce qui fragilise la sécurisation des parcours
- ☐ Le niveau des ressources des PSH et le niveau et la nature de leurs charges spécifiques sont méconnus, ce qui provoque des incompréhensions potentielles entre les partenaires (Etat et associations)

1.2 Sur l'accès à l'emploi et à la formation

- ☐ La convention multipartite sur l'emploi a été signée tardivement et les instances de pilotage ne se sont réunies qu'une première fois, ce qui fragilise le respect des engagements.
- ☐ Les dispositifs spécifiques d'aide à l'emploi des PSH sont multiples et parfois volatiles, ce qui accroît l'incertitude et la précarité des parcours d'insertion des PH et les coûts d'ingénierie et de formation des acteurs de l'insertion.
- ☐ Les constats sur l'expérimentation Employabilité ne sont pas partagés, certains partenaires moteurs sont absents (pilotes et financeurs). Par ailleurs il est difficile de poursuivre simultanément l'objectif de resserrement de l'accès à l'AAH d'une part et l'amélioration de l'insertion par une meilleure prise en compte de l'employabilité d'autre part.
- ☐ Les TH ont un faible recours à la formation, qui ont par ailleurs des niveaux de formation initiale relativement faibles et des besoins logistiques et/ou pédagogiques spécifiques.

☐ Les écarts entre les niveaux de rémunération des stagiaires handicapés par rapport à la notion de compensation du handicap sont importants, ainsi que les rémunérations des autres stagiaires. Ils peuvent provoquer de l'insécurité des parcours de retour à l'emploi du fait des écarts de rémunération et restreindre potentiellement le nombre de stagiaires éligibles du fait de la limitation des enveloppes.

1.3 Sur l'accès à la santé

Le Plan de lutte contre la pauvreté a formulé des recommandations en matière de prise en compte de la santé mentale dans la stratégie nationale de santé. Le groupe souligne également la spécificité des problèmes du handicap psychique, la disparité de l'offre psychiatrique dans l'accès aux droits (pour la demande AAH : par exemple signature de conventions avec les CMP) et l'accès aux soins de ceux-ci.

☐ L'accès des PSH à la complémentaire santé (CMU-C ou ACS) pose problème, malgré le relèvement des plafonds qui a accru le nombre des bénéficiaires. Il y a un risque de précarisation des PSH du fait de la spécificité de leurs dépenses de santé, qui ne pourra être objectivé que si on sait mesurer le panier de soins en fonction des handicaps et si l'on étudie les possibilités d'amélioration d'accès à la complémentaire santé.

2 DIAGNOSTICS ET ECHANGES AU SEIN DU GROUPE SUR LE THEME DE L'INCLUSION BANCAIRE

2.1 sur l'accès au compte

Mr Delalande présente la note diffusée aux membres du groupe :

Apport de la loi de séparation et de régulation des activités bancaires du 26 juillet 2013 :

- ☐ droit au compte, avec accompagnement CG ou CCAS
- ☐ points conseil budget.
- ☐ mesures contre le surendettement pour le maintien dans le logement

L'amélioration de l'inclusion bancaire est l'aspect du plan de pauvreté qui a été le mieux suivi.

La nouvelle loi bancaire est a priori protectrice. Il s'agit de l'appliquer, de suivre la création de l'Observatoire de l'inclusion bancaire.

Sur la prévention : la charte bancaire est en cours de signature par toutes les banques : chaque banque doit mettre en œuvre les moyens de détection des personnes à risque.

Les décrets sont en cours.

Sur le handicap : pas de travaux existants de la part du Trésor, ni de la part de l'UNIOPSS.

- ☐ Pas de connaissance sur les difficultés d'accès au compte.
 - ☐ Il y a des difficultés potentielles de consultation de son compte à distance. Difficile pour les PSH. Pas de connaissance objective de ces problèmes.
 - ☐ Il y a nécessité de diversifier les moyens de paiement. Là aussi pas de connaissance
- Ce rôle d'amélioration des connaissances doit être dévolu à l'Observatoire de l'inclusion bancaire, en cours de création.

2.2 Sur l'accès au crédit et à l'assurance

Voir note DGCS sur la convention AERAS. Existe depuis 1991.

Statistiques AERAS :

- ☐ 2,6 Mlns de demande de crédit avec Risque aggravé de santé (RAS), soit en moyenne 10 à 13 % de la population demandant un accès au crédit.

- ☐ couverture décès : sur 100 assurances décès, 38 ont eu des conditions additionnelles type RAS (surprime, garantie supp).
- ☐ couverture garantie incapacité : 42% ont des surprimes ou garanties additionnelles.

Ces études nécessitent de clarifier au préalable les conditions de transmission aux fins d'étude des données personnelles, notamment la « nature du diagnostic médical, des déficiences et des limitations d'activité, désignées par référence aux classifications reconnues en matière de maladies et de handicaps ainsi qu'aux nomenclatures de limitation d'activité, recensées par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées » (la discrimination du fait du handicap étant punie par le code pénal et le traitement des données personnelles soumis à déclaration de la CNIL).

Mais selon le groupe, « le secret professionnel doit bénéficier avant tout à la personne ».

Concernant l'accès à l'assurance, on dispose de délibérations fondatrices de la HALDE ou de décisions récentes du Défenseur des droits qui rappellent le droit à l'intention des assureurs auteurs de discriminations (documents diffusés au groupe).

Enfin, le groupe souligne le manque de qualité de l'accueil et de l'accompagnement des agents bancaires et de leurs relations avec les PSH et suggère un effort de formation des agents bancaires sur cette problématique.

Sur l'accès au crédit à la consommation : le groupe de travail estime que celui-ci est souvent refusé, mais pour des raisons non explicitement dues au handicap car ceci n'est pas mesurable. Ces refus entraînent l'exclusion des facilités de paiement, des promotions... cette remarque est toutefois à balancer avec la nécessité de protéger le consommateur du surendettement.

En conclusion, le groupe en conclut à l'intérêt de l'installation de l'Observatoire de l'inclusion bancaire et des travaux que l'on peut en attendre : connaissance des particularités du handicap sur l'accès au compte, au crédit et à l'assurance, sur le surendettement.

3 DIAGNOSTICS ET ECHANGES SUR LE THEME DE L'HEBERGEMENT LOGEMENT

Se référer la note UNAFAM diffusée aux membres du groupe.

Cette note insiste sur l'intensité du problème de logement, notamment pour les personnes souffrant de handicap psychique, et l'intérêt du logement accompagné, parallèlement aux structures d'offre sanitaire spécifiques.

Les Groupes d'entraide mutuelle (GEM) : les 377 GEM, majoritairement mis en ouvre par l'UNAFAM, ont accompagné 22 000 personnes.

La question est posée du manque de places en CHRS pour les PSH psychiques.

Ce problème, selon le groupe, est également rencontré pour l'accueil des handicapés psychiques dans les structures d'hébergement d'urgence

A cet égard, l'APF souligne l'intérêt de mutualiser les équipements et l'aide humaine pour favoriser les solutions d'hébergement et de logement.

Mais attention à bien déterminer ce qui relève des problèmes de cout d'hébergement et ce qui relève des problèmes spécifiques des PSH, notamment lorsqu'il s'agit de préserver l'accès aux soins de ces personnes.

Ainsi, le problème des modalités de partenariat avec les médecins psychiatriques pour ces personnes résidant en milieu non hospitalier est soulevé. Une convention de partenariat entre

l'UNAFAM, FNARS, FNAPSY et la Conférence médicale d'établissement sur les solutions d'hébergement est en cours de discussion.

Par ailleurs, le sujet de la réservation de quota de places d'hébergement réservées aux personnes souffrant de handicap psychique est débattu par le groupe, qui exprime des avis divergents, tant sur le principe que sur les modalités de gestion.

Enfin, le problème de formation des intermédiaires est à nouveau soulevé, comme pour les acteurs de l'inclusion bancaire.

4 COMPLEMENTS SUR LES SUJET FAMILLE-ENFANCE ET GOUVERNANCE

4.1 Sur la famille

Les membres du groupe soulèvent la question de la connaissance, et partant, de l'étude des besoins spécifiques des familles monoparentales avec enfant handicapé. Ces types de famille cumulent a priori plusieurs risques de précarité, qu'il conviendrait de mieux connaître afin d'envisager le cas échéant des mesures spécifiques.

4.2 Sur la gouvernance

La mission confrontera ses constats et pistes avec la mission Denis Piveteau sur les situations d'urgence et l'évolution de la réglementation et de l'organisation de l'accompagnement des PSH, pour laquelle les membres du présent groupe ont apporté des contributions.

Sur la base des présents échanges et des compléments (notamment avec la mission Denis Piveteau citée ci-dessus), la mission portera ses réflexions sur :

- ☐ les moyens de mieux coordonner le sanitaire et social (sont évoqués par exemple les Projets de télémédecine dans les ESMS des caisses primaires).
- ☐ la meilleure formation des acteurs

François Chérèque
Christine Abrossimov

renouvellent leurs remerciements pour la présence des membres du groupe de travail,
malgré les difficultés de transport,
pour les interventions et les contributions reçues ou encore attendues,
-voir les CR du groupe et les mails d'accompagnement -
et envisagent si nécessaire une réunion à la rentrée.

A tout le moins, les compléments et contacts sont à maintenir à tout instant,
ce qui permettra d'enrichir les diagnostics et les propositions.

ANNEXE 4 : CONTRIBUTIONS DES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

- Contribution de l'Association des Paralysés de France
- Notes DGCS sur AAH et sur l'inclusion bancaire
- Note UNAFAM sur l'hébergement et le logement
- Note APF sur la conférence sociale
- Note CPAM sur la prévention de la désinsertion professionnelle
- Note CNAF sur la gestion de l'AAH
- Note Cap emploi 91 sur les dispositifs de soutien à l'emploi

ANNEXE 4.1

CONTRIBUTION DE L'ASSOCIATION DES PARALYSES DE FRANCE

Mission Evaluation de la pauvreté des personnes en situation de handicap

Contribution de l'Association des Paralysés de France

Date : juillet 2014

Présentation de l'APF

Association créée en 1933 et reconnue d'utilité publique. Un mouvement national de défense et de représentation des personnes avec un handicap et de leur famille qui milite pour l'égalité des droits et l'exercice d'une pleine citoyenneté. L'APF développe une offre de service social et médico-social sur tout le territoire.

L'APF en chiffres : 25 000 adhérents, 30 000 usagers, 13 500 salariés, 450 structures

Dans le cadre de sa participation au groupe de travail conduit par l'IGAS au titre de la mission sur le *lien entre handicap et difficultés dans l'accès aux droits et aux ressources* confiée par le Premier Ministre en mars 2014 (mesure feuille de route du Conseil interministériel du handicap - CIH 25/09/2013), l'Association des Paralysés de France propose une contribution visant à pointer les principaux enjeux et les difficultés économiques rencontrées par les personnes en situation de handicap.

En préambule, l'APF rappelle qu'associée aux membres du Comité d'Entente, elle a alerté l'ensemble des ministres concernés sur le champ fixé à la mission confiée à l'IGAS en soulignant que la délimitation d'un périmètre réduit aux difficultés d'accès aux droits existants ne permet pas d'atteindre l'objectif fixé initialement par le CIH qui tendait à « *évaluer la pauvreté des personnes handicapées* ». Réduire la pauvreté et la précarité des personnes en situation de handicap à des questions d'accès aux droits minore la situation réelle et élude la réalité vécue par plus de deux millions de personnes en situation de handicap pour lesquelles les questions de vie quotidienne et de pouvoir d'achat méritent une attention soutenue. La diversité des vulnérabilités mise en lumière lors des travaux du groupe souligne la nécessité d'améliorer la connaissance spécifique de cette population et de mettre en place ou d'adapter les filets de sécurité correspondants. Les premiers travaux conduits au sein du collectif ALERTE dont fait partie l'APF soulignent également qu'il s'agit d'une problématique partagée par de nombreuses associations des réseaux de lutte contre la pauvreté et l'exclusion.

1 - Identifier précisément la population en situation de handicap en situation de pauvreté ou précaire

Disposer d'éléments statistiques précis relatifs à la situation de handicap et de pauvreté des personnes en situation de handicap constitue une étape-clé. Il est impératif, sur l'ensemble des champs couverts (notamment sur les champs du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion) de disposer d'indicateurs de référence. Les travaux du groupe révèlent l'importance de mobiliser de multiples sources. Ces données doivent permettre notamment d'**appréhender la population réelle dont il s'agit et en conséquence de pouvoir apporter les meilleures réponses à ces situations en appréhendant la diversité des contextes vécus par les personnes en situation de handicap** :

Allocataires de minima sociaux (ASS, RSA socle, RSA activité, AAH), bénéficiaires de pensions d'invalidité ou de rentes AT/MP, jeunes ou seniors, femmes, demandeurs d'emploi, salariés pauvres, retraités en situation de handicap, proches aidants actifs ou retraités dont les ressources sont situés sous le seuil de pauvreté.

PROPOSITIONS n°1

- ✓ **Simplifier la gouvernance et développer la lisibilité du pilotage** de la politique en faveur de l'inclusion des personnes en situation de handicap (articulation travail /emploi/ressources) ;
- ✓ **Clarifier à travers la mise en œuvre de la convention multipartite les données statistiques fiables** de la population en situation de handicap, les mettre à disposition des pouvoirs publics et des acteurs sociaux **et les acquis en termes de pilotage d'une politique publique** ;
- ✓ **Mettre en place les indicateurs adhoc** dans les divers observatoires existants (pauvreté et exclusion sociale, inclusion bancaire, des retraites ...) ;
- ✓ **Coproduire des études thématiques ciblées** (ressources, accès aux soins, enfance, inclusion bancaire, hébergement, alimentation,).

2 - Améliorer la couverture des dispositifs et dispositions de la compensation des conséquences du handicap

Le droit à la compensation des conséquences d'un handicap est l'un des piliers de la loi du 11 février 2005. Il est le fruit de longues années de revendications des associations de personnes en situation de handicap et de leurs familles. **Néanmoins les décrets d'application et la mise en œuvre de ce droit posent un certain nombre de difficultés. Cette situation occasionne de lourds restes à charge pour les personnes quand elles n'accèdent pas à ce droit ou quand elles n'y accèdent que partiellement.**

Sont en cause :

- les *critères d'éligibilité à la PCH* restrictifs qui empêchent certaines personnes d'accéder à ce droit ;
- les difficultés relatives au *droit d'option* :
 - entre l'ACTP et la PCH qui occasionnent de très lourds restes à charge pour les personnes qui ont opté pour la conservation de l'ACTP ;
 - entre l'AEEH et la « PCH Enfant » qui se traduit par des restes à charge pour les parents qui ont opté pour l'AEEH et ses compléments ;
- une « *PCH pour les enfants* » non aboutie avec des besoins non ou mal couverts induisant là encore des restes à charges pour les familles ;
- des *barrières d'âge discriminantes* (60 ans et 75 ans) ouvrant la voie à une inégalité d'accès importante : les montants de l'APA ne sont pas à la hauteur d'une PCH et ne couvrent pas les mêmes besoins, d'où des restes à charges importants pour les personnes ayant acquis leur situation de handicap après l'âge de 60 ans ;
- Un *périmètre de la PCH aide humaine* qui ne couvre pas certains besoins pourtant essentiels (activités domestiques, aides à la parentalité, aides à la communication, etc.) et qui occasionne des restes à charges pour les personnes qui financent ces besoins sur leurs fonds propres ;
- Des tarifs et des plafonds tarifaires nettement insuffisants et qui n'ont quasiment pas évolués depuis 2006 et qui occasionnent là encore de lourds restes à charges pour les personnes, souvent bénéficiaires de la seule AAH et non éligibles à la CMU-C ;
- des fonds départementaux de compensation, dispositifs fragiles et insécurisés dans leur financement, qui ont de plus en plus de difficultés à répondre aux financements des restes à charge concernant les aides techniques, les aménagements de domiciles ... ;
- des dispositifs d'accès aux droits (MDPH) qui ont besoin de sécuriser leurs moyens humains et financiers afin de répondre au mieux aux besoins des personnes (évaluation personnalisée des situations, plans de réponses adaptés) ;
- des services payeurs et contrôleurs des Conseils Généraux très rigides dans leurs contrôles et réclamations d'indus et insuffisamment positionnés sur des missions d'accompagnement des personnes à la mise en œuvre de leurs plans d'aides.

Les personnes en situation de handicap sont dans l'attente, elles sont de plus en plus « impatientes » de pouvoir accéder pleinement à leurs droits pour pouvoir vivre comme tout un chacun : se lever, se déplacer, communiquer ... Vivre tout simplement.

Le droit à compensation des personnes en situation de handicap ne représente pas une « charge » pour l'Etat, il constitue un vivier important d'emplois (dans les services d'aides humaines, les prestataires d'aides techniques, les techniciens du bâti etc.).

PROPOSITIONS n°2

- ✓ **Mettre en place une compensation intégrale** des conséquences des situations de handicap (élargir les périmètres, revaloriser les tarifs, élargir les critères d'éligibilité ...) ;
- ✓ **Supprimer les barrières d'âge** ;
- ✓ **Sécuriser les dispositifs** qui concourent à financer les restes à charges ;
- ✓ **Sécuriser et améliorer le fonctionnement des MDPH** (dispositifs d'accès au droit à compensation) ;
- ✓ **Réviser et élargir les missions des services payeurs des Conseils Généraux** pour leur permettre de devenir des prestataires d'accompagnement à la mise en œuvre des plans personnalisés de compensation.

3 - Intensifier l'action en faveur de l'accès à l'emploi de qualité des personnes en situation de handicap

L'un des vecteurs d'accès à un pouvoir d'achat amélioré devrait résider dans l'accès à un emploi. Or les **difficultés d'accès et de retour à l'emploi conjugués au risque élevé de sous-emploi** des personnes en situation de handicap supposent l'intensification des actions conduites, notamment celles mise en place ou à mettre en place lors de phases à risque élevé : en amont de l'accès au premier emploi ou en retour à l'emploi, en accompagnement et en sécurisation des transitions, en protection des nombreux temps partiels.

La vigilance et la protection restent insuffisantes à des étapes clés :

- *transition* de la scolarité à l'emploi (15% des situations de handicap sont rencontrées avant l'âge adulte),
- risque *séniors* (44% des demandeurs d'emploi handicapés âgés de 50 ans et plus),
- risque du *chômage de longue* (56% de la demande d'emploi en situation de handicap) ou très longue durée (1/3),
- bas *niveau de formation* et de *qualification* (77% de niveau V et infra),
- risque élevé de *récurrence du chômage*,
- surexposition à *l'activité ou la recherche d'emploi à temps partiel subi* du fait de la situation de handicap.

Les personnes en situation de handicap sont trop souvent en situation d'intermittence d'activité et deviennent des travailleurs précaires pauvres.

Au-delà de ces facteurs objectivés par la statistique, des **freins administratifs constituent des trappes à inactivité et maintiennent durablement les personnes en situation de handicap dans une perspective de minima sociaux**. Ils doivent être levés :

- *effets de seuil inappropriés* pour les bénéficiaires de l'AAH exerçant une activité professionnelle,
- *absence de prise en compte des frais réels* -pour des personnes pour lesquels la mobilité constitue un frein- des bénéficiaires de l'AAH en emploi soumis à la DTR -déclaration trimestrielle de ressources- depuis 2010,
- *limite d'attribution de la RSDAE* aux personnes accédant à l'emploi *pour une durée de travail strictement inférieure à un mi-temps* (-décret n°2011-974 du 16 août 2011 relatif à la RSDAE restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi AAH L821-2 du code de la sécurité sociale).

Enfin une action forte de **lutte contre la paupérisation et l'exclusion des proches aidants** doit être engagée en organisant notamment : la mise en place de *congés indemnisés et flexibles* pour éviter le retrait du marché du travail, *d'aide spécifique au retour à l'emploi* des aidants, le développement de *solutions de suppléance et de répit*, la *défiscalisation du dédommagement familial*, etc.

PROPOSITIONS n°3

- ✓ **Anticiper les périodes critiques en sécurisant les parcours professionnels** d'accès au premier emploi, de retour à l'emploi et de maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap (en renforçant le maintien dans l'emploi dans l'entreprise -60% des personnes licenciées suite à une inaptitude déclarée- tout en assurant l'extension aux personnes licenciées pour inaptitude de l'accès à un dispositif de type contrat de sécurisation professionnelle réservé aujourd'hui aux personnes licenciées pour motif économique) **et en développant l'emploi accompagné** ;
- ✓ **Développer l'accès à la formation et à la qualification** pour favoriser et sécuriser l'accès à un emploi de qualité : développement de l'offre de formation en volume et en qualité (améliorer l'accessibilité des formations en développant les mesures appropriées, la sensibilisation des acteurs de la formation, la vigilance sur les engagements des régions désormais compétentes dans le cadre de l'application de la loi du 5/3/2014 n° 2014-288 relative à la *formation professionnelle*) ;

Pour autant le développement de l'accès à la formation ne doit pas se faire au détriment des droits existants, notamment concernant les droits connexes au droit à réparation tel le niveau de rémunération des stagiaires de la formation professionnelle, l'APF est défavorable à une modification de la réglementation existante. Celle-ci constitue aujourd'hui un facteur d'équilibre, d'incitation et de sécurisation pour un public très éloigné de l'emploi et très vulnérable ;
- ✓ **Modifier certaines règles relatives à l'AAH : réviser le décret RSDAE n°2011-974 du 16 août 2011, revoir les règles administratives de la DTR, atténuer les effets de seuil liés à l'AAH dans le calcul des ressources pour les personnes en emploi** (cf document présentation de situations joint) ;
- ✓ **Mettre en place une véritable politique publique en direction des proches aidants** ce qui passe par des congés adaptés, des actions en faveur du maintien et du retour à l'emploi enfin par le développement de solutions de suppléance et de répit.

4 – Réviser la politique de ressources visant les personnes en situation de handicap

Les **niveaux de ressources** tels qu'actuellement définis confine inexorablement et *ad vitam* les personnes en situation de handicap à la **pauvreté ou à une très grande précarité**.

- C'est ainsi le cas de l'AAH dont le montant est irrémédiablement situé sous le seuil de pauvreté (à 20% en dessous du seuil) pour des personnes qui, dans leur immense majorité, ne peuvent travailler du fait de leur situation de handicap, et dont les modalités de calcul qui sont assorties d'une familiarisation du calcul des ressources (pénalisant le conjoint en situation de handicap « supporté à charge » et le conjoint handicapé ou non)
- mais c'est également la *faible revalorisation des pensions d'invalidité*, limitées au niveau de l'inflation, quand il n'est pas envisager de la geler, alors que là encore les ¾ des bénéficiaires de PI ne travaillent plus.

Cette pauvreté monétaire relative est accentuée par les coûts supplémentaires (exemple : assurance, soins dits de confort, transport adaptés, taxe d'ordures ménagères...) **et des restes à charge importants supportés du fait de la situation de handicap** situant le niveau de ressources effectivement disponibles des personnes parfois largement en dessous des plafonds qui permettent l'accès à plusieurs droits connexes.

Par voie de conséquence, **l'insuffisance de couverture par les droits** (compensation) **ou le non recours** aux droits existants aggravent la situation de milliers de personnes et cela, que ces situations soient liées :

- à un *déficit d'information* sur les droits existants (droits connexes, ACS, tarifs sociaux de l'énergie, aides extra légales ...),
- à des *complexités ou des lourdeurs administratives* (manque de simplification des règles administratives, concomitance des durées d'attribution)
- ou des *freins inutiles* qui mériteraient des simplifications ou des adaptations.

Enfin là encore une meilleure étude de la population et de ses besoins spécifiques serait utile. En effet, ces situations incitent les personnes à renoncer à certains besoins essentiels pourtant vitaux (les soins, l'alimentation, ...) et qui, du fait de ce renoncement, aggravent leur situation de handicap et leur qualité de vie. **A cet égard, l'APF rappelle sa revendication essentielle qui vise à permettre aux personnes en situation de handicap de disposer d'un véritable revenu d'existence.**

Focus Santé :

Les dépenses de santé pèsent lourdement sur le budget des personnes en situation de handicap : dépassements d'honoraires, restes à charge sur les consultations, traitements et dispositifs médicaux, franchises et autres mesures de « responsabilisation ». Le renoncement aux soins entraîne une aggravation de leurs problèmes de santé et partant, un coût supplémentaire qui pèse aussi sur la solidarité nationale. Les dispositifs de couverture renforcée (régime ALD, aides extra-légales, ACS) sont insuffisants : pas prise en charge des transports non liés à une ALD (en contradiction avec leur état de santé dégradé et l'inaccessibilité des transports en commun) ; ni des soins dits « de confort » et pourtant indispensables (tels que la pédicurie, crème ou protections ...), poids des franchises, du ticket modérateur, du forfait journalier, des participations forfaitaires, des frais hors AMO.

PROPOSITIONS n°4

- ✓ **Individualiser le calcul des ressources** ouvrant le bénéfice de l'AAH ;
- ✓ Mettre en place les articulations qui permettent de limiter voir d'éviter les ruptures de droit (transition d'un dispositif à un autre, dépôt des demandes ...);
- ✓ **Activer l'accès aux dispositifs dédiés aux travailleurs souffrant de sous-emploi** (temps partiel) (ex : actualiser le décret RSDAE – AAH L821-2 : durée d'attribution, levée de la limitation d'activité) ;
- ✓ **Lutter contre le renoncement aux soins**
 - Remplacer l'ACS par une CMU-C contributive
 - A défaut, accentuer le renforcement de l'ACS :
Créer des tarifs sociaux aux soins dentaires, optiques et audioprothèses sans reste à charge pour l'usager, introduire un abattement pour ouvrir l'ACS aux personnes dépassant le plafond annuel de revenus de quelques euros, adapter le panier de soins et le montant de l'ACS aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap par la création d'une ACS renforcée, augmenter le taux de remboursement des soins « de confort » sur prescription médicale, lancer une étude pour connaître le nombre et les besoins spécifiques des bénéficiaires (produire des données et identifier des profils de consommation de soins), inclure le remboursement des différentes mesures de « responsabilisation », organiser une campagne d'information sur l'aide à l'acquisition de la complémentaire pour en maximiser le recours
 - Relever le plafond de l'ACS pour en permettre l'accès aux **bénéficiaires de l'AAH bénéficiant du complément de ressources** ;
- ✓ **Favoriser l'accès au micro crédit personnel** (éviter les crédits à la consommation difficiles d'accès et source de surendettement ...) ;
- ✓ **Favoriser une connaissance partagée des situations handicap et pauvreté** : études ciblées auprès des réseaux (alimentaire, hébergement ...) et formation de ces réseaux sur le champ du handicap ;
- ✓ Développer la connaissance de la **situation spécifique des parents isolés bénéficiant pour leur enfant de l'AAEH** (ex : lancer une étude action spécifique par les CAF, cibler les Rdv des droits CAF ...).

COMPLEMENTS D'INFORMATION

- Contribution APF à la Conférence lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale décembre 2012
- Contribution APF à la Grande Conférence Sociale 2014
- Travaux du CIAAF sur les aidants
- Eudes de cas (effets de seuil, DTR, RSDAE relatifs à l'AAH)

ANNEXE 4.2 :
NOTES DGCS SUR AAH ET SUR L'INCLUSION
BANCAIRE

Note DGCS/ SD1B sur Handicap et inclusion bancaire : quelques éléments d'analyse
Mission Igas sur les liens entre pauvreté et handicap
Groupe de travail du 17 juin 2014

1. Accéder à l'agence bancaire

Les agences bancaires en tant qu'établissements recevant du public (ERP), pouvant proposer des services au public en intérieur et/ou extérieur, doivent respecter la loi sur le handicap.

Les contraintes légales se rapportent à tout le cheminement en agence : depuis un parking privé jusqu'au bureau des conseillers, la salle des coffres en passant par les DAB (existence d'au moins un DAB adapté) et les guichets. Sont ainsi concernés la communication, l'information (signalétique et appareillage), les cheminements et leurs dimensions, le mobilier et son adaptation aux contraintes d'un fauteuil roulant, etc.

Des normes et des données techniques ont ainsi été établies (puissance de l'éclairage selon les activités, dimensions des portes, suppression des sas, hauteur des guichets et des DAB, rappels visuels, etc.).

Les automates bancaires sont ainsi équipés de touches comportant des repères en relief. Certaines banques ont mis en place, en collaboration avec des associations de non-voyants, des systèmes de guidage audio, à partir d'une prise casque et de haut-parleurs, pour faciliter l'accès aux DAB.

Des solutions alternatives sont prévues pour les bâtiments existants dans certains cas précis de dérogations. Dans les agences non encore équipées, des solutions personnalisées sont proposés aux clients handicapés, comme une assistance pour les DAB par exemple.

A ce stade, nous ne disposons pas d'éléments de bilan chiffrés sur la mise en œuvre de ces dispositions.

2. Consulter son compte à distance

La banque peut proposer différentes modes de consultation à distance selon le handicap.

Les services audio (audiotel ou plateforme téléphonique) permettent ainsi un accès à la quasi-totalité des services et des conseils pour les personnes malvoyantes et non-voyantes. La plupart des banques proposent depuis de nombreuses années des relevés de compte en braille, gratuits. Les sites Internet des banques respectent le plus souvent les normes internationales d'accessibilité dites "W3C" (World Wide Web Consortium). Ces normes prennent en compte les handicaps visuels, auditifs et moteurs.

Certains sites banques ont mis en place pour des raisons de sécurité un clavier virtuel pour se connecter à son espace personnel. Ce clavier n'étant pas praticable notamment pour les non-voyants, les banques s'attachent à trouver des solutions alternatives personnalisées. Le téléphone reste un moyen efficace et sécurisé pour une personne sans handicap auditif.

Comme pour le point précédent, nous ne disposons pas à notre connaissance d'éléments de bilan chiffrés sur la mise en œuvre de ces dispositions.

3. Utiliser des moyens de paiement

La banque doit normalement étudier avec les clients les solutions de moyens de paiement en fonction du handicap et des caractéristiques des différents moyens de paiement. Par exemple : pour un mal-voyant, une réglette à cases vides peut l'aider à remplir les différentes parties d'un chèque.

Comme pour le point précédent, nous ne disposons pas à notre connaissance d'éléments de bilan chiffrés sur la mise en œuvre de ces dispositions.

4. Souscrire un crédit et son assurance

L'accès au crédit représente un enjeu important de société. La question se pose avec une acuité particulière lorsqu'elle concerne des personnes candidates à l'emprunt placées de par les aléas de la vie en situation de risque de santé aggravé du fait d'une maladie ou d'un handicap, dans la mesure où l'assurance emprunteur est souvent une condition d'obtention des prêts. Une démarche conventionnelle engagée en 1991 et qui s'est poursuivie continuellement depuis a permis de faire progresser l'accès à l'assurance et au crédit pour les personnes présentant un risque aggravé de santé. Il s'agit d'un dispositif destiné à faciliter l'accès à l'assurance, appelé "AERAS", qui signifie : "s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé". La convention est signée entre les pouvoirs publics, les professionnels, des associations de consommateurs et des associations de personnes malades ou handicapées pour permettre un meilleur accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé.

a) L'historique

Les différentes étapes du processus ont été les suivantes :

- Une première convention conclue en septembre 1991 entre les Pouvoirs publics et les professionnels de l'assurance a apporté des aménagements tangibles, notamment en matière de traitement des données médicales, à l'assurance décès des prêts immobiliers pour les personnes séropositives. Cependant, ce dispositif, outre son champ d'application restreint, n'a répondu que de façon partielle aux attentes qu'il avait suscitées ;
- Une deuxième convention, dite convention Belorgey, a ainsi été négociée en 2001 et signée le 18 septembre 2001 entre les pouvoirs publics, les professionnels, les associations de consommateurs et les associations représentant les personnes malades ou handicapées. Cette convention a permis de faire progresser l'assurabilité des personnes présentant un risque de santé aggravé, ainsi que la prise de conscience des difficultés auxquelles elles étaient confrontées. Elle s'est également traduite par l'instauration d'une commission de suivi et de propositions, d'une section scientifique et d'une section de médiation ;
- Après plusieurs années d'application, les partenaires de la convention Belorgey considérant que des progrès étaient encore nécessaires ont négocié au printemps 2006 une nouvelle convention, dénommée AERAS , « s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé », qui a été signée le 6 juillet 2006 et est entrée en vigueur le 7 janvier 2007. La loi 2007-131 du 31 janvier 2007 relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé est venue apporter une consécration législative au dispositif conventionnel ;
- Trois ans plus tard, les signataires de la convention AERAS ont souhaité rendre la convention plus ambitieuse, en particulier sur la garantie invalidité, et améliorer son effectivité. Cette négociation qui s'est déroulée entre les mois de janvier et octobre 2010 a abouti à la convention actuelle (intitulée « convention Aeras renouvelée ») dont la signature est intervenue le 1er février 2011 et qui est en vigueur depuis le 1er mars 2011.

L'article 21 de la Loi Lagarde du 1er juillet 2010 donne au futur emprunteur le choix de son assurance. L'établissement de crédit prêteur ne peut pas refuser le contrat d'assurance apporté ("délégation d'assurance") par le futur emprunteur dès lors que ce contrat présente le même niveau de protection que le contrat d'assurance de groupe qu'il propose. L'établissement de crédit ne peut pas modifier les conditions de taux en contrepartie de son acceptation d'un contrat par délégation. L'établissement de crédit doit motiver sa décision de refus d'une délégation d'assurance.

La convention AERAS rassemble trois catégories de partenaires: l'Etat, les fédérations professionnelles des organismes d'assurance et des établissements de crédit, les associations représentant les personnes malades et les consommateurs.

Cette question a fait l'objet de deux rapports parlementaires :

-Rapport de M. Bernard Pousset du 6 décembre 2006. Ce document rapporte le projet de loi relatif à l'accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé.

-Rapport de Mme Hermange. Le rapport du Sénat de 2008 présente un bilan provisoire de l'application de la convention AERAS initiale.

b) Bilan de la Convention Aeras : statistiques 2012 publiées en octobre 2013

La Commission de suivi et de proposition de la Convention Aeras est chargée d'élaborer, chaque année, un rapport destiné à établir un bilan du fonctionnement de la convention depuis sa mise en place début 2007. A cet effet, un certain nombre d'indicateurs statistiques ont été mis en place.

Une enquête spécifique sur les demandes d'assurance de prêts au titre des crédits immobiliers et professionnels instruites par les sociétés d'assurances permet de mesurer la proportion de demandes présentant un risque aggravé de santé, la proportion de ces demandes qui ont fait l'objet d'une proposition d'assurance et dans quelles conditions pour chaque garantie demandée. Les données ci-après sont extrapolées à l'ensemble des sociétés d'assurances à partir d'un échantillon de sociétés représentant 96 % des demandes d'assurance de prêts de l'année 2011.

1°/ La part des demandes présentaient un risque aggravé de santé

Une demande d'assurance de prêts présente un risque aggravé de santé si l'assureur ne peut faire une proposition d'assurance aux conditions standard du contrat (sans surprime, sans exclusion et/ou limitation de garanties) pour des raisons liées à l'état de santé du demandeur.

Au cours de l'année 2012, les sociétés d'assurances ont instruit 2,6 millions de demandes d'assurance de prêts au titre des crédits immobiliers et professionnels :

- 83,7 % des demandes ne présentaient pas de risque aggravé de santé et une proposition d'assurance a pu être faite aux conditions standard du contrat ;

- **14,3 % des demandes présentaient un risque aggravé de santé** (contre 12,6% en 2011) soit plus de 376 000 demandes. Ces demandes portaient, en plus de la garantie décès, dans 97 % des cas, sur la garantie PTIA (garantie en cas de perte totale et irréversible d'autonomie) et dans 86 % des cas, sur la garantie "invalidité-incapacité" (garantie en cas d'incapacité temporaire de travail (IT ou ITT), d'incapacité permanente de travail (IPT ou IPTT) et toute garantie additionnelle en cas d'invalidité proposée par l'assureur (hors garantie PTIA).) ;

- 2,0 % des demandes ont été classées sans suite (demande d'assurance de prêts incomplète du fait du demandeur (exemples : documents complémentaires non retournés, visite médicale non effectuée, etc.) et clôturée par l'assureur après un certain délai.).

La proportion des demandes d'assurance de prêts présentant un risque aggravé de santé est en sensible augmentation entre 2007 (9,8 %) et 2012 (14,3%).

2°/ La proposition d'assurance

Si l'on exclut les demandes en cours d'instruction et les demandes sans suite de l'assuré présentant un risque aggravé de santé (les demandes en cours d'instruction et celles classées sans suite de l'assuré représentent respectivement 1,7 % et 5,0 % des demandes présentant un risque aggravé de santé en 2012.), **les sociétés d'assurances ont fait une proposition d'assurance pour 96,9 % des demandes présentant un risque aggravé de santé en 2012** (soit une proportion sensiblement identique à celles des années précédentes).

A noter que 8 081 demandes présentant un risque aggravé de santé ont été transmises au pool des risques très aggravés de santé. Pour 21,2 % de ces dossiers, soit 0,5 % du nombre total de demandes, une proposition d'assurance a été faite à l'emprunteur.

Dans 3,1 % des cas, les demandes présentant un risque aggravé de santé n'ont pas pu faire l'objet d'une proposition d'assurance (78,8 % des demandes présentées au pool des risques très aggravés de santé (soit 1,8 % de l'ensemble des demandes) et les demandes ne remplissant pas les conditions d'accès au pool (soit 1,3 % de l'ensemble des demandes)).

3°/ La nature des propositions de couverture assurantielle

Les assureurs ont proposé une couverture décès pour l'ensemble des demandes présentant un risque aggravé de santé ayant fait l'objet d'une proposition d'assurance. Cette garantie décès a été faite dans 62 % des cas sans surprime et sans exclusion de garanties (60 % en 2011), dans 38 % des cas avec une surprime (même proportion qu'en 2011) et dans moins de 0,5 % des cas sans surprime mais avec exclusion ou limitation de garanties (2 % en 2011).

En ce qui concerne les demandes d'assurance présentant un risque aggravé de santé comprenant une demande de garantie PTIA⁽¹⁾, les assureurs ont accepté de couvrir cette garantie dans 83 % des cas sans surprime et sans exclusion de garanties (contre 80 % en 2011) et dans 12 % des cas sans surprime mais avec exclusion ou limitation de garanties (14 % en 2011). Dans 5 % des cas (6 % en 2011) les assureurs n'ont pas pu proposer, sur la base de critères médicaux, cette garantie.

Pour les demandes d'assurance présentant un risque aggravé de santé comprenant, en plus des couvertures décès et PTIA, une demande de couverture "incapacité-invalidité", les assureurs ont accepté de couvrir cette garantie dans 58 % des cas sans surprime et sans exclusion de garanties (contre 28 % en 2011), dans 26 % des cas sans surprime mais avec exclusion ou limitation de garanties (contre 45 % en 2011) et dans 6 % des cas avec une surprime (6 % en 2011). Dans 10 % des cas (contre 21 % en 2011), les assureurs n'ont pas pu proposer, sur la base de critères médicaux, cette garantie.

En 2012, 130 000 garanties invalidité spécifique « Aeras » (garantie en cas d'incapacité permanente de travail au taux d'incapacité fonctionnelle d'au moins 70 % (par référence au barème d'invalidité annexé au Code des pensions civiles et militaires). Cette garantie ne comporte aucune exclusion concernant la pathologie déclarée par l'assuré (2) ont été proposées par les assureurs au titre de la garantie "incapacité-invalidité" dans les cas où celle-ci n'a pu être proposée aux conditions standard du contrat.

4°/ Le niveau des surprimes

La répartition des niveaux de surprimes pour la garantie décès est sensiblement identique à celle observée en 2011. Les surprimes sont, dans 35 % des cas, inférieures à + 50 % du tarif standard (36 %

en 2011). Dans 85 % des cas (proportion identique en 2011), elles sont inférieures à + 100 % du tarif standard.

Concernant les surprimes sur les garanties "incapacité-invalidité", la répartition est la suivante : 68 % des surprimes sont inférieures à + 50 % du tarif standard et dans 89 % des cas inférieures à + 100 % du tarif standard (en 2011, ces proportions étaient respectivement de 64 % et 88 %).

5. Observations sur le thème « handicap et inclusion bancaire »

a) Données de la Banque de France sur le surendettement

La Banque de France élabore chaque année une enquête typologique relative aux personnes en situation de surendettement.

Cette enquête, qui inclut plusieurs données socio-économiques inhérentes à ces publics, n'intègre toutefois pas d'éléments portant sur le thème du handicap. Par conséquent, il n'est pas possible à ce jour d'apprécier la proportion dans laquelle les personnes en situation de handicap sont représentées parmi la population globale de surendettés.

b) Observatoire de l'inclusion bancaire

La création d'un Observatoire de l'Inclusion Bancaire (OIB) constitue l'une des mesures prévues par la loi de séparation et de régulation des activités bancaires du 26 juillet 2013 afin de renforcer l'inclusion bancaire des populations dites « fragiles ».

L'observatoire aura vocation à produire un rapport annuel qui comportera notamment une analyse des indicateurs d'inclusion bancaire et de leur évolution, une évaluation des pratiques des établissements de crédit et des préconisations éventuelles afin d'améliorer l'inclusion bancaire.

Il pourrait être envisagé en ce sens que l'OIB puisse prendre en compte de manière spécifique la question de l'inclusion bancaire des personnes en situation de handicap (avec les réserves qui peuvent être émises au regard du respect des principes de « non-discrimination »).

Annexe

1. Les signataires de la convention

La convention Aeras renouvelée a été signée le 1er février 2011 par :

les trois ministres suivants, au nom de l'Etat :

Mme Christine Lagarde, ministre de l'économie, des finances et de l'industrie,

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé

Mme Roselyne Bachelot, ministre des solidarités et de la cohésion sociale

les fédérations professionnelles des organismes d'assurance et des établissements de crédit

:

l'Association française des établissements de crédit et des entreprises d'investissement (AFECEI)
la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA),
le Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA)
la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

Les associations suivantes représentant des malades et des consommateurs :

Association française des diabétiques (AFD)
Association française contre les myopathies (AFM)
L'AFRIC, association française des Polyarthritiques et des rhumatismes inflammatoires chroniques
L' ADAPT, association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées
AIDES
Alliance du Cœur
Le Collectif interassociatif sur la santé (CISS)
Familles Rurales
L'Association des accidentés de la vie (FNATH)
Fédération des AVIAM de France
Fédération française des Associations et Amicales d'Insuffisants respiratoires (FFAAIR)
Fédération nationale d'aide aux insuffisants rénaux (FNAIR)
La Ligue Contre le Cancer
Sida info Services
SOS Hépatites
Vaincre la Mucoviscidose
L'Association de Lutte, d'Information, et d'Etude des Infections Nosocomiales

2. Les personnes concernées par la convention

La convention AERAS concerne, sous certaines conditions, les prêts à caractère personnel (prêts immobiliers et certains crédits à la consommation) et professionnel (prêts pour l'achat de locaux et de matériels).

Les crédits à la consommation

La convention Aeras permet de bénéficier d'une assurance emprunteur, sans avoir à remplir un questionnaire de santé, si les conditions suivantes sont remplies :

- Etre âgé au maximum de 50 ans ;
- la durée du crédit est inférieure ou égale à 4 ans ;
- le montant cumulé des crédits entrant dans cette catégorie ne dépasse pas 17 000 euros ;
- une déclaration sur l'honneur de non cumul de prêts au-delà du plafond de 17 000 euros.

Les prêts immobiliers et professionnels

Pour les prêts immobiliers et professionnels, la convention AERAS prévoit un examen approfondi et systématique de la demande d'assurance.

Les trois niveaux d'examen de la demande d'assurance

Si l'état de santé ne permet pas d'être assuré aux conditions standard du contrat, le dossier sera automatiquement examiné. A un deuxième niveau, par un service médical spécialisé. A l'issue de cet examen, si une proposition d'assurance ne peut pas être établie, le dossier sera transmis à un troisième niveau sous réserve de réunir les conditions suivantes :

- le montant cumulé des prêts ne dépasse pas 320 000 euros. En cas d'achat d'une résidence principale, ce montant ne tient pas compte des crédits relais ;
- être âgé de 70 ans au plus en fin de prêt.

Par rapport à un contrat standard, le tarif sera peut-être plus important et/ou les garanties parfois limitées.

ANNEXE 4.3 : NOTE UNAFAM SUR L'HEBERGEMENT ET LE LOGEMENT

Note Bruno VOYER, administrateur de l'UNAFAM, pour la

Rencontre du 17/6/14 (groupe de travail handicap/pauvreté – Mission IGAS)

Le logement « accompagné » (point central d'une bonne santé)...

La situation actuelle....

*l'enquête « samenta » du samu social de 2009 : (33% des SDF sont en souffrance psychique). Les 126 empp (équipe mobile psy précarité) ont pris en charge 33 000 personnes en souffrance psy sur le national (1500 sur Paris). source empp année 2011

**30% des lits de psychiatrie sont occupés par les « inadéquats (1) » : (source cme : conférence médical d'établissements)

***Au moins 20/25% des hébergés en CHRS ont des troubles psy

****plus de 50% des handicapés psy vivent chez leurs proches (enquête unafam)...la montée des handicapés vieillissants sans solution très préoccupant

Des solutions ...(Hébergement et logement)

Hébergement

Le travail avec les associations gestionnaires CHRS doit être aidé par un meilleur partenariat (Fnars/CME/unafam/fnapsy) en cours de réflexion à fin mai 14

Au niveau hébergement ; créer un partenariat équilibré entre secteur CMP et social...en conservant des places « dédiées » contre une prise en charge sanitaire.

Logement « accompagné » promu par la « mdph » dans le cadre du « parcours de vie » sans rupture.

*Du logement en diffus, accompagné par du (SAVS, SAMSAH)... auxiliaire de vie...(l'accompagnement est financé par le Conseil Général)...mais aussi par la CPAM dans le service de maintien à domicile (SAMAD)..... rappel du coût SAVS :20€/j/personne à comparer au prix de journée de l'hôpital !.(600/800€)...la PCH (attribuée par la CDAPH) devrait aussi promouvoir cet accompagnement.

Les UDAF ont aussi lancé « la famille gouvernante » (voir annexe)

Il y aurait aussi intérêt à passer des conventions de partenariats entre USH/bailleurs sociaux privés et CMP(hôpital)...la sensibilisation des bailleurs sociaux au « maintien dans le logement » est clef

**Du logement accompagné groupé...type résidence sociale (résidence accueil ; voir annexe)...le chiffre de 25 logements /résidence est économique mais présente d'autres inconvénients (acceptation par l'entourage, veille nuit/W/E)...la contribution de l'Etat 16€/j/personne pose question en fonction de l'emplacement des résidences (rurale et/ou urbaine). Le territoire rural réclame plus d'articulation/coordination. Le nombre de places en résidences accueil (autour de 1500) n'est pas à la hauteur de la prévention des sorties d'institutions .

***Du logement accompagné groupé mais éclaté...avec de petites résidences de 6 studios par exemple...solution convenant mieux au voisinage et permettant mieux un travail par « pairs aidants » et aussi une entraide par bénévoles. Solution également plus facile à mettre en œuvre.

Quels sont les progrès depuis 2005 ?

*L'implication des « pairs aidants » est significative aussi bien au sein des 377 gems (groupe d'entraide mutuel) lancé en 2005 accueillant 25 000 personnes (file active)...qu'au sein même des expériences « un chez soi d'abord » SAMU SOCIAL et EMPP (Paris) en témoignent. La crainte exprimée par les « corps de métiers » du sanitaire doit être résolue par plus de pédagogie.

Cette implication entraîne des économies au sein même du système hospitalier (en réduisant le nombre de ré-hospitalisations)

**L'implication des bénévoles des GEM est importante (on note dans le rapport de DGCS 2012 une moyenne de 4 bénévoles/gem sur les 377 gem en fonctionnement) !.

***La mise en place de CLSM (conseil local de santé mental) au sein des conseils locaux de santé. Ces conseils permettent de coordonner les acteurs sanitaires et sociaux au sein d'un territoire en lien avec l' élu ; ils prennent en charge la personne handicapée psy.

Mais sur le front de l'hébergement/ logement ; les actions entreprises ne sont pas à la hauteur des questions soulevées.... Comment avancer ?

*Augmenter les agréments dédiés aux handicapés psy dans les structures médico-sociales Le pourcentage réservé aux handicapés psy ne correspond pas à sa place parmi les autres types d'handicaps (d'autre part le mixage des populations handicapées doit s'accompagner de solides formations afin d'éviter des maltraitances réciproques évidentes.)

**Conforter l'impact des familles ...dans la recherche de solution territoriale...création d'un pôle logement au sein même du siège de l'UNAFAM... Les délégations départementales unafam doivent être soutenues et coordonnées dans leurs actions de solutions hébergement/logement

***Nommer un(e) responsable interministériel sur la question du logement des personnes en souffrance psy la coordination entre (ARS, ministère du logement ,DGCS et territoires : régions /départements/communes) doit être conduite afin de répondre à une véritable question « sociétale » et aussi d'éviter des déserts d'accueil.

L'unafam a établi un plan logement dans le cadre de la réflexion « plan quinquennal lutte pauvreté début 2013)...3 grands chapitres y figuraient : l'urgence, la prévention, l'accès au logement en diffus.

Asnières le 10/6/14

B Voyer (administrateur unafam)

ANNEXE 4.4 :
NOTE APF SUR LA CONFERENCE SOCIALE

3^{ème} conférence sociale – 7 & 8 juillet 2014

Contribution de l'Association des Paralysés de France

table ronde 1^{er} juillet 2014

5 CONSTATS MAJEURS

- Une **gouvernance** éclatée, fragile, insuffisamment lisible maillée et construite (convention multipartite, pacte pour l'emploi en EA, travail en ESAT)
- Une **aggravation des difficultés** d'accès et de maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap (+80% d'augmentation du nombre de demandeurs d'emploi en situation de handicap depuis 2008 : de 228.000 fin 2008 à 413.000 fin 2013, place des seniors et des jeunes)
- Les **limites des dispositifs** existants et leur fonctionnement en silos (faiblesse des articulations insertion pro, médico-social, insertion, entreprises, inadaptation des outils d'accompagnement des parcours)
- Une **absence de sécurisation des parcours** vers et dans l'emploi pour une population vulnérable (surexposition aux risques d'exclusion durable de l'emploi)
- Des **trappes à inactivité** liées à des cadres administratifs inadaptés.

3 LEVIERS POUR AGIR

Pour répondre à ces **principaux constats**, l'Association des Paralysés de France propose d'agir sur **3 leviers** :

- **Rénover le dialogue sur le travail et l'emploi** des personnes handicapées dans une approche transversale et globale incluant le milieu ordinaire (privé et public), le secteur protégé en mobilisant l'ensemble des parties prenantes ;
- **Développer un plan d'action résolu en faveur de la lutte contre l'exclusion professionnelle et pour l'emploi des personnes en situation de handicap** (accès, développement des carrières et maintien dans l'emploi à tous les âges de la vie professionnelle notamment aux deux extrémités : jeunes et seniors) ;
- **Intégrer dans le Pacte de responsabilité et de solidarité des éléments dynamiques pour une société inclusive responsable et solidaire** (place des personnes durablement éloignées de l'emploi dans les entreprises, respect des AD'AP et des normes d'accessibilité dans les ERP)

1

Rénover la gouvernance pour le travail et l'emploi des personnes en situation de handicap

2

Mettre en œuvre un plan d'action résolu de lutte contre l'exclusion professionnelle et pour l'emploi des personnes en situation de handicap

3

S'engager pour une société inclusive responsable et solidaire en mobilisant le Pacte de responsabilité et de solidarité

GOUVERNANCE

POUR UNE RENOVATION DU DIALOGUE
SUR LE TRAVAIL ET L'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPEES

Le travail des personnes en situation de handicap constitue un défi aujourd'hui non résolu. Le faible taux d'activité (44%) et le taux élevé de chômage des personnes handicapées (22%) restent définitivement insatisfaisants. La gouvernance constitue une clé importante et reste un point faible du dispositif en dépit de certaines avancées.

① Revitaliser le dialogue pour l'emploi des personnes en situation de handicap

De nombreux acteurs sont mobilisés par la question de l'emploi des personnes en situation de handicap. Une convention multipartite a été conclue en novembre 2013. Ses orientations, ses réalisations restent opaques et méconnues. L'absence d'information et de dialogue avec les acteurs sociaux, parties prenantes du débat, est caractéristique.

PROPOSITION n°1

Afin d'améliorer la lisibilité du pilotage de la politique publique en faveur de l'emploi des personnes en situation de handicap, chaque année **un bilan de la convention multipartite** est réalisé et rendu public. **Ce bilan fait l'objet d'une présentation obligatoire devant le CNCPH et le CNE** par l'ensemble des parties prenantes (Etat, Fonds privés et publics Agefiph – Fiphfp, Assurance maladie notamment). Le CNCPH et le CNE rendent un avis.

② Redonner une dimension transversale et globale au pilotage des actions conduites en faveur des secteurs protégés et adaptés

De nombreux chantiers sont ouverts concernant ces secteurs. Ils souffrent l'un comme l'autre d'un déficit de cohérence et de transversalité du pilotage.

Découpage des thématiques par chantier, discontinuité des travaux sans calendrier de référence réel, déficit d'avancées concrètes et décisives pour l'avenir du secteur, tels sont nos constats.

2.1 le secteur protégé : les ESAT

Depuis 2008, de multiples chantiers se sont succédés : tarification, adaptation du secteur (6 sous-chantiers), décentralisation. Une succession de travaux ont « occupé » les acteurs du secteur. Les attentes de nos réseaux et des personnes accompagnées sont fortes. Le dialogue engagé avec les services de l'Etat se singularise par son irrégularité. Au regard de l'importance des besoins couverts et des attentes une clarification du pilotage est indispensable.

PROPOSITION n°2

Une rencontre annuelle de pilotage est organisée sous la responsabilité du ministère compétent. Il sollicite les parties prenantes, présente les avancées sur les principaux chantiers et favorise les pistes d'avenir autour d'un pilotage cohérent.

En particulier, il veille à organiser **un dialogue constructif** en amont des arrêtés annuels de tarification et de la circulaire budgétaire avec les associations représentatives et les fédérations du secteur. Des **actions concrètes** sont attendues en point de sortie des chantiers. Enfin et dans le **contexte de la réforme territoriale**, l'Etat veille à clarifier sa position quant au rattachement des ESAT. Le retrait de l'hypothèse de décentralisation des ESAT vers les conseils généraux évoqué n'est pas officialisé. Compte tenu des perspectives de réorganisation territoriale, cette clarification est aujourd'hui indispensable.

2.2 le secteur adapté : les entreprises adaptées

Dans un environnement économique en tension, les failles du pilotage par l'Etat du secteur sont particulièrement insatisfaisantes. Le pacte triennal pour l'emploi en EA signé en décembre 2011 a permis d'accompagner une dynamique adaptée aux besoins du secteur, cependant le déficit de suivi et de pilotage conduit à son quasi-essoufflement. Le gel en 2014 du plan de déploiement d'aide aux postes (1000 par an en 2012 et 2013, 0 en 2014 contre 1000 prévues) a constitué un point d'arrêt à cette dynamique dans une période économiquement critique.

PROPOSITION n°3

Relancer la dynamique en déclinant un avenant au pacte incluant la programmation des 1.000 aides au poste manquants pour les années 2015 et 2016, cette nouvelle génération du Pacte déclinera également un suivi amélioré des actions programmées par la DGEFP, une amélioration de la qualité du suivi notamment via l'ASP afin de limiter les effets de sous consommation, enfin la publication des décrets et arrêtés relatifs aux aides au poste et aux subventions spécifiques attendues depuis 2011 dans le cadre de la suppression de la notion d'efficience réduite.

Afin de favoriser une meilleure appréhension de l'ensemble de l'action conduite pour le travail et l'emploi des personnes en situation de handicap, un exercice de lisibilité globale pourrait être introduit notamment en amont des conférences sociales afin que des propositions circonstanciées et adaptées puissent émerger, en connaissance des manques, évolutions, progrès et des initiatives à suivre.

DEVELOPPEMENT DE L'EMPLOI DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP POUR UNE ACTION RESOLUE EN FAVEUR DE L'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPEES

L'exclusion du champ de l'emploi constitue malheureusement une tendance lourde pour les personnes en situation de handicap. L'accroissement significatif du nombre de personnes en situation de handicap recensées en emploi (+30% entre 2008 et 2013 de 284.000 à 370.000 dans le secteur privé à pondérer de la baisse de 4% dans le public) n'absorbe pas le chômage structurel (depuis 20 ans à hauteur de 20%) et surtout la croissance spectaculaire subie depuis 2008 du nombre de personnes handicapées privées d'emploi (+ de 80% entre 2008 et 2013 de 228.000 à 413.000). Cette situation reste définitivement insatisfaisante. La durée moyenne du chômage est de 23 mois, soit 7 pts au-dessus de l'ensemble de la population en recherche d'emploi. Cette dégradation impressionnante de la situation d'emploi des personnes handicapées souligne leur vulnérabilité sur le marché de l'emploi.

① **Sécuriser les parcours vers et dans l'emploi des personnes en situation de handicap du risque d'éloignement durable de l'emploi**

L'accompagnement vers et dans l'emploi des personnes en situation de handicap durablement éloignées de l'emploi doit impérativement être consolidé. Sous-représentation des jeunes dans la demande d'emploi d'une part, sur-représentation des seniors d'autre part. 50% de demandeurs chômeurs de longue durée, 1/3 de très longue durée, 1/3 âgés de 50 ans et plus. Les questions de séniorité, d'accès des jeunes à l'emploi, de formation et de qualification sont centrales.

1.1 garantir la participation des jeunes et des seniors en situation de handicap à la vie active

Les deux âges extrêmes de la vie active sont problématiques pour les personnes en situation de handicap, concilier vie professionnelle et situation de handicap reste complexe. Le renforcement des actions conduites en direction de ces deux publics doit constituer une priorité : les **seniors** et les **jeunes** en situation de handicap doivent pouvoir être accompagnés au mieux et constituer un public cible des actions et perspectives développées dans le cadre de la conférence sociale.

→ L'accès au premier emploi des jeunes : une priorité

L'absence d'engagement précoce des jeunes en situation de handicap sur le champ de l'emploi représente une cause de démotivation majeure, de réserve quant à leur avenir professionnel et de désincitation à l'emploi. Les conséquences des actions conduites en faveur de l'alternance restent limitées. En amont les liens entre école (ordinaire ou spécialisée)/université et entreprises restent beaucoup trop rares. Le constat majeur reste l'insuffisante connexion entre la scolarité et l'emploi alors que sur le terrain fourmillent les initiatives.

PROPOSITION n°4

Mettre la relation à l'entreprise au cœur de l'accès des jeunes à l'emploi (parcours de découverte, de formation, ...) en développant deux vecteurs :

- **des services d'accompagnement vers l'entreprise :**
 - ✓ remettre en place notamment au sein des universités des supports de type A2EH,
 - ✓ organiser et généraliser les synergies locales entreprises - rectorat/établissements scolaires (ordinaires et spécialisées) impliquant les services médico-sociaux (SESSD/SESSAD)
- **des actions de formation en lien direct avec l'entreprise** (cf propositions du Rapport Mestrallet relatif à la *mobilisation des acteurs économiques en faveur de l'emploi des jeunes* – avril 2014)

→ Favoriser le retour à l'emploi des seniors : une nécessité

85% des situations de handicap sont acquises à l'âge adulte. L'âge moyen des personnes accompagnées par le réseau Cap Emploi est de 47 ans. 1/3 des demandeurs d'emploi en situation de handicap est âgé de 50 ans et plus. Si l'extension du contrat d'apprentissage aux adultes en situation de handicap constitue une excellente idée, l'absence d'aménagement concret des modalités de mise en œuvre en empêche le déploiement (ex : mode de rémunération, adaptation des CFA à un public adulte...).

PROPOSITION n°5

Réviser les conditions de mise en œuvre du contrat d'apprentissage afin de l'adapter dans sa mise en œuvre au public adulte en situation de handicap.

1.2 mettre en place les conditions d'un retour rapide à l'emploi des salariés licenciés pour inaptitude médicale par l'extension du contrat de sécurisation professionnelle

En dépit des actions conduites en faveur du maintien dans l'emploi, celui-ci n'est pas toujours possible ni souhaitable pour la personne en situation de handicap. Chaque année, plus d'un million de salariés se voient notifier des avis de restrictions d'aptitude ou des demandes d'aménagement de poste de travail, les dernières données disponibles laissent apparaître que 200 000 avis d'inaptitude sont émis annuellement et que, parmi eux, 60% des situations se concluent par un licenciement pour inaptitude.

Pour être totalement précis, il faudrait également ajouter à ceux-ci la part des salariés, mis en invalidité ou en longue maladie sans constatation de la situation d'inaptitude et les fins de contrat (CDD et autres contrats précaires).

S'il est indispensable d'agir pour le maintien dans l'emploi, sujet autour duquel il y a encore beaucoup à faire (les SAMETH ont accompagné plus de 20 000 situations et permis le maintien en emploi de plus de 11 000 individus, les cellules PDP de l'Assurance maladie couvre également un nombre indéterminé de situation dans le cadre des missions définies par la COG), il est impératif d'améliorer le sort réservé aux exclus de l'emploi du fait de leur état de santé et de réduire le temps qui s'écoule en moyenne entre la perte et le retour à l'emploi (4 ans en moyenne).

PROPOSITION n°6

(proposée en 2013)

- **Evaluer les conditions d'extension du contrat de sécurisation professionnelle** habituellement proposé aux salariés dans le cadre d'un licenciement économique **aux salariés licenciés suite à une inaptitude médicale constatée**
- **Expérimenter cette extension soit par à partir de branches professionnelles, soit à partir de bassins d'emploi** afin d'en valider la pertinence dans le parcours de retour à l'emploi dans des délais satisfaisants.

Cette solution, si coûteuse qu'elle apparaisse en première analyse, constitue à moyen terme, un investissement et une solution efficiente (gain de temps, qualité d'accompagnement renforcé et retour à l'emploi sur une durée plus courte, sécurisation de la situation économique des personnes sur une période de forte vulnérabilité sur le champ personnel et professionnel).

1.3 garantir une meilleure prise en compte de la singularité des situations et des parcours par une adaptation des accompagnements: l'emploi accompagné

Primo-accession à l'emploi, évolution (de l'état de santé ou du contexte professionnel) en cours de carrière, personnes durablement éloignées de l'emploi, telles sont les situations auxquelles une partie conséquente des personnes en situation de handicap sont confrontées et pour lesquelles les limites des dispositifs existants (nature et durée de

l' « accompagnement » proposé) sont mises en évidence.

Accompagnement en amont ((re)mobilisation, découverte de l'entreprise, définition de projet(s), culture d'entreprises « les attendus », exploration « assistée » du marché du travail, premiers pas dans l'entreprise, suivi renforcé ...) et accompagnement en cours d'emploi (alerte, anticipation des évolutions, urgence) de la personne en situation de handicap et de l'entreprise (encadrement ou collectif de travail) sont deux aspects insuffisamment voire non couverts aujourd'hui. Cette situation génère une exclusion durable de l'emploi des personnes en situation de handicap concernées.

Le rapport d'étude initiée par le GPS emploi, piloté par la FEGAPEI avec la participation active de l'APF, financée par la CNSA, remis fin juin 2014 révèle qu'un nombre conséquent de personnes sont susceptibles d'être concernées par ce besoin d'accompagnement renforcé : un flux annuel de 2.500 personnes et un « stock » de près de 70 000 individus dont près de 60% relève d'un suivi cap emploi.

Complémentaire aux dispositifs existants, **l'emploi accompagné** ou « supported employment » constitue un mode d'accompagnement renforcé adapté aux besoins singuliers des individus dans un environnement économique contraint.

Les conclusions de la mission parlementaire confiée à la députée Annie Le Houérou sont attendues.

PROPOSITION n°7

(proposée en 2013)

- **Intégrer au sein de l'offre de service porté par les Cap Emploi un niveau de service d'accompagnement renforcé** concernant un public circonscrit et mesuré présentant des critères d'exclusion de l'emploi (très longue durée de chômage et/ou situation de handicap complexe réduisant les hypothèses d'accès rapide à l'emploi) s'appuyant pour les conseillers sur un portefeuille de suivi de situation réduit ;
- **Organiser la déclinaison de services s'appuyant sur le secteur médico-social (SESSD/SESSAD, SAVS, SAMSAH, ESAT) un dispositif d'accompagnement des transitions durable et pérenne.** La dimension « pro » doit être déclinable par typologie de service, les compétences adhoc prévues et des financements affectés ;
- **Instaurer un groupe de travail autour des conclusions de la mission parlementaire Le Houérou sur l'accompagnement** incluant l'ensemble des acteurs concernés (institutionnels, associations et partenaires sociaux).

②

Lever les freins administratifs trappes à inactivité et/ou freins à l'accès à l'emploi en milieu ordinaire de travail

Trois freins spécifiques mériteraient d'être levés pour faciliter l'accès et/ou le retour à l'emploi en milieu ordinaire :

- L'automatisme de la RLH pour les sortants d'ESAT
- La modification d'accès à la RSDAE

Enfin des dispositions particulières en faveur des aidants pourraient être explorées :

- Motif légitime de démission
- Accompagnement au retour à l'activité professionnelle

2.1 Rendre automatique l'attribution de la RLH pour les sortants d'ESAT

La recherche de fluidité entre secteur protégé et milieu ordinaire doit être soutenue a minima par un cadre facilitateur. Le taux de sortie faible (0,38) doit pouvoir bénéficier d'un appui économique direct à l'entreprise.

PROPOSITION n°8

(proposée en 2013)

Simplifier l'accès à la mesure de la reconnaissance de la lourdeur du handicap (RLH) en **automatisant l'attribution de la RLH pour les personnes sortant d'ESAT** pour les employeurs souhaitant recruter/salarier des personnes en situation de handicap issues d'ESAT (principe de présomption de la RLH).

2.2 Lever les freins à l'activité à temps partiel pour les bénéficiaires de la restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi (RSDAE) – AAH L821-2 code de la sécurité sociale

Le décret n° 2011-974 du 16 août 2011 relatif à la RSDAE percuté deux réalités : celle du marché de l'emploi (notamment relative à l'exercice de la durée effective d'activité à temps partiel en entreprise) et celle issue de la législation sur l'emploi (loi de Juin 2013 qui instaure une durée minimale de 24 heures hebdomadaires pour les temps partiels sauf exceptions liées à des accords de branche).

Or en subordonnant l'attribution d'une RSDAE (AAH – L821-2 code de la sécurité sociale) à l'exercice d'une activité professionnelle inférieure à un mi-temps, ce cadre administratif laisse le choix entre :

- la précarisation de travailleurs « fragiles/vulnérables » notamment sortants d'ESAT,
- et une trappe à inactivité (en confirmant que par sécurité il vaut mieux ne pas travailler et percevoir une AAH à taux plein plutôt que de s'exposer en travaillant et percevant le cas échéant un différentiel d'AAH).

PROPOSITION n°9

(proposée en 2013)

Modifier le décret en conséquence en levant la restriction liée à la durée d'exercice d'une activité aujourd'hui fixée à une durée strictement inférieure à un mi-temps qui constitue un frein absolu à l'emploi en milieu ordinaire et une trappe à précarisation, voire à inactivité (en portant cette durée au minimum à un mi-temps respectant ainsi les usages du monde du travail et la qualité de vie des personnes en situation de handicap).

Saisir l'opportunité de cette modification pour :

Lever la restriction de la durée d'attribution de l'AAH L821-2 (< 2 ans) qui constitue un second frein administratif celui-ci en multipliant pour des personnes vulnérables les démarches administratives et en engorgeant inutilement les circuits des MDPH sans pour autant générer une amélioration de la situation d'accompagnement et d'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap. (rétablir les modalités de gestion antérieures d'attribution : de 1 à 5 ans suite à évaluation des équipes pluridisciplinaires des CDAPH)

2.3 Soutenir les aléas de vie professionnelle des aidants

Deux sujets représentent des difficultés majeures pour les aidants qui accompagnent pour une durée plus ou moins longue leur proche.

Ces sujets concernent d'une part la sortie temporaire de l'activité professionnelle et vise l'introduction d'un nouveau motif légitime de démission (calqué sur la démission pour suivi du conjoint) et d'un nouveau mode de sécurisation du retour à l'emploi pour des aidants ayant parfois pour une longue durée abandonnée leur activité professionnelle et souhaitant retrouver un travail.

PROPOSITION n°10

- **Assurer des droits à allocation chômage aux parents contraints de démissionner pour suivre leur enfant** en intégrant ce nouveau motif de démission comme légitime dans le cadre des négociations UNEDIC sur l'assurance chômage
- **Etendre le dispositif de retour à l'emploi pour les femmes sortant d'un congé parental (dans le cadre de la loi égalité femmes-hommes) aux aidants ayant interrompu leur activité professionnelle** afin de leur permettre de s'engager dans la préparation de leur retour à l'emploi en bénéficiant d'un bilan de compétence et de formations sur mesure

3

SOCIÉTÉ INCLUSIVE ET RESPONSABLE

POUR UNE MOBILISATION DU PACTE DE RESPONSABILITÉ & DE SOLIDARITÉ

Les négociations engagées autour du pacte de responsabilité et de solidarité constituent un cadre novateur capable d'intégrer des dimensions sociétales indispensables permettant de participer à la construction d'une société inclusive.

A son échelle, l'APF souhaite s'inscrire dans la dynamique du débat en proposant que deux dimensions particulières soient prises en considération dans le cadre.

A cet égard, il s'agit de promouvoir et de prendre en compte dans le cadre de contreparties valorisables :

- ① Les actions mise en œuvre en termes d'accessibilité et de conception universelle ainsi que le respect des agendas programmés d'accessibilité (AD'AP)
- ② Le respect de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés.

Présentation de l'APF

Association créée en 1933 et reconnue d'utilité publique. Un mouvement national de défense et de représentation des personnes avec un handicap et de leur famille qui milite pour l'égalité des droits et l'exercice d'une pleine citoyenneté. L'APF développe une offre de service social et médico-social sur tout le territoire.

L'APF en chiffres : 25 000 adhérents, 30 000 usagers, 13 500 salariés, 450 structures

ANNEXE 4.5 :
NOTE CPAM SUR LA PREVENTION DE LA
DESINSERTION PROFESSIONNELLE

La Prévention de la Désinsertion Professionnelle : PDP

La PDP : c'est quoi ?

- Une offre de service de proximité permettant de détecter et de prendre en charge le plus tôt possible les salariés en arrêt de travail qui risquent de ne pas reprendre leur emploi du fait d'un problème de santé [maladie, AT, handicap, invalidité...]
- Objectif : Assurer à ces salariés un maintien en emploi dans les meilleures conditions possibles soit dans leur entreprise à leur poste de travail ou à un autre poste, soit par une réorientation professionnelle dans un autre secteur d'activité

La PDP : avec Qui ?

- Elle repose **sur l'implication et la mobilisation** des différents acteurs en utilisant les compétences, l'expérience et la complémentarité de
 - Chacun des services de l'Assurance Maladie : Echelon local du service médical (ELSM), Service social CARSAT, CPAM
 - Et des partenaires associés : SAMETH, Services de Santé au Travail
- Dans chaque Caisse Régionale, des cellules de coordination régionale pilotent le dispositif de Prévention de la Désinsertion Professionnelle.
- Dans chaque CPAM, des cellules opérationnelles dédiées coordonnent les actions. Elles sont composées du service médical, du service social, de la CPAM et dans certains départements comme la Gironde d'un médecin du travail et du Sameth.

La PDP : Qui peut en bénéficier?

Tout salarié en arrêt de travail (maladie, invalidité, accident de travail ou de trajet, maladie professionnelle) titulaire d'un contrat de travail [CDI, CDD, Intérim] au moment de l'arrêt, présentant un risque de restrictions médicales ou d'inaptitude à son poste de travail

La PDP : Comment en bénéficier ?

- **Le Service Social** propose une offre de service à tous les salariés en arrêt de plus de 90 jours.
- **Les Médecins Conseils** détectent, lors de leurs contrôles, toute difficulté à la reprise de l'activité professionnelle. Dans ce cas, ils orientent le salarié vers le Service Social et vers le service de santé au travail.
- **Le Médecin du Travail**, lors des visites de pré-reprise, identifie des restrictions d'aptitude ou un risque d'inaptitude au poste. Il peut orienter les personnes vers le Service Social et le Sameth.
- **La plateforme de service et le Service Accueil** de la CPAM détectent et orientent les assurés vers le Service Social

La PDP : comment ça marche ?

- **Action du Service Médical**
 - Lors du contrôle des arrêts, le médecin conseil évalue la capacité du salarié à reprendre une activité professionnelle quelconque

- S'il existe un risque de désinsertion professionnelle, et avec l'accord du salarié, il demande une visite de pré-reprise au médecin du travail et fait un signalement au Service Social

➤ **Action du Service Social**

- L'assistant de service social aide la personne à aménager son projet de vie dans la dynamique de l'emploi, informe et conseille sur les droits, les démarches et l'ensemble des ressources mobilisables.
- Il aide la personne à comprendre et analyser sa situation au regard de son emploi et de son état de santé, afin de définir et mettre en œuvre un projet de maintien dans l'emploi lorsque le retour dans l'entreprise est possible

➤ **Action de la CPAM**

- Le Service Accueil / la plateforme de services : reçoit et informe les assurés, employeurs et médecins, et peut les orienter vers le bon interlocuteur.
- Les services prestations Maladie et AT-MP : versent les indemnités journalières, remboursent les soins. Ils mobilisent les financements et facilitent la mise en place de dispositifs visant le retour à l'emploi.

➤ **Action du SAMETH**

Si un risque d'inaptitude ou des restrictions d'aptitude sont repérées, le Sameth peut être sollicité par le médecin du travail, le service social, le salarié ou l'employeur...

- Dès lors qu'il est saisi, le Sameth analyse la situation et accompagne le salarié dans la recherche et la construction de solutions adaptées en lien avec le médecin du travail.

La PDP : accès facilité à des actions de formation durant l'arrêt

- Les articles L.323-3-1 et L.433-1 alinéa 4 du code de la SS prévoient que les assurés en arrêt de travail peuvent accéder à des actions de formation professionnelle continue ou des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil sans faire obstacle au versement de leurs indemnités

La PDP : Les Résultats 2013 en Gironde

- Augmentation **de 8,34 %** du nombre de bénéficiaires du parcours PDP entre 2012 et 2013
- Situation des bénéficiaires en fin d'action

Nombre de dossiers clôturés : **765** dont

 - Maintien en Emploi : 174 (22,7%)
 - Maintien marché du travail : 330 (43,1%)
 - Sorties avec solution sociale : 87 (11,4%)
 - Interruption autres catégories : 174 (22,7%)
- Quelques chiffres nationaux 2012
 - 94 850 assurés identifiés en risque de désinsertion
 - 91 200 assurés bénéficiaires de l'offre

ANNEXE 4.6 : NOTE CNAF SUR LA GESTION DE L'AAH

Contribution pour le groupe de travail handicap pauvreté du 27 mai 2014 :

Modalités de gestion de l'AAH-Généralités

La prestation AAH vise à garantir à toute personne en situation de handicap, reconnue par la CDAPH, un revenu minimum.

L'AAH est un minimum social qui est ouvert aux bénéficiaires de plus de 20 ans (ou moins de 20 ans dans des conditions particulières et limitatives), en régularité de séjour sans ressources ou disposant de faibles ressources.

Le mode de calcul de l'AAH diffère en fonction de divers critères:

-1-Lorsque le bénéficiaire est inactif, ses droits sont calculés en fonction du montant des ressources imposables perçues au cours de l'année de référence, transmises par un échange dématérialisé émanant de la DGFIP (ou sur déclaration de l'allocataire sur un formulaire de "déclaration de ressources annuelle")

-2-Lorsque le bénéficiaire est actif en milieu ordinaire, ses droits sont calculés en fonction du montant des ressources imposables perçues au cours du trimestre de référence, déclarées sur un formulaire spécifique (déclaration trimestrielle de ressources DTR)

-3-Lorsque le bénéficiaire est actif en milieu protégé, ses droits sont calculés en fonction du montant de la rémunération garantie déclarée par l'ESAT. Un principe d'écêtement est aussi appliqué

Lorsque le bénéficiaire actif, en milieu ordinaire comme protégé, réduit son activité d'au moins 10% sur 2 mois consécutifs, ses droits sont majorés-

-4-Lorsque le bénéficiaire perçoit des pensions, de vieillesse ou invalidité : un double calcul est effectué

-en fonction de ses ressources annuelles ou trimestrielles (aah taux plein-ressources)

-en fonction du montant de pension perçu (aah taux plein-pension)

Le bénéficiaire percevra le montant d'AAH le moins élevé .

FICHE N°1 Modalités de gestion de l'AAH-Bénéficiaire sans activité professionnelle

Lorsque le bénéficiaire est inactif (par ailleurs non titulaire d'un avantage vieillesse ou invalidité), ses droits sont calculés en fonction du montant des ressources imposables perçues au cours de l'année de référence, transmises par un échange dématérialisé émanant de la DGFIP (ou sur déclaration de l'allocataire sur un formulaire de "déclaration de ressources annuelle").

Ainsi le bénéficiaire sans activité est dispensé de formalités administratives lourdes :

Après le dépôt de la demande d'aah , la cdaph transmet la notification de décision à la caf qui étudie les conditions administratives d'ouverture de droit. La CAF peut alors demander des pièces justificatives complémentaires (sur la situation familiale ou professionnelle, les ressources, le logement indépendant...)

Annuellement, les ressources sont transmises, dans la grande majorité des cas, dans le cadre des échanges avec la Dgfip.

Détermination des ressources prises en compte

L'année de référence s'entend de l'année N-2 (les droits aah calculés en 2014 sont basés sur les ressources déclarées au titre de l'année 2012).

Ces ressources sont affectés d'abattements classiques (Abattement fiscal de 10 % ou frais réels) et d'abattements spécifiques (abattement spécifique AAH de 20 % (coefficient de 0,8)

Depuis le décret du 24 novembre 2010 un nouvel abattement , nommé « cumul partiel » s'applique sur les rémunérations tirées d'une activité salariée ou non salariée (travailleur indépendant ou auto entrepreneurs), d'un stage de formation professionnelle ou revenus assimilés (indemnités journalières maladie..).

Par tranche de revenu, il est appliqué:

- Un abattement de 80 % pour la tranche de revenus inférieurs ou égaux à 30 % du Smic brut en vigueur au dernier jour du trimestre de référence

et

- Un abattement de 40 % pour la tranche de revenus supérieurs à 30 % du Smic brut en vigueur au dernier jour du trimestre de référence

Ces abattements sont fixés en pourcentage du Smic brut arrondi à l'euro le plus proche.

Ces derniers abattements s'appliquent en lieu et place des abattements fiscaux.

FICHE N°2 Modalités de gestion de l'AAH-Bénéficiaire en activité en milieu ordinaire

Lorsque le bénéficiaire est actif en milieu ordinaire, ses droits sont calculés en fonction du montant des ressources imposables perçues au cours du trimestre de référence, déclarées sur un formulaire spécifique (déclaration trimestrielle de ressources DTR).

La nature des ressources prises en compte pour le calcul des droits est identique à celles prises en compte en gestion annuelle (à l'exception des frais réels non retenus en gestion trimestrielle et remplacés par un abattement forfaitaire de 10%). Seule la temporalité diverge.

Les démarches de l'allocataire peuvent être effectuées par le biais de la DTR en format papier ou par la téléprocédure mise en ligne sur la rubrique mon compte du caf.fr. Cette téléprocédure est accessible aux personnes atteintes de déficience visuelle.

Passage de l'inactivité à l'activité en milieu ordinaire

Lorsque le bénéficiaire, auparavant inactif, débute une activité en milieu ordinaire, il doit compléter une DTR adressée de façon automatisée par la CAF dès que la situation d'emploi est connue.

Le calcul des droits passe alors en rythme trimestriel à compter du trimestre suivant (.Les trimestres de droit sont déterminés en fonction de la date de la demande d'AAH)

S'ouvrent deux périodes spécifiques :

Une période de 6 mois durant laquelle l'allocataire peut cumuler l'intégralité de sa nouvelle rémunération avec l'aah (calculée sans prise en compte de cette nouvelle ressource) dès le mois de reprise d'activité.

Une période de cumul partiel qui s'applique tant que des revenus d'activité salariés (ou Ijss, ou revenus Eti) sont présents en trimestre de référence selon les modalités définies dans la fiche précédente (80% et 40%)

Passage de l'activité en milieu ordinaire à l'inactivité

Le bénéficiaire cessant son activité en milieu ordinaire, rebascule en système de gestion annuelle au 1^{er} janvier suivant une période d'inactivité de 9 mois.

Ces droits seront alors calculés en fonction des ressources imposables déclarées annuellement et l'allocataire ne recevra plus de DTR à compter du 1^{er} janvier.

Jusqu'à cette date, les droits continueront à être calculés en fonction de ses ressources trimestrielles, lesquelles le cas échéant peuvent être nulles. Lorsque l'allocataire a cessé toute activité professionnelle sans revenu de remplacement, les revenus d'activité professionnelle, les indemnités de chômage et les Ijss du trimestre de référence ne sont pas pris en compte

Lorsque l'allocataire a cessé toute activité professionnelle sans revenu de remplacement, les revenus d'activité professionnelle, les indemnités de chômage et les Ijss du trimestre de référence ne sont pas pris en compte

Exemple : cessation d'activité le 15 juillet 2014 sans revenu de substitution

Droits pour avril, mai et juin 2014

Dtr 01-02-03/2014:revenus d'activité retenus après l'application de la règle de cumul partiel (80-40%) : 60 euros

L'aah est de $790,18 - 60 = 730,18$ euros pour avril, mai puis juin

Droits pour juillet, août et septembre 2014

Dtr 04-05-06/2014 : revenus d'activité retenus après l'application de la règle de cumul partiel (80-40%) : 60 euros

L'aah est de $790,18 - 60 = 730,18$ euros pour juillet

L'aah sera de 790,18 euros à compter d'août, ce montant sera maintenu si l'allocataire ne déclare aucune ressource

Fin de la période des 9 mois d'inactivité en avril 2015

Basculer en gestion annuelle au 1^{er} janvier 2016 : les droits seront calculés sur la base des ressources annuelles déclarées pour 2014

Réduction d'activité en milieu ordinaire

Un abattement, dont le montant est fonction de la réduction d'activité constatée, est appliqué sur les revenus de la période de référence

L'abattement est mis en œuvre en cas de réduction d'activité d'au moins 2 mois consécutifs.

Il s'applique à compter du mois suivant la réduction d'activité jusqu'à la fin de la période de paiement suivant celle en cours, y compris en cas de perception de revenus de substitution consécutifs à cette réduction d'activité.

Lorsque l'allocataire a cessé toute activité professionnelle sans revenu de remplacement, les revenus d'activité professionnelle, les indemnités de chômage et les Ijss du trimestre de référence ne sont pas pris en compte.

FICHE N°3 Modalités de gestion de l'AAH-Bénéficiaire en activité en milieu protégé

Lorsque le bénéficiaire est actif en milieu protégé, ses droits sont calculés en fonction du montant de la rémunération garantie déclarée par l'ESAT (établissement et service d'aide par le travail).

Une activité en ESAT ne permet pas la mise en oeuvre de la gestion trimestrielle des ressources. Cependant, les droits AAH des travailleurs en Esat peuvent être déterminés selon une logique trimestrielle de ressources dans l'hypothèse où ils ont exercé précédemment une activité salariée ayant entraîné une bascule en gestion trimestrielle. La gestion trimestrielle, dans ce cas précis, cessera au 1^{er} janvier de l'année suivant une période d'activité en Esat de 9 mois (à l'identique du passage de l'activité à l'inactivité)

Un principe d'écêtement est aussi appliqué.

La rémunération garantie est composée de :

- La part financée directement par l'Esat (salaire direct) assortie éventuellement d'une bonification,
- L'aide au poste, à la charge de l'État et avancée par l'employeur.

CALCUL DE LA REMUNERATION GARANTIE

Calcul sur la base de ressources annuelles

A l'entrée en ESAT :

en l'absence de ressources en année de référence : le montant de l'aide au poste du premier mois de rémunération garantie est multiplié par 12

en présence de ressources provenant d'une activité en milieu ordinaire ou protégé : les ressources d'origine professionnelle sont neutralisées, y compris revenus de substitution et le montant de l'aide au poste est multiplié par 12.

en présence d'autres natures de ressources (autres que professionnelles) : ces ressources sont ajoutées à 12 fois le montant de l'aide au poste.

Au renouvellement,

si la personne a travaillé en milieu protégé durant toute l'année de référence.

- Prise en compte des ressources déclarées (montant des rémunérations garanties perçues pendant l'année de référence).

- si la personne n'a pas travaillé en milieu protégé durant toute l'année de référence.

- Voir les modalités de calcul mises en place lors de l'entrée en ESAT

Calcul basé sur les ressources trimestrielles

Les principes de calcul sont identiques. La seule différence réside dans la temporalité.

Ainsi l'aide au poste ne sera pas multipliée par 12 (pour reconstituer une base annuelle) mais par 3 (pour reconstituer une base trimestrielle).

Abattement spécifique aux rémunérations perçues en Esat

Application sur les revenus procurés au titre de l'activité exercée en Esat, d'un abattement variable en fonction de la part de rémunération garantie financée par l'Esat.

Pourcentages d'abattement :

- 3,5 % si la part de rémunération financée par l'Esat est $> 5\%$ et $< 10\%$ du Smic
- 4 % si la part de rémunération financée par l'Esat est $\geq 10\%$ et $< 15\%$ du Smic
- 4,5 % si la part de rémunération financée par l'Esat est $\geq 15\%$ et $< 20\%$ du Smic
- 5 % si la part de rémunération financée par l'Esat est $\geq 20\%$ et $\leq 50\%$ du Smic

FICHE N°4 Modalités de gestion de l'AAH-Bénéficiaire titulaire de pensions vieillesse ou invalidité

Les demandeurs ou bénéficiaires d'Aah doivent prioritairement faire valoir leurs droits aux avantages vieillesse, invalidité ou accident du travail auxquels ils peuvent prétendre.

Il peut s'agir d'avantages contributifs ou non contributifs, de droit personnel ou de réversion.

Ces dispositions sont applicables également aux avantages dus au titre d'une législation étrangère

Le bénéficiaire est avisé de ses obligations. Si le bénéficiaire justifie des démarches entreprises, l'Aah continue à être versée à titre d'avance.

Modalités de calculs des droits en présence de pension

Un double calcul est opéré.

Calcul n°1 l'aah est calculée sur la base des ressources annuelles (ou trimestrielles selon les cas) :

$(12 \times \text{AAH taux plein} - \text{ressources annuelles retenues}) / 12$

Calcul n°2 l'aah est calculée sur la base des ressources annuelle (ou trimestrielle selon les cas) :

AAH taux plein –montant de la pension

Le montant le moins important issu des deux calculs est versé à l'allocataire.

Exemple

Calcul 1-

Assiette ressources (base annuelle)= 5500 €

Plafond : 9482,16 € (790,18X12)

Aah mensuelle = $\frac{9482,16 - 5500}{12} = 331,84 \text{ €}$

Calcul 2-

Droit Aah taux plein en février 2013 : 790,18

Montant de la pension en février 2014 : 780 euros

Aah 790,18-780=10,18 euros

Droit aah définitif : 10,18 euros

Cas des avantages invalidité ou accident du travail :

Si la Caf détermine que le bénéficiaire remplit les conditions d'octroi de ces avantages, l'allocataire dispose de 3 mois pour faire valoir ses droits . A l'issue de ce délai, l'aah sera suspendue si le bénéficiaire ne justifie pas avoir engagé les démarches requises.

A réception de la notification de l'avantage invalidité ou accident du travail :

-Si pension égale ou supérieure à l'Aah : révision de l'Aah à la date d'effet de la pension et indu à l'allocataire (sauf si mise en œuvre d'un dispositif subrogatoire en application d'accords locaux)

- Si pension inférieure à l'Aah : droit différentiel à l'Aah.

Cas des avantages vieillesse :

Le bénéficiaire déjà connu de la Caf est avisé de l'obligation de faire valoir ses droits à pension vieillesse selon le dispositif suivant

30 mois avant l'âge légal de départ en retraite :

Signalement à la Carsat afin de déclencher la recherche d'un compte individuel et la reconstitution de carrière.

12 mois avant l'âge légal de départ en retraite :

En l'absence de récépissé de dépôt de demande de pension et si le régime d'affiliation est la Caisse des dépôts et consignation (Cdc) ou inconnu : courrier vers l'allocataire :

- l'invitant à faire valoir ses droits à pension vieillesse auprès de son organisme vieillesse (ou vers la mairie de son domicile s'il n'a jamais travaillé)
- l'informant qu'en l'absence de récépissé de dépôt de demande, l'aah sera suspendue.

4 mois avant l'âge légal de départ en retraite :

Pour les seuls bénéficiaires relevant d'un régime identifié (régime général ou autre):

⇒ Courrier vers l'allocataire :

- l'invitant à faire valoir ses droits à pension vieillesse auprès de son organisme vieillesse.
- l'informant qu'en l'absence de récépissé de dépôt de demande, l'aah sera suspendue

⇒ Courrier vers la Carsat (si l'allocataire relève du régime général) l'informant que l'intéressé va atteindre l'âge légal de départ en retraite afin qu'elle lui adresse une demande de pension

A réception de la demande de pension, la Carsat adresse à la Caf l'accusé de réception de cette demande.

A réception de la notification de l'avantage vieillesse, si le bénéficiaire présente un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% :

- Si pension égale ou supérieure à l'Aah : révision de l'Aah à la date d'effet de la pension et mise en œuvre d'un dispositif subrogatoire avec les CARSAT (pour la récupération d'indu éventuel)

- Si pension inférieure à l'Aah : droit différentiel à l'Aah.

Si le bénéficiaire présente un taux d'incapacité inférieur à 80%, le droit aah prend fin.

FICHE N°5 Modalités de traitement des dossiers AAH

Le demandeur doit déposer son dossier complet à la MDPH qui transmet sans délai une copie à l'organisme débiteur (selon les accords locaux la copie de cette demande peut être transmise avec la décision finale de la CDAPH).

Le formulaire de « demande auprès de la MDPH » contient les informations nécessaires à l'étude du droit aah et des informations strictement utiles à la gestion du droit aah . Ainsi de nombreux volets de la demande n'ont pas à être transmis à la Caf (certificat médical et projet de vie notamment).

La CDAPH instruit la demande et transmet sa décision à l'allocataire et à la Caf pour étude finale des conditions administratives (ressources , régularité du séjour...) .

Les droits aah sont ainsi valorisés sur la base de l'accord de la CDAPH mentionnant le taux d'incapacité et la durée de l'accord . La caf ne connaît pas la nature du handicap du bénéficiaire, cette information n'étant pas utile à l'étude du droit

Dans le cadre de l'examen des conditions administratives, la caf peut être conduite à demander des pièces complémentaires à l'allocataire.

Suite à l'examen du dossier, la décision de la Caf est notifiée à l'allocataire (ouverture du droit ou refus).

Plusieurs mois avant le terme de l'accord de la Cdaph, la Caf avise l'allocataire de la nécessité de renouveler ses droits en complétant un dossier de « demande auprès de la mdph ». Le délai de prévenance est déterminé conjointement avec la mdph en fonction de ses délais de traitement, variables selon les départements.

La Caf peut mettre en place le dispositif d'avance sur droits supposés : il permet de maintenir les droits aah dans l'attente de la décision cdaph sur le renouvellement des droits. La caf et la mdph peuvent ainsi être amenées à définir les modalités d'application de ce maintien (dossiers concernés notamment en fonction du taux d'incapacité, durée prévisible...).

La Caf s'assure du dépôt de la demande directement auprès de la MDPH sans transiter par l'allocataire.

Si le bénéficiaire dépose une demande visant au renouvellement de ses droits avant l'échéance de l'accord initial d'aah, ses droits seront ainsi maintenus durant un certain délai, défini conjointement par la caf et la MdpH.

En revanche si le dossier de renouvellement est déposé après l'échéance de l'avis initial, aucun maintien ne peut être opéré.

Exemple :

Accord de la cdaph sur l'aah de janvier 2009 à janvier 2014

La caf avise l'allocataire de la nécessité de renouveler ses droits en aout 2013

La cdaph informe la Caf que l'allocataire a déposé un dossier de renouvellement en décembre 2013 .

Les droits aah seront maintenus jusqu'à la prise de décision de la CDAPH qui intervient en mars 2014 (accord de février 2014 à février 2019) : les droits n'ont pas été interrompus et continuent conformément à la nouvelle décision de la cdaph

FICHE N°6 échanges entre les Caf et les partenaires dans le cadre de la gestion de l'Aah

Pour le traitement des dossiers aah, les caf reçoivent de la part de leurs partenaires les informations suivantes :

De la part de la mdph : les notifications d'attribution ou de refus et les informations relatives au dépôt de la demande de renouvellement

De la part de l'assurance maladie : pour l'affiliation à l'assurance maladie, le droit à l'ACS , pour les droits à pension et rente

De la part du Sngi : pour la certification des NIR des demandeurs d'aah

Des services fiscaux pour la transmission des ressources annuelles, l'exonération de la taxe d'habitation, et le dégrèvement de la redevance audiovisuelle

Les Carsat pour les reconstitutions de carrière, le signalement des personnes en situation d'invalidité pouvant ouvrir droit à un avantage retraite à taux plein à l'âge légal de départ à la retraite, et pour l'affiliation à l'assurance vieillesse des aidants familiaux

Les ESAT pour les entrées et sorties en ESAT et la communication du montant de la rémunération garantie, le cas échéant par voie de téléprocédure.

Les établissements accueillant les personnes handicapées : pour le versement direct de l'allocation, les hospitalisations ou placement

Les services tutélaires amenés à effectuer des démarches pour les bénéficiaires

Les opérateurs de téléphonie pour le bénéfice de la réduction sociale téléphonique

FICHE N°7 projet de dématérialisation es échanges caf/mdph

Le présent projet doit contribuer à faciliter le partenariat entre les MdpH et les Caf / Cmsa, et les échanges d'informations, et permettre aux différents acteurs d'assurer au mieux les missions qui leur sont confiées, en matière d'accès des personnes handicapées à leurs droits, et notamment aux prestations versées par les Caf et les Cmsa.

Le principal objectif poursuivi par ce projet est une dématérialisation des échanges entre les MdpH et les Caf / Cmsa, en matière de demandes d'Allocation aux Adultes Handicapés (Aah) et d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (Aeeh). Ce flux s'accompagne d'un traitement automatisé ou semi-automatisé dans chacun des systèmes d'information.

Les optimisations envisagées doivent aboutir à une amélioration du service à l'utilisateur et à des gains de productivité chez tous les partenaires. L'automatisation de procédures de transferts jusque là manuelles va en effet permettre :

- une réduction des délais de transfert des dossiers ;
- une diminution des délais de traitement ;
- un allègement de la charge de travail pour les MdpH, Caf et Cmsa ;
- un allègement des coûts de traitement ;
- la fiabilisation et la sécurisation des données transmises ;
- une limitation des risques d'erreurs humaines (diminution du nombre d'erreurs de traitement, du nombre de paiements erronés...) ;
- une amélioration de la qualité de l'offre de service : limitation des interruptions de droits, diminution du nombre et du montant des indus, meilleure compréhension du bénéficiaire et diminution des sollicitations à son encontre.

Les objectifs du projet vont donc s'organiser autour de la dématérialisation des différents flux d'échanges d'informations qui suivent de façon chronologique le parcours et la vie d'un dossier.

Ainsi, il va s'agir de :

- mettre à disposition des MdpH les informations pertinentes présentes dans le Système d'information des Caf / Cmsa, dans le cadre de l'instruction des « demandes auprès de la MdpH »
- dématérialiser et automatiser la transmission de la demande de prestations liée à un handicap et des décisions de la Cdaph s'y rapportant, des MdpH vers les Caf / Cmsa (toute décision impactant l'étude des droits aux prestations handicap par les Caf / Cmsa)
- automatiser au maximum l'enregistrement de ces demandes et décisions dans le système d'information des Caf / Cmsa
- dématérialiser le transfert vers les MdpH des décisions administratives prises par les Caf / Cmsa pour le versement de ces prestations (suite à l'enregistrement de la décision de la Cdaph)
- automatiser et dématérialiser la communication par les Caf / Cmsa aux MdpH des dossiers devant faire l'objet d'une procédure de renouvellement
- dématérialiser l'envoi par la MdpH des dossiers pouvant faire l'objet d'un maintien de droit dans l'attente de la nouvelle décision de la Cdaph.

La solution définie lors de ces travaux s'articule autour des services suivants :

- 1 - *Un service de consultation, par la Mdph, des informations des Caf / Cmsa, lors de la phase d'instruction d'une demande (en temps réel, via un webservice) :*

Diverses informations administratives (état civil, adresse, situation du droit pour les prestations handicap servies...) seront mises à disposition des Mdph, en temps réel, pour répondre à plusieurs objectifs :

- disposer des informations les plus à jour possibles
- alléger et améliorer le travail des Mdph, puisqu'elles pourront ainsi vérifier la qualité de la demande et des informations reçues, ce qui concourt également à une meilleure qualité de traitement du dossier.

- 2 - *La transmission dématérialisée des demandes et décisions de la Cdaph (en temps réel, via un webservice) :*

Dès que la décision d'accord ou de refus de la Cdaph sera enregistrée par l'équipe administrative de la Mdph, le Système d'Information de la Mdph activera un « service » de transmission de la demande et des décisions associées.

Ce service acquittera de la bonne prise en charge des informations transmises, ou d'un défaut de réception, puisqu'un contrôle de structure et de cohérence des données sera effectué.

L'information transportée reprendra tous les éléments nécessaires à l'étude du droit aux prestations handicap, c'est-à-dire à la fois les données présentes sur le formulaire « Demande auprès de la Mdph » (état civil, adresse, situation professionnelle...) et les décisions de la Cdaph (nature de l'accord ou du refus, date de début et de fin de l'accord, taux d'incapacité...).

- 3 - *La transmission dématérialisée des décisions administratives prises par les Caf / Cmsa lors du traitement des dossiers reçus (en temps différé, par un transfert de fichier) :*

A réception de la demande de prestations pour handicap et de la décision de la Cdaph, la Caf / Cmsa va procéder à l'examen du dossier, afin de vérifier que les conditions administratives d'octroi des prestations concernées sont remplies.

Cette étude peut conduire à plusieurs résultats :

- une décision d'ouverture des droits à la prestation ;
- une décision de refus administratif ;
- une demande de pièces complémentaires.

L'objectif sera donc de mettre à disposition des Mdph, par voie dématérialisée, les informations administratives relatives aux droits Aah, Aeeh et Crh, présentes dans le Système d'Information des Caf / Cmsa suite à l'enregistrement du dossier. Dès le traitement par la Caf / Cmsa réalisé, l'information devra être envoyée à la Mdph.

Dans un second temps, grâce à un traitement le plus automatisé possible dans les Caf / Cmsa et à cet envoi retour dématérialisé, il sera possible d'étudier la possibilité pour les Mdph d'adresser au bénéficiaire une notification globale, qui reprendrait à la fois la décision de la Cdaph et la décision administrative de la Caf / Cmsa. Une rationalisation de la communication vers les bénéficiaires pourrait ainsi être mise en œuvre.

- 4 - *L'envoi dématérialisé des dossiers devant faire l'objet d'une procédure de renouvellement (en temps différé, par transfert de fichier) :*

Chaque mois, les Caf / Cmsa transmettent aux MdpH la liste des dossiers dont la date de fin d'accord est à échéance de six mois, dans l'objectif de communiquer en temps utile vers le bénéficiaire, afin de l'inviter à déposer une nouvelle demande et éviter ainsi une rupture des droits et une interruption des paiements.

La proposition sera donc ici de dématérialiser cet envoi, notamment dans l'objectif d'offrir aux MdpH les possibilités d'une exploitation automatique dans leur système d'information, qui leur permettrait, selon leur paramétrage, d'adresser de manière automatisée, soit une nouvelle demande, soit un courrier incitant le demandeur à déposer une nouvelle demande, soit un courrier électronique invitant à utiliser la téléprocédure de demande MdpH pour celles qui en disposeraient.

- *5 - La communication dématérialisée des dossiers pouvant faire l'objet d'un maintien des droits dans l'attente de la nouvelle décision de la Cdaph (en temps réel, via un webservice) :*

En présence d'un accord arrivé à terme, les MdpH sont fondées à maintenir le droit à l'Aah et / ou au Crh, dans l'attente de la nouvelle décision de la Cdaph.

La dématérialisation de cet envoi pourra s'effectuer lors de deux occurrences :

- soit lors de la réception d'une « demande auprès de la MdpH », et après consultation du système d'information des Caf / Cmsa (consultation qui leur permettra de déterminer qu'il s'agit bien d'une demande de renouvellement de l'Aah et / ou du Crh)
- soit en réponse à la réception des dossiers arrivant à échéance de renouvellement.

Cette dématérialisation autorisera également une intégration automatique dans le système d'information des Caf / Cmsa.

1. Planning du projet

A ce jour, un premier lot constitué des webservices de consultation de données allocataires par les MdpH et de transmission des demandes de prestation vers les Caf/Msa a été développé.

Les services de transmission à la MdpH des décisions administratives d'attribution de prestations et des dossiers devant faire l'objet d'un renouvellement restent à planifier. Il en est de même pour les transmissions aux Caf / Msa des décisions Cdaph et pour les dossiers pouvant faire l'objet d'un maintien des droits dans l'attente de la nouvelle décision de la Cdaph.

Les premières expérimentations des différents dispositifs devraient donc pouvoir être proposées à partir du 2ème semestre 2014, mais elles restent dépendantes des calendriers de développement des éditeurs de logiciels des MdpH et de la question du financement de ces évolutions.

ANNEXE 4.7 :
NOTE CAP EMPLOI 91 SUR LES DISPOSITIFS DE
SOUTIEN A L'EMPLOI

Groupe de travail IGAS « handicap et pauvreté »

Pistes d'actions proposées et difficultés rencontrées par Cap emploi

Sommaire

Pistes d'actions / bonnes pratiques

- 1. *CHL - coordination handicap locale***

Difficultés rencontrées relativement à l'accès à l'emploi

- 2. *Spécificités de l'accompagnement Cap emploi sur la question de l'accès à l'emploi***
- 3. *Difficultés d'accès à la formation des publics en situation de handicap***
 - a. *Propositions visant à renforcer l'accès à la formation des publics***
 - b. *Difficultés d'accès à la formation en lien avec les ressources***

Points divers sur les difficultés rencontrées par le public accompagné par Cap emploi

- 4. *Représentation associative et politique des handicaps moteurs et des TMS***
- 5. *Point sur la difficulté à accéder à une pension d'invalidité de la sécurité sociale***
- 6. *Cas spécifique des bénéficiaires de l'allocation spécifique de solidarité (ASS)***
- 7. *Mesures d'accompagnement socio professionnel.***
- 8. *EPAPE = Mesure AGEFIPH d'aide personnalisée ponctuelle à l'emploi.***

Pistes d'actions / bonnes pratiques

1. CHL - coordination handicap locale

L'organisation mise en place par le Conseil Général et la MDPH des Yvelines constituée de 9 CHL (Coordinations Handicap Locales) constitue selon moi un mode d'organisation et de coopération exemplaire

« 9 CHL 9 équipes de proximité et guichet unique permettent un examen des situations beaucoup plus précis intégrant les acteurs de la MDPH, pôle emploi, Cap emploi, les centres de reclassement professionnel, médecins, psychologues assistantes sociales etc... »

Ce dispositif spécifique de Coordinations Handicap Locales n'existe pas en Essonne et je trouve que l'accompagnement vers l'emploi des personnes handicapées s'en ressent et que le risque de précarisation financière sont ressent également.

Un partenariat renforcé avec les MDPH et les participants aux EPE (Equipes Pluridisciplinaires Emploi) des MDPH devrait permettre d'examiner un plus grand nombre de situation, d'examiner les situations spécifiques des personnes rencontrant des difficultés particulières d'accès à l'emploi afin de proposer des solutions concertées et ainsi limiter le risque de précarisation financière.

Difficultés rencontrées relativement à l'accès à l'emploi

2. Spécificités de l'accompagnement Cap emploi sur la question de l'accès à l'emploi

Le public accompagné par Cap emploi a besoin d'un accompagnement renforcé et spécialisé pour permettre au public d'accéder aux dispositifs, informations, droits etc.... Et à l'emploi

Il est précisé que les Cap emploi n'accueillent pas tous les candidats en situation de handicap de leurs départements faute d'effectifs suffisants pour le faire sur le plan ressource humaines. Notamment dans le cadre de la convention de collaboration avec pôle emploi. En effet la cotraitance 70 000 DETH même si elle est passée à 77 000 pour 2014 ne permet pas de répondre à l'ensemble des besoins d'accompagnement renforcé et spécialisé exprimés par les personnes et les partenaires.

Les personnes non accompagnées par Cap emploi ne bénéficient pas exactement, en conséquence, du même accès aux droits en particulier sur les questions d'accès à l'emploi. Les dispositifs étant techniques, nombreux et changeant en particulier les dispositifs spécifiques travailleurs handicapés les partenaires peuvent rencontrer des difficultés à accompagner efficacement ce public spécifique.

Les solutions proposées pour pallier à l'absence d'accompagnement spécialisé pour tous les publics travailleurs handicapés consistent à sensibiliser et former au mieux les partenaires du Cap emploi et notamment

- Les CCAS
- Les Conseillers pôle emploi
- Les intervenants auprès des bénéficiaires du RSA
- Les assistantes sociales et les autres acteurs de l'accès à l'emploi

3. Difficultés d'accès à la formation des publics en situation de handicap

Le niveau scolaire, la maîtrise du français, et de la lecture est un frein majeur à l'accès à l'emploi pour certaines populations. Ils constituent des freins majeurs

- A l'accès l'information
- A l'accès aux droits sociaux
- A l'accès à l'emploi par voie de conséquence

Le niveau scolaire des travailleurs handicapés freine l'accès à la formation et donc à d'autres métiers permettant un reclassement professionnel. Les personnes en situation de handicap dans l'obligation

de changer de métier du fait de leurs contraintes ne le peuvent pas nécessairement du fait de leur niveau scolaire ce qui accroît leurs difficultés financières.

a. Propositions visant à renforcer l'accès à la formation des publics

- Développer l'offre de formation de Remise à niveau + de Français Langues Etrangère (FLE)
- Faire en sorte que ces formations soient rallongées. À temps plein dans la mesure du possible et rémunérées.

En effet les actions de formation d'alphabétisation de remise à niveau ou de FLE proposer localement (maison de quartier etc...) ne durent que quelques heures par semaine et ne sont en général pas rémunérées.

Pour les publics en situation de reclassement ces formations manquent d'efficacité car elles prennent beaucoup trop de temps et n'étant pas rémunérées elles dissuadent une grande majorité du public à se mobiliser sur ce type d'outils de formation.

Il conviendrait d'augmenter les dispositifs de préqualification, de pré professionnalisation dans l'offre de formation spécialisée (centre de reclassement professionnel) comme dans l'offre de formation de droit commun (offre de formation pôle emploi, offre de formation financée par le conseil régional)

b. Difficultés d'accès à la formation en lien avec les ressources

Certains candidats en situation précaire renoncent à suivre des formations de crainte de voir leur système de rémunération changer (et ainsi induire de la précarité financière) même lorsqu'ils pourraient être plus avantageux pour eux.

Certains candidats font le choix de ne pas prétendre à une rémunération et vont par exemple préférer conserver l'allocation adulte handicapée pour ne pas la voir suspendue et devoir en refaire la demande.

Certains candidats craignant les délais et exigences de l'ASP, renonce à la possibilité de rémunération par crainte que la continuité du versement des ressources soit impactée.

Points divers sur les difficultés rencontrées par le public accompagné par Cap emploi

4. Représentation associative et politique des handicaps moteurs et des TMS

Les personnes présentant des handicaps moteurs et en particulier des TMS (Troubles Musculo Squelettiques), des problèmes de dos etc... Ne forment pas un collectif homogène permettant d'avoir une représentation associative spécifique ni de représentation particulière d'un point de vue politique.. Ce public moins « visible » et plus disparate rencontre lui aussi des difficultés spécifiques d'accès à l'emploi et est également confronté à une précarité financière. Ce public représente pourtant près de 70 % du public accompagné par les Cap emploi et mobilise fortement ce dernier.

5. Point sur la difficulté à accéder à une pension d'invalidité de la sécurité sociale

La pension d'invalidité est un outil efficace pour compenser le manque à gagner induit par les situations de Handicap. Toutefois un nombre important de personnes ne peuvent plus prétendre à une pension d'invalidité passé un certain délai faute de cotisations récentes à la sécurité sociale

6. Cas spécifique des bénéficiaires de l'allocation spécifique de solidarité (ASS)

Les bénéficiaires de l'ASS représentent 9,2 % du public accompagné par le Cap emploi de l'Essonne L'absence de politique spécifique et distincte pour les bénéficiaires de l'ASS contrairement aux bénéficiaires du RSA précarise les bénéficiaires de ce minima social.

Ce public n'a notamment pas accès aux mêmes dispositifs et mesures que les bénéficiaires du RSA (chantier d'insertion et financière du conseil général etc....)

Un travail spécifique sur ce public mériterait être engagé

7. Mesures d'accompagnement socio professionnel.

La disparition de mesures de type ASI (Appui social individualisé) font défaut dans la panoplie des outils d'accompagnement socio professionnel.

Un outil efficace de lever des freins financiers pour l'accès à l'emploi : l'EPAPE

8. EPAPE = Mesure AGEFIPH d'aide personnalisée ponctuelle à l'emploi.

La mesure EPAPE (Enveloppe Personnalisée d'Aide Ponctuelle à l'Emploi financée par l'AGEFIPH et mise en œuvre par les Cap emploi notamment, constitue un outil adapté et pertinent pour lever, ponctuellement, les obstacles et freins financiers rencontrés par les personnes accompagnées par Cap emploi en vue d'accéder à un emploi.

Cette aide financière d'un montant maximum de 400 € par an est largement utilisée par Cap emploi dans les parcours d'accès à l'emploi. (121 étapes prescrites par Cap emploi 91 en 2013)

Cette aide financière pourrait être généralisée à d'autres acteurs de l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap.

ANNEXE 5 : LES ETUDES DES DIRECCTE SUR LE DEVENIR DES SALARIES DECLARES INAPTES.

Synthèse Mission

Enquêtes régionales sur les déclarations d'inaptitude et le devenir des personnes déclarées inaptées

Synthèse Mission d'après 3 études réalisées en DIRECCTE de Nord-Pas de Calais, Aquitaine, Bretagne

Trois études régionales sur les profils et les devenirs des personnes déclarées inaptées ont été recueillies par la DGT et analysées par la mission, dont on peut tirer les enseignements suivants¹ :

- les personnes déclarées inaptées étaient bénéficiaires de l'obligation d'emploi pour travailleurs handicapés pour la moitié d'entre elles (Nord Pas de Calais) et de la RQTH pour le tiers d'entre elles (Bretagne) ;
- la très grande majorité des personnes déclarées inaptées sont licenciées (97,5% en Aquitaine, 94% en Bretagne) et très peu sont maintenues dans l'entreprise (6% en Aquitaine) ;
- une petite moitié est inscrite à Pôle Emploi.

Nord Pas de Calais

Porteur	Objet Date	Périmètre	Répartition salariés inaptés	Devenir salariés inaptés	commentaires
Réseau Santé Travail maintien dans l'emploi piloté par l'Institut de santé au travail du Nord de la F, membre du GIP CERESTE et du GIP GRPS, avec Université Lille2, IMRT	Pop inapte et devenir Résultats 2011	2799 procédures d'inaptitude détaillées par 214 médecins du travail volontaires	50% était déjà BOETH	7% des salariés maintenus dans l'entreprise en 2011 contre 5% en 2010. Le devenir diffère suivant la durée de l'arrêt : après > 6 mois d'arrêt, 40% bénéficient d'une PI, 38% sont inscrits à PE et 6% ont été maintenus dans l'entreprise, 11% en formation (le reste en départ en retraite ou en création d'entreprise). Suite à un arrêt < 6 mois, 57% sont inscrits à PE, 13% bénéficient d'une PI et 8% ont été maintenus dans l'entr, 12% en formation .	Rappel sur la nécessité de la préparation du retour à l'emploi pendant l'arrêt maladie. Trop fort 8% de PI

¹ Enquête du Nord-Pas de Calais réalisée par le Réseau Santé travail, l'ARS et la DIRECCTE, 2011 et 2013 ; Enquête en région Aquitaine réalisée par la DIRECCTE, l'AGEFIPH et l'AFPA, 2007 ; Enquête en région Bretagne réalisée par le GREF, la DIRECCTE, le Conseil régional et l'AGEFIPH, septembre 2012. Voir annexe.

Les memes + ARS, DIRECCTE	Résultats 2012. Rapport sorti en sept 2013	3112 procédures d'inaptitude détaillées par 222 médecins du travail volontaires	Part des femmes déclarées inaptes supérieure à la part des femmes au travail dans le secteur privé Surreprésentation des pers > 45 ans et des ouvriers , des pers faiblement diplômées (75% ont un diplôme < bac). 51% déjà BOETH	2012 : 6% maintenus 41% en recherche d'emploi 30% bénéficiaires PI 12% en formation ou réorientation prof 3% en retraite 2% prépare un projet de création d'entr. 9% inconnu.	Les actions de maintien dans l'entr réalisées avant l'inaptitude augmentent (22% en 2012). Attention le % de maintien dans l'emploi dans l'entreprise à l'issue de la procédure ne reflète pas toutes les actions de maintien dans l'emploi en dehors des procédures strictes d'inaptitude.
---------------------------------	--	---	--	--	--

Aquitaine

Porteur	Objet Date	Périmètre	Répartition salariés inaptes	Devenir salariés inaptes	commentaires
DIRECCTE, AGEFIPH, AFPA	Profils des salariés inaptes, procédures, devenir Enquete IMRTMO 2005-2006 Résultats en juillet 2007	2106 questionnaires remplis par 57% des médecins du travail d'Aquitaine, soit 43% des décisions d'inaptitude	Féminisation de la population inapte Surreprésentation des salariés âgés 8/10 ont un niveau < bac Un risque plus élevé pour les catégories ouvrières Secteurs à risque : agro- alimentaire, services aux part, construction, éducation santé action sociale Risques concentrés dans les PME 20 à 49 salariés (3 fois plus que dans les plus grosses entr) ; 30% bénéficiaient d'une RQTH	97,5% des salariés inaptes ont été licenciés pour cause d'inaptitude -23,9% bénéficient de la PI -6,8 % de la retraite ou préretraite -38% projet identifié ou départ volontaire ; -31,9 sans solution	

Bretagne

Porteur	Objet Date	Périmètre	Répartition salariés inaptes	Devenir salariés inaptes	commentaires
GREF (groupe relation emploi-formation) DIRECCTE CR AGEFIPH Charte de maintien dans l'emploi entre DRTEFP, AM, MSA, AGEFIPH 2008-2009	Inaptitudes Enquete sur les inaptitudes totales et définitives Nov 2010 Devenir : trajectoires devenir à 12 mois des personnes déclarées inaptes Etude sept 2012	1148 questionnaire s remplis par les médecins du travail et les médecins de la MSA Devenir : 369 personnes enquêtées par téléphone	Surreprésentation dans les établissements de 10 à 49 salariés Surreprésentation dans la construction, santé et action sociale. Surreprésentation après 50 ans Pas de différence suivant sexe Surreprésentation chez les ouvriers 84% ont un niveau de formation <CAP-BEP 1/3 ont une reconnaissance TH (RQTH ou carte invalidité) ¼ étaient bénéficiaires d'un PI de cat 2 avant la procédure.	N.B : 40% des médecins ne connaissent pas la situation 94 % des salariés inaptes sont licenciés. Les 2/3 se retrouvent au chômage 12% réussit une réinsertion professionnelle Après 1 an : -27% sont inactifs -43% au chômage -18% en emploi Dans l'année, 49% ont connu une trajectoire marquée par le chômage, seuls 17% ont eu une trajectoire positive. Situation professionnelle 12 mois après la déclaration d'inaptitude : - Emploi : 3 -> 18% - Formation : 1 -> 7% - DE : 25 -> 43% - Inactivité/ pb de santé : 68% -> 27 % - Inactivité : 2% -> 5 %	Durant l'année qui suit l'inaptitude, 50% passent plus de la moitié de leur temps en recherche d'emploi. Le chômage est la principale trajectoire. Pres d'un quart est en situation d'inactivité du fait de l'état de santé. Ces situations perdurent dans le temps.

PIECE JOINTE N°1 :

**NOTE DREES POUR LA MISSION DU
20 JUIN 2014 SUR LES PERSONNES HANDICAPEES
EN SITUATION DE PRECARITE.**



Ministère des finances et des comptes publics
Ministère des affaires sociales et de la santé
Ministère du travail, de l'emploi et du dialogue social

**Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques**

Paris, le 20 juin 2014
DREES-SDSOL N°03/2014

**Sous-direction de l'observation de la
solidarité**

Dossier suivi par : Michèle Lelièvre
Tel : +33 (0) 1 40 56 88 26
Fax : +33 (0) Aucun
Mél : <mailto:michèle.lelievre@sante.gouv.fr>

Dossier suivi par : Delphine Roy
Tel : +33 (0) 1 40 56 81 54
Fax : +33 (0) Aucun
Mél : <mailto:delphine.roy@sante.gouv.fr>

Note à l'attention de
François Chérèque et Christine Abrossimov,
- Inspection générale des affaires sociales -

Objet : Les personnes handicapées en situation de précarité.

De nombreux travaux soulignent le caractère multidimensionnel de la pauvreté. La mesure de la pauvreté en est à cet égard une illustration. Elle peut s'appuyer sur des considérations purement monétaires ou une approche fondée sur les conditions de vie. Elle peut enfin être approchée de manière « administrative », en dénombrant les personnes bénéficiaires de minima sociaux.

Du seul point de vue monétaire, une personne est considérée comme pauvre si son niveau de vie est inférieur à 60% du niveau de vie médian de la population. En France, on mesure le taux de pauvreté monétaire à partir de l'enquête revenus fiscaux et sociaux (ERFS), qui est constituée d'un appariement entre l'enquête Emploi de l'Insee et les données administratives fournies par la DGFIP, la Cnaf, la CCMSA et la Cnav. Mais cette source ne fournit aucune indication sur la situation des personnes vis-à-vis du handicap.

La statistique publique collecte tous les 10 ans une enquête spécifique sur ces situations, les enquêtes handicap-santé (HS). L'enquête la plus récente a été collectée en 2008-2009. Sans offrir une mesure des revenus comparable à celle collectée dans l'ERFS, elle permet toutefois de situer les personnes dans l'échelle des niveaux de vie.

La DREES a réalisé à la fin 2012 une enquête auprès des bénéficiaires de minima sociaux (BMS), et en particulier des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Si le dénombrement des bénéficiaires de l'AAH fournit une mesure « administrative » de la pauvreté des personnes en situation de handicap, le questionnement de l'enquête comportait un volet visant à mesurer la pauvreté en conditions de vie des bénéficiaires. Pour mémoire, un ménage est dit « pauvre en conditions de vie » lorsqu'il cumule au moins huit difficultés parmi les vingt-sept retenues par l'Insee, regroupées en quatre domaines que sont les contraintes budgétaires, les retards de paiement, les restrictions de consommation et les difficultés liées au logement.

Cette note rassemble les principaux résultats des exploitations de l'enquête BMS sur les conditions de vie des bénéficiaires de l'AAH, ainsi que ceux sur les revenus des personnes en situation de handicap issus de l'exploitation de l'enquête HS.

1. La pauvreté en conditions de vie des personnes allocataires de l'allocation aux adultes handicapés

Les bénéficiaires de l'AAH sont confrontés à de nombreuses difficultés dans leur vie quotidienne.

À la fin 2012, 38 % des allocataires de l'AAH (l'allocation aux adultes handicapés) sont considérés comme pauvres selon leurs conditions de vie (tableau 1), soit cinq points de plus que la population à bas revenus (33 %) et plus de trois fois plus qu'en population générale. A titre indicatif, ils sont plus des deux tiers des bénéficiaires du RSA socle à être dans cette situation et 59 % parmi les chômeurs en fin de droit allocataires de l'ASS. Les personnes en incapacité ou en capacité très réduite de travailler en raison de leur âge ou de leur handicap touchent des montants d'allocation plus élevés *via* l'AAH ou le minimum vieillesse, car leur situation est *a priori* durable. À l'inverse, les personnes en âge et en capacité de travailler perçoivent des montants plus faibles *via* le RSA ou l'ASS.

Les restrictions de consommation constituent la dimension de la pauvreté en conditions de vie la plus courante quelle que soit la garantie minimale perçue. Même si les allocataires de l'AAH limitent moins leur consommation que les autres titulaires d'un revenu minimum (58,4 %), 43 % sont dans ce cas. Près des deux tiers d'entre eux ne peuvent pas se payer une semaine de vacances une fois par an ou remplacer des meubles si nécessaire (tableau 2). Cette proportion est plus importante que celle qui concerne la population du premier quintile de niveau de vie, mais elle est moins élevée pour l'ensemble des bénéficiaires de minima sociaux. Un tiers ne peuvent pas s'acheter des vêtements neufs ou posséder deux paires de chaussures. Mais 27,1 % de ces allocataires de l'AAH ne mangent pas de la viande tous les deux jours alors que 13,5 % signalent n'avoir pas eu de repas complet pendant au moins une journée au cours des deux dernières semaines (soit deux fois plus qu'observé au sein de la population du bas de l'échelle des niveaux de vie). À signaler que 18 % des bénéficiaires de l'AAH consomment des denrées qu'ils ont eux-mêmes produites, les personnes vivant en milieu rural étant largement surreprésentées (tableau 3).

Enfin, 12 % des bénéficiaires de l'AAH ont dû renoncer ou se priver par manque d'argent à des soins de santé. C'est à peu près la même proportion observée parmi la population du bas de l'échelle des niveaux de vie.

Tableau 1 - Taux de pauvreté en conditions de vie et types de difficultés rencontrées

(en %)

	Population générale	Population générale - 1er quintile de niveau de vie	Ensemble des bénéficiaires	AAH
Pauvreté en conditions de vie	11,8	32,9	56,5	38,0
Contraintes budgétaires	14,4	30,4	45,6	29,0
Retards de paiement	8,7	21,4	32,3	17,9
Restrictions de consommation	10,9	29,3	58,4	43,2
Difficultés liées au logement	6,5	14,5	20,0	15,8

Définition • La pauvreté en conditions de vie comporte quatre grandes composantes : les contraintes budgétaires, les retards de paiement, les restrictions de consommation et les difficultés de logement. Pour être considéré en difficulté dans une de ces dimensions, le nombre de privations ou de difficultés qu'un ménage doit rencontrer diffère selon la dimension considérée : au moins 3 difficultés sur les 6 existantes pour les contraintes budgétaires, au moins 1 sur 3 pour les retards de paiement, au moins 4 sur 9 pour les restrictions de consommation et au moins 3 sur 9 pour les difficultés liées au logement.

Lecture • À la fin 2012, 56,5 % des personnes qui bénéficiaient d'un minimum social au 31 décembre 2011 sont pauvres en conditions de vie, contre 32,9 % de la population générale restreinte au premier quintile de niveau de vie.

Champ • Bénéficiaires, au 31 décembre 2011, d'une des prestations retenues et résidant en France métropolitaine – Personnes de plus de 16 ans appartenant à un ménage ordinaire en France métropolitaine.

Sources • DREES, enquête 2012 sur les conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux ; INSEE, enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) 2011.

Tableau 2 – Part des bénéficiaires rencontrant une restriction de consommation selon la nature de la dépense

(En %)

	Population générale	Population générale - 1er quintile de niveau de vie	Ensemble des bénéficiaires	AAH
Maintenir le logement à bonne température	6,1	15,1	27,7	21,3
Payer une semaine de vacances une fois par an	26,9	56,3	78,3	67,1
Remplacer les meubles	26,0	54,4	73,8	60,7
Acheter des vêtements neufs	11,8	29,3	49,6	33,1
Manger de la viande tous les deux jours	6,8	17,6	36,4	27,1
Recevoir des amis	9,7	23,0	44,9	37,1
Offrir des cadeaux	8,4	22,6	46,7	35,7
Posséder deux paires de chaussures	7,4	20,3	42,3	31,6
Absence de repas complet pendant au moins une journée au cours des deux dernières semaines	2,7	7,5	18,2	13,5

Lecture • À la fin 2012, 27,7 % des personnes qui bénéficiaient d'un minimum social au 31 décembre 2011 n'ont pas les moyens financiers de maintenir leur logement à bonne température, contre 21,3 % des personnes allocataires de l'AAH.

Champ • Bénéficiaires, au 31 décembre 2011, d'une des prestations retenues et résidant en France métropolitaine – Personnes de plus de 16 ans appartenant à un ménage ordinaire en France métropolitaine.

Sources • DREES, enquête 2012 sur les conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux ; INSEE, enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) 2011.

Tableau 3 – Part des bénéficiaires ayant recours aux aides informelles et aux aides en nature dans le domaine de l'alimentation

(en %)

	Ensemble des bénéficiaires	AAH
Consommation de denrées produites soi-même	12,6	15,0
Consommation de denrées données par l'entourage	21,9	18,9
Recours à des aides alimentaires	9,0	3,9
<i>Colis alimentaires</i>	4,4	2,3
<i>Distributions de repas</i>	4,3	1,3
<i>Bons tickets ou chèques repas</i>	2,5	1,0
Obtention gratuite de nourriture depuis un mois	2,9	2,2

Lecture • À la fin 2012, 12,6 % des personnes qui bénéficiaient d'un minimum social au 31 décembre 2011 ont consommé au cours du dernier mois des denrées qu'elles avaient elles-mêmes produites. Ils sont 15 % dans cette situation parmi les allocataires de l'AAH.

Champ • Bénéficiaires, au 31 décembre 2011, d'une des prestations retenues et résidant en France métropolitaine.

Sources • DREES, enquête 2012 sur les conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux.

Plus de 43 % des bénéficiaires de l'AAH estiment que « l'ensemble des revenus de leur ménage n'est pas suffisant pour couvrir toutes leurs dépenses courantes ». Or, 40 % d'entre eux n'ont aucun placement financier (contre 13 % en population générale). Parmi les allocataires de l'AAH qui en possèdent un, 22 % ont puisé dans leurs économies pour équilibrer leur budget au cours des douze derniers mois. Ils sont 40 % à considérer que c'est difficile et qu'il faut s'endetter pour y arriver. Les emprunts et les crédits permettent de surmonter ponctuellement cette insuffisance de ressources pour à peine 20 % d'entre eux. À cet égard, 18 % ont recours très souvent aux découverts bancaires.

Tableau 4 – Part des bénéficiaires de l'AAH rencontrant une contrainte budgétaire selon la nature de la contrainte (en %)

	Population générale	Population générale - 1 ^{er} quintile de niveau de vie	Ensemble des bénéficiaires	AAH
Part du remboursement d'emprunt sur le revenu supérieure à un tiers	9,4	7,1	4,1	2,5
Découverts bancaires (très souvent)	12,7	22,4	27,5	18,0
Couverture des dépenses par le revenu difficile	18,1	38,9	59,6	43,3
Aucun placement financier	13,0	27,2	52,1	39,3
Recours aux économies	34,7	36,2	20,1	22,0
Opinion sur le niveau de vie : « C'est difficile, il faut s'endetter pour y arriver. »	17,8	39,1	55,9	39,8

Lecture • À la fin 2012, 52,1 % des personnes qui bénéficiaient d'un minimum social au 31 décembre 2011 n'ont aucun placement financier, alors que les personnes du premier quintile de niveau de vie en population générale sont 27,2 % dans cette situation.

Champ • Bénéficiaires, au 31 décembre 2011, d'une des prestations retenues et résidant en France métropolitaine – Personnes de plus de 16 ans appartenant à un ménage ordinaire en France métropolitaine.

Sources • DREES, enquête 2012 sur les conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux ; INSEE, enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) 2011.

Les allocataires de l'AAH disposent majoritairement des équipements électroménagers de base (tableau 5). Toutefois, 2,8 % n'ont pas de réfrigérateur, 10,2 % pas de four et 12,1 % pas de lave-linge. C'est un peu plus que ce qui est observé au sein de la population du 1^{er} quintile de niveau de vie.

Quant à l'accès aux moyens de communication, les bénéficiaires de l'AAH sont un peu plus mal lotis que les plus modestes en population générale et même que les autres titulaires d'un minimum social : ils sont environ 42,8 % à ne pas disposer d'un ordinateur et 45 % l'accès à internet ; 23 % n'ont pas de téléphone fixe et plus de 18 % ne possèdent pas de téléphone portable.

Tableau 5 – Part des personnes ne disposant pas des principaux équipements en biens durables
(En %)

	Ensemble des minima	AAH	Population générale	Population générale - 1er quintile de niveau de vie
Réfrigérateur	1,6	2,8	-	-
Lave-linge	10,2	12,1	3,1	7,4
Lave-vaisselle	72,5	68,3	39,6	62,9
Four	9,3	10,2	-	-
Télévision	5,7	4,0	2,0	2,9
Magnétoscope / Lecteur DVD	37,9	32,1	16,6	25,4
Téléphone	2,7	3,8	0,4	1,2
- Téléphone fixe	25,6	23,2	7,6	16,0
- Téléphone portable	12,7	18,4	10,4	16,7
Ordinateur	34,1	42,8	21,2	31,6
Accès à Internet	38,2	44,8	24,7	35,8
Véhicule personnel	42,8	45,4	12,1	27,1

Lecture • À la fin 2012, 34,1 % des personnes qui bénéficiaient d'un minimum social au 31 décembre 2011 ne disposent pas d'un ordinateur, soit à peine plus que les personnes du premier quintile de niveau de vie en population générale (31,6 %).

Champ • Bénéficiaires, au 31 décembre 2011, d'une des prestations retenues et résidant en France métropolitaine – Personnes de plus de 16 ans appartenant à un ménage ordinaire en France métropolitaine.

Sources • DREES, enquête 2012 sur les conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux ; INSEE, enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) 2011.

L'accès au logement n'est pas forcément facile pour cette population : les allocataires de l'AAH, comparativement à d'autres bénéficiaires de minima sociaux, sont un peu moins nombreux à disposer d'un logement autonome : 27 % ne disposent pas de leur propre logement (tableau 6). En effet, ils vivent davantage que l'ensemble des bénéficiaires d'un revenu minimum en structure collective en raison de leur handicap, et sont plus souvent hébergés ou logés par un proche (22 %). Il s'agit de leur(s) parent(s) dans 83 % des cas.

Tableau 6 : La situation de logement des bénéficiaires de minima sociaux
(en %)

	AAH	Ensemble des bénéficiaires	Population générale 2011 1er quintile de niveau de vie	Ensemble de la population générale 2011
Logement ordinaire	95	95	100	100
Dispose de son propre logement	73	77	96	97
<i>Propriétaire, accédant à la propriété</i>	17	12	41	64
<i>Locataire du secteur social</i>	35	37	29	15
<i>Locataire secteur libre ou payant un loyer à une association</i>	20	28	26	18
Occupe un logement prêté ou est hébergé chez un proche ¹	22	18	4	3
<i>Logé par un tiers</i>	3	3		
<i>Hébergé chez un tiers</i>	19	15		
Autres situations de logement²	5	5	0	0
Foyers et résidences sociales	4	2		
Autres ³	1	3		
Total	100	100	100	100

(1) - Un allocataire est dit « logé par un tiers » lorsque ce dernier met son logement à disposition sans y résider et « hébergé chez un tiers » lorsque le tiers habite aussi le logement. Dans les deux cas, il peut y avoir ou non une participation financière.

(2) – Les autres situations de logement ne sont pas identifiables dans l'enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) de l'INSEE. Les foyers et résidences sociales ne peuvent être isolés, tandis que les situations "autres" (chambre d'hôtel, centre d'hébergement, habitat mobile, sans domicile fixe), qui représentent 3 % des situations de logement en population générale, n'entrent pas dans le champ de l'enquête.

(3) - Chambre d'hôtel, centre d'hébergement, habitat mobile, squat, sans domicile fixe.

Champ : Allocataires d'un revenu minimum garanti (ou, dans le cas du RSA, conjoint d'un allocataire) au 31 décembre 2011, ne vivant pas en maison de retraite, en foyer d'accueil médicalisé ou en maison d'accueil spécialisée et résidant en France métropolitaine. Pour la population générale : ménage ordinaire en France métropolitaine.

Sources : DREES, enquête auprès des bénéficiaires de minima sociaux (BMS) 2003, 2006 et 2012 ; INSEE, enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) 2011.

De plus, les bénéficiaires de l'AAH vivent dans des logements qui ne répondent pas toujours aux normes de confort de base. En particulier, 7,6 % des allocataires de l'AAH ne disposent pas de tous les éléments de confort sanitaire (eau chaude, salle de bains, toilettes intérieures et chauffage). Ils sont cependant moins confrontés que d'autres aux situations de surpeuplement modéré (10% contre 14 % pour l'ensemble des bénéficiaires d'un minimum social) ou accentué (2 % contre 5 %).

Une fraction non négligeable de ces allocataires rencontre aussi des difficultés financières liées à leurs dépenses de logement : 14 % d'entre eux n'ont pu y faire face au cours des douze derniers mois (24 % pour l'ensemble des bénéficiaires de minima sociaux). Ils sont 16 % à n'avoir pas pu payer dans les délais requis les factures d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone au cours des douze derniers mois. Sur la même période, 11 % ont dû emprunter pour honorer des frais de logement.

Par ailleurs, près de 78 % estiment que leur logement est trop difficile ou coûteux à bien chauffer.

Tableau 7 : Les difficultés financières de maintien dans le logement en 2012. En %

	AAH	Ensemble des bénéficiaires
Impossibilité de payer à temps le loyer ou les traites d'emprunt au cours des douze derniers mois	14	24
Impossibilité de payer à temps des factures d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone au cours des douze derniers mois	16	27
Emprunt ou demande de crédit pour répondre à un besoin de logement (loyer, eau, électricité) au cours des douze derniers mois	11	16
Aides obtenues pour payer le loyer ou les charges au cours des douze derniers mois	7	14
Tarif social de solidarité pour payer la dernière facture d'eau	2	2
Tarif social de solidarité pour payer la dernière facture de gaz ou d'électricité	7	17

Champ : allocataires d'un revenu minimum garanti (ou dans le cas du RSA, conjoint d'un allocataire) au 31 décembre 2011, disposant de leur propre logement et résidant en France métropolitaine.

Sources : DREES, enquête auprès des bénéficiaires de minima sociaux (BMS) 2012.

Sans surprise, ce sont les personnes percevant l'AAH (suivies par celles percevant le minimum vieillesse) qui s'estiment le plus souvent éloignées des transports collectifs, des commerces, des services médicaux ou encore des écoles, en raison de leur état physique ou de leur lieu d'habitation.

2. Position dans la distribution des revenus des personnes repérées comme « handicapées » dans l'enquête « Handicap-Santé » en ménages ordinaires de 2008

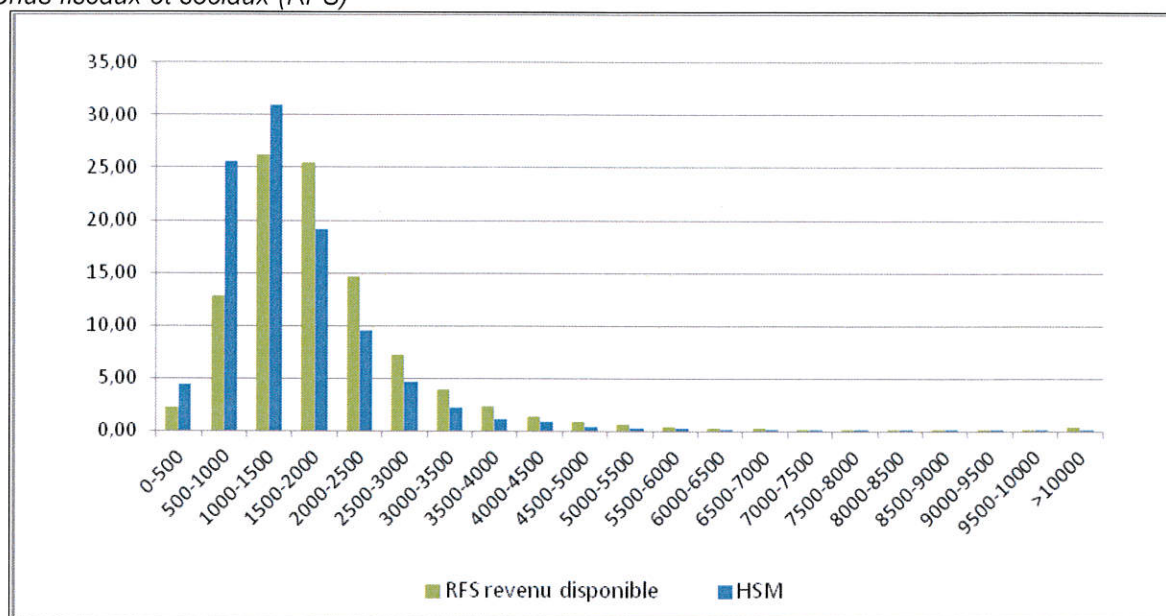
2.1. Les revenus dans l'enquête HSM

Les revenus sont mesurés au niveau du ménage. On demande à la personne répondant à l'enquête si, au sein du ménage, quelqu'un perçoit chaque type de revenu (salaires, revenus d'activité non salariée, pensions de retraite, allocations, etc.), puis on demande le montant total de tous ces revenus, pour le ménage entier.

Une expertise de cette variable par la DREES¹ a montré que la distribution des revenus ainsi obtenue était décalée vers la gauche (= vers des montants moins élevés) par rapport à la distribution des revenus de l'Enquête sur les Revenus Fiscaux et Sociaux (ERFS) de l'Insee, qui fait référence en matière de mesure des revenus. Les montants moyens, médians et les déciles de revenus sont inférieurs de 20% en moyenne, et ne peuvent donc pas être utilisés en valeur absolue. Ils ne peuvent a fortiori pas être utilisés pour évaluer la situation des personnes en termes de pauvreté monétaire.

¹ Document exploratoire d'I. Falinower, févr. 2013.

Graphique 1. Distribution des revenus (en % de la population) dans l'enquête HSM et dans l'enquête sur les revenus fiscaux et sociaux (RFS)



Champ : personnes de plus de 16 ans résidant en logement ordinaire, en France métropolitaine.

Sources : DREES, enquête Handicap-Santé (2008) et Insee, enquête ERFS (2008).

En revanche, tous les revenus étant sous-estimés dans des proportions comparables, les mesures relatives sont valides : rapports inter-déciles, rapport du revenu moyen des individus appartenant à des ménages de composition différente, ou à deux catégories socioprofessionnelles différentes.

On s'intéressera donc à la position relative dans la distribution des revenus des personnes repérées comme handicapées.

2.2. Repérage de la population « handicapée »

Les définitions du handicap étant multiples, on s'appuie sur celles qui sont utilisées dans l'annexe du PLFSS « Programmes de qualité et d'efficacité - Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA »².

Ce document délimite sept populations, selon le croisement de 3 critères :

- déclarer des limitations fonctionnelles importantes ou absolues (pour voir, entendre, se baisser, se souvenir...)
- déclarer beaucoup de restrictions dans les activités essentielles ou instrumentales de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, manger, faire les courses...)
- déclarer être fortement limité depuis plus de 6 mois dans les activités que les gens font habituellement, pour raison de santé.

11,5 millions de personnes, soit près du quart des personnes vivant en domicile ordinaire et âgées d'au moins 16 ans sont ainsi repérées comme ayant des incapacités par au moins un de ces trois critères. Parmi les personnes âgées de 16 à 59 ans uniquement, ce pourcentage est de 15%, soit 5,6 millions de personnes.

Avoir une limitation fonctionnelle importante ou absolue est le problème le plus souvent cité. Il concerne 20,5% des personnes de plus de 16 ans, 13,1% des 16-59 ans. Les personnes ayant beaucoup de restrictions dans les activités essentielles ou instrumentales de la vie quotidienne (AVQ/AIVQ ou ADL/IADL en anglais) - 3.1% des 16-59 ans - déclarent quasiment toutes (88%) avoir des limitations fonctionnelles. 8,4% des personnes de 16 à 59 ans signalent n'avoir qu'une ou plusieurs limitations fonctionnelles importantes, tandis que 1.9% déclarent cumuler les trois types d'incapacité.

² Indicateur n°1 : Évaluation de la population concernée par un handicap / Sous-indicateur n°1-1 : Nombre de personnes vivant en logement ordinaire et ayant des incapacités, repérées à l'aide de l'enquête Handicap-Santé.

Source : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/24524_plfss_14_annexe_1_inval_cnsa_bd.pdf, pp 14 et 15

Pour éviter de multiplier par sept les analyses qui suivent, ce qui risquerait de les rendre peu lisibles, on retient 3 populations. Elles se différencient par le nombre de critères selon lesquelles elles sont repérées comme « handicapées ».

- Les personnes cumulant les trois critères (1.9% des 16-59 ans, soit 690 000 individus) ;
- Les personnes cumulant au moins 2 critères. Cette catégorie ajoute 1,1 million de personnes aux 690 000 précédemment repérées. La grande majorité d'entre elles cumulent une ou plusieurs limitations fonctionnelles avec un autre critère : 740 000 avec le fait d'être limité depuis au moins 6 mois (mais sans déclarer de restrictions fortes dans les activités du quotidien), et 300 000 avec des restrictions fortes dans les activités du quotidien (mais sans déclarer être limité depuis au moins 6 mois par un problème de santé) ;
- Les personnes repérées par au moins un critère. Cette population ajoute aux deux premières 3,8 millions de personnes parmi les 16-59 ans, dont essentiellement 3,1 millions déclarant uniquement une ou plusieurs limitations fonctionnelles.

Tableau 8. Sept façons de repérer la population « handicapée » dans l'enquête Handicap-Santé

Groupe de population	Caractérisation du groupe	Effectifs de 16 ans et + (en milliers)	Effectifs de 16 à 59 ans (en milliers)	Pourcentage des 16-59 ans	Nombre de critères
1	limitation fonctionnelle + limitation d'activité > 6 mois pour raison de santé + restriction dans les activités du quotidien	2 342	690	1,87	3/3
2	limitation fonctionnelle + restriction dans les activités du quotidien <i>pas de limitation d'activité > 6 mois pour raison de santé</i>	1 089	304	0,83	2/3
3	limitation fonctionnelle + limitation d'activité > 6 mois pour raison de santé <i>pas de restriction dans les activités du quotidien</i>	1 416	738	2	
4	restriction dans les activités du quotidien + limitation d'activité > 6 mois pour raison de santé <i>pas de limitation fonctionnelle</i>	75	38	0,11	
5	limitation fonctionnelle seulement	5 395	3 079	8,36	1/3
6	limitation d'activité > 6 mois pour raison de santé seulement	977	648	1,76	
7	restriction dans les activités du quotidien seulement	229	101	0,28	
Ensemble de la classe d'âge		50 021	36 835	100	

Champ : personnes de plus de 16 ans résidant en logement ordinaire (France entière).

Source : DREES, enquête Handicap-Santé (2008).

2.3. Position personnes ayant des incapacités dans la distribution des niveaux de vie

Quelle que soit la définition du handicap retenue, la distribution des niveaux de vie (revenu par unité de consommation) des ménages dans lesquels ils vivent³ a une allure très semblable : ils sont surreprésentés dans les trois premiers déciles et sous-représentés dans les 6 derniers. En effet, s'ils étaient répartis uniformément dans la distribution des niveaux de vie, il y aurait 10% d'entre eux environ dans chaque décile, ou encore 50% dans des ménages au niveau de vie inférieur à la médiane, et 50% au-dessus. Or ils sont entre 65% (1 critère) et 72% (3 critères) dans la moitié inférieure de la distribution des niveaux de vie.

Tableau 9. Position des niveaux de vie des ménages des individus ayant des incapacités par rapport au revenu médian

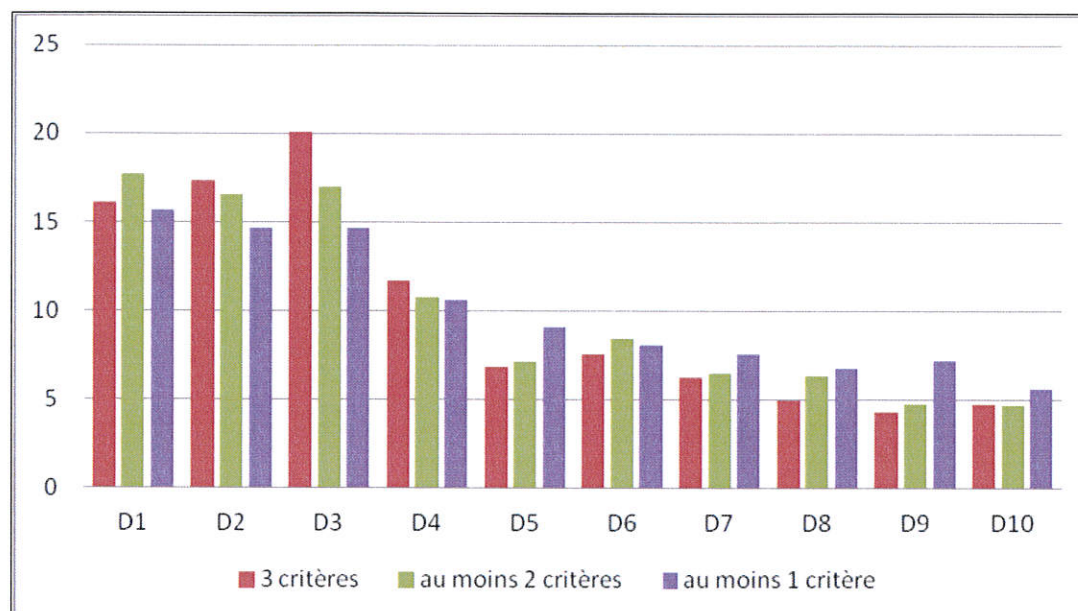
	Niveau de vie du ménage	
	Inférieur au niveau de vie médian	Supérieur au niveau de vie médian
Ensemble de la population	50	50
Handicapés selon 3 critères	72	28
au moins 2 critères	69	31
au moins 1 critère	65	35

Champ : personnes de 16 à 59 ans résidant en logement ordinaire (France entière).

Source : DREES, enquête Handicap-Santé (2008).

³ L'enquête Handicap-Santé ne disposant pas d'une pondération qui permette de la rendre représentative de l'ensemble des ménages, il s'agit de la distribution des niveaux de vie des ménages dans lesquels vivent les individus, mesurée sur l'ensemble des individus (et non des ménages). 10% des individus se trouvent donc dans chaque décile (et non 10% des ménages).

Graphique 2. Répartition entre les déciles de revenu par UC des personnes de 16 à 59 ans ayant des incapacités



Champ : personnes de 16 à 59 ans inclus résidant en logement ordinaire (France entière).

Source : DREES, enquête Handicap-Santé (2008).

2.4. Position dans la distribution des niveaux de vie des personnes déclarant une reconnaissance officielle d'un handicap

Trois variables permettent théoriquement de repérer les personnes ayant fait l'objet d'une reconnaissance officielle d'un handicap :

- Dans l'enquête VQS (enquête filtre réalisée en 2007, pour préparer la collecte de HSM) :
 1. « la personne a-t-elle une reconnaissance officielle d'un handicap ou d'une perte d'autonomie ? (allocation, pension ou carte d'invalidité, admission dans un établissement spécialisé...) »
- Dans le questionnaire en face à face de HSM :
 2. « Quel taux d'incapacité vous a été reconnu par la MDPH ou la COTOREP ou la CDES ? »
 3. « Vous a-t-on reconnu un taux d'invalidité ou d'incapacité accordé par la sécurité sociale, l'armée ou les sociétés d'assurance ? »

Ces variables mesurent imparfaitement la reconnaissance officielle d'un handicap. Ainsi, 40% des personnes de 16 à 59 ans ayant déclaré un taux d'incapacité (question 2) ou répondu « oui » à la question d'une reconnaissance par la sécurité sociale, l'armée ou une assurance (question 3) avaient répondu « non » à la question 1.

Toutefois, le diagnostic reste le même, quelle que soit la variable retenue : les personnes déclarant une reconnaissance officielle d'un handicap sont surreprésentées dans les 3 premiers déciles, et de plus en plus sous-représentées au fur et à mesure que l'on s'élève dans la distribution des niveaux de vie. Cet effet est un peu moins marqué avec la variable issue du questionnaire handicap-santé, qui délimite une population plus large (6.08% des 16-59 ans).

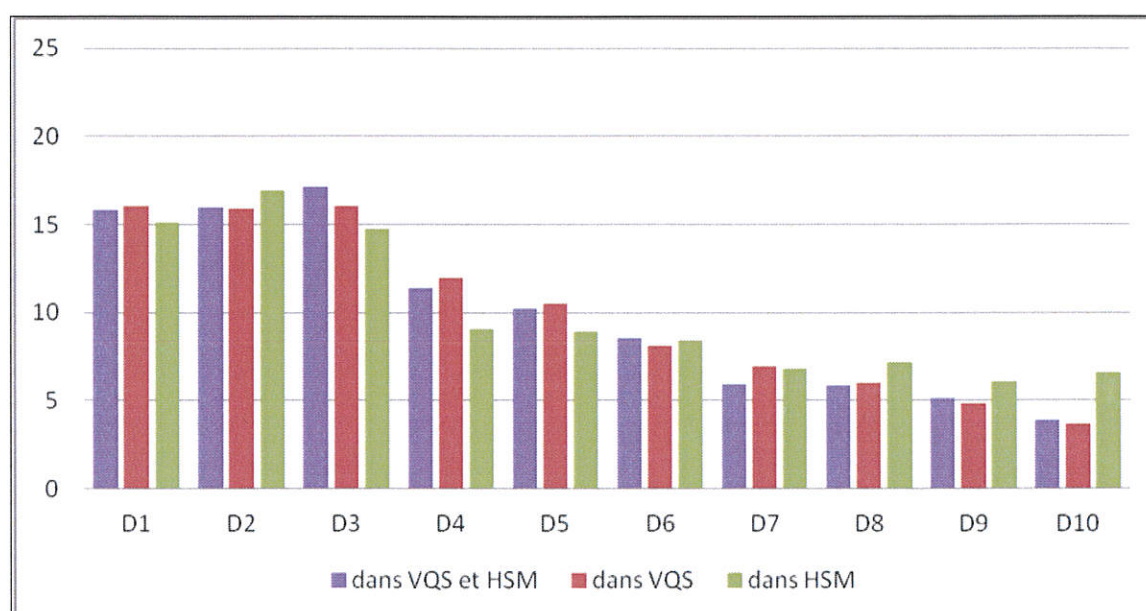
Tableau 10. Pourcentage des personnes de 16 à 59 ans déclarant une reconnaissance officielle de handicap se trouvant dans chaque décile de revenu, selon les variables retenues

Déclaration d'une reconnaissance officielle	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	Effectifs (Millions)	% de la pop
Ensemble	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	36,8	100
dans VQS et HSM	16	16	17	11	10	9	6	6	5	4	1,3	3,7
dans VQS	16	16	16	12	11	8	7	6	5	4	1,9	5,0
dans HSM	15	17	15	9	9	8	7	7	6	7	2,2	6,1
dans VSQ ou HSM	15	17	14	10	9	8	7	7	6	6	2,8	7,6

Champ : personnes de 16 à 59 ans inclus résidant en logement ordinaire (France entière).

Source : DREES, enquête Handicap-Santé (2008).

Graphique 3. Répartition entre les déciles de revenu par UC des personnes de 16 à 59 ans déclarant une reconnaissance officielle de handicap



Champ : personnes de 16 à 59 ans inclus résidant en logement ordinaire (France entière).

Sources : DREES, enquête Handicap-Santé (2008).

Bibliographie associée :

Audrey Isel, 2014, « Les conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux en 2012 : privations et difficultés financières », Études et Résultats, n°871, Drees, février.

Mathieu Calvo et Anne Legal, 2014, « Les conditions de logement des bénéficiaires de minima sociaux en 2012 : difficultés d'accès, surpeuplement et contraintes budgétaires », Études et Résultats, n°872, Drees, février.

La sous-directrice de l'Observation de la solidarité

Magda Tomasini

**PIECE JOINTE N°2 :
ETUDE DU FONDS-CMU SUR LE RECOURS A LA
CMU-C ET L'ACS PAR LES PERSONNES
HANDICAPEES**

Étude pour le groupe de travail handicap et pauvreté, mission IGAS, à partir des données des CPAM de Bordeaux, du Hainaut et de Nanterre, Octobre 2014



Groupe de travail
Handicap et précarité
IGAS
Étude à partir des données
des CPAM de Bordeaux,
du Hainaut et de Nanterre

Octobre 2014

FONDS DE FINANCEMENT DE LA PROTECTION
COMPLÉMENTAIRE DE LA COUVERTURE
UNIVERSELLE DU RISQUE MALADIE

Sommaire

1 Introduction	2
1.1. CONTEXTE	2
1.2. RESUME	2
1.3. REMERCIEMENTS	2
2 La population étudiée	3
2.1. EFFECTIFS GLOBAUX	3
2.2. DETAIL DES REGIMES D'ASSURANCE MALADIE CONCERNANT LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	4
2.3. PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PAR TRANCHE D'ÂGE ET PAR REGIME	6
2.4. SITUATION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP VIS-A-VIS DE L'ALD	7
2.5. SITUATION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP VIS-A-VIS DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE	7
3 La consommation de soins de ville	11
3.1. LES CONSOMMANTS	11
3.2. LA REPARTITION DE LA DEPENSE TOTALE	12
3.3. LA CONSOMMATION MOYENNE	13
3.4. REPRISE DES ELEMENTS SUR DEUX PRESTATIONS : LE MEDICAMENT ET LA LPP	20
4 Annexes	23
4.1. SCHEMA D'IDENTIFICATION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DANS LES BASES DE L'ASSURANCE MALADIE	23
4.2. CODES REGIMES POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DANS LES BASES DE L'ASSURANCE MALADIE	23
4.3. CHAMP DU HANDICAP ET PRESTATIONS ASSOCIEES	24

1 Introduction

1.1. CONTEXTE

Le Fonds CMU participe au groupe de travail handicap et pauvreté, animé par l'IGAS. Dans ce cadre, il a été amené à approfondir la question du recours à la CMU-C et à l'ACS des personnes handicapées.

Une première approche quantitative a été envisagée, afin de mettre à jour les trajectoires des personnes en situation de handicap et de précarité, vis-à-vis de l'accès aux prestations d'aide à la complémentaire santé.

Une approche complémentaire permet de définir des profils de consommateurs et de mieux identifier les besoins en termes de couverture complémentaire maladie.

Le Fonds a sollicité trois CPAM (Bordeaux, 33, Hainaut, 59 et Nanterre, 92), pour développer une étude sur ces thèmes.

1.2. RESUME

L'étude porte sur un échantillon de 2,2 millions d'assurés, issus de trois caisses primaires d'assurance maladie aux profils de populations différents, dont 6 % ont un statut lié au handicap du point de vue de l'assurance maladie.

Sur l'ensemble des personnes en situation de handicap, les deux tiers relèvent de l'affection longue durée (ALD) contre moins de 20 % pour la population générale.

Les bénéficiaires de l'Allocation adulte handicapé (AAH) représentent le tiers des 138 000 assurés identifiés en situation de handicap, et 90 % d'entre eux sont âgés de 16 à 59 ans. Les bénéficiaires de l'AAH sont ceux qui ont le plus recours à la CMU-C (11 %) et l'ACS (5 %), ce qui est supérieur aux taux connus pour les autres statuts liés au handicap.

Sur la base des tarifs de responsabilité, la dépense de ville moyenne par consommant est de 3,4 fois supérieure à celle d'une personne non handicapée.

Toutefois, les différentes approches mettent en avant de fortes variations de la consommation selon la situation vis-à-vis du handicap, mais aussi selon les tranches d'âges, avec dans certains cas des transferts conséquents d'un poste à l'autre de dépense. Ceci illustre que le système de solidarité fonctionne d'autant mieux qu'il couvre l'ensemble de la population, de manière mutualisée, sans segmentation par forme de besoins.

1.3. REMERCIEMENTS

Le Fonds CMU remercie les CPAM de Gironde, du Hainaut et de Nanterre, pour leur implication dans le recueil des données, ainsi que pour les nombreux échanges qui ont pu mener à une réflexion commune.

La CPAM de Nanterre, outre sa participation à l'étude, a également été à l'origine des scripts des requêtes qui ont été déployées dans les deux autres caisses.

2 La population étudiée

L'échantillon étudié porte sur 2,2 millions de personnes, dont 138 300 ont un statut lié au handicap vis-à-vis de l'assurance maladie. La composition de l'échantillon par trois caisses d'assurance maladie aux profils de population très différents apporte un gage de représentativité.

Quatre principaux régimes ressortent, du point de vue de l'assurance maladie : Invalidité, Allocation adulte handicapé (AAH), Pension vieillesse suite invalidité, Régime de retraite pour inaptitude. Le régime lié à l'AAH en représente le tiers. Toutefois, 70 % seulement des bénéficiaires de l'AAH sont identifiés dans les bases de l'assurance maladie en tant que tel. En effet, le régime d'assurance maladie lié à l'AAH est un régime subsidiaire. Les âges, pour ce régime, se répartissent entre 30 % de 16 à 29 ans, un peu plus de 60 % de 40 à 59 ans et moins de 10 % de plus de 60 ans.

Les personnes reconnues en situation de handicap vis-à-vis de l'assurance maladie relèvent de l'ALD pour les deux tiers contre moins de 20 % pour la population générale.

Parmi les quatre grands groupes de personnes identifiées en situation de handicap par l'assurance maladie, les bénéficiaires de l'AAH sont ceux qui ont le plus recours à la CMU-C (11 %) et l'ACS (5 %).

2.1. EFFECTIFS GLOBAUX

La population totale étudiée pour les trois caisses participant à l'étude est de 2,2 millions de personnes, dont 138 300 personnes en situation de handicap, soit 6,3 % des assurés.

La caisse de Nanterre représente 45 % de l'échantillon, celle de Bordeaux 38 % et celle du Hainaut 19 %. Pour chaque caisse, la proportion de personnes concernées par le handicap varie de 4,0 % pour Nanterre à 9,5 % pour le Hainaut, sachant que le département du Nord concentre une forte part de personnes ayant un état de santé dégradé.

Les profils différents de chacune des trois caisses permettent d'émettre l'hypothèse que l'échantillon de 2,2 millions de personnes est équilibré.

Tableau 1 – Échantillon par situation vis-à-vis du handicap et par caisse

	Handicap	Non handicap	Total	Pourcent Échantillon
Hainaut	40 291	382 071	422 362	19,1%
Bordeaux	58 316	731 999	790 315	35,7%
Nanterre	39 686	960 065	999 751	45,2%
Échantillon	138 293	2 074 135	2 212 428	100,0%

Tableau 2 – Répartition de l'échantillon par rapport à la situation vis du handicap et par caisse

	Handicap	Non handicap	Total
Hainaut	9,5%	90,5%	100,0%
Bordeaux	7,4%	92,6%	100,0%
Nanterre	4,0%	96,0%	100,0%
Échantillon	6,3%	93,7%	100,0%

■ Indications techniques

La population est étudiée à l'échéance du 31/12/2013, pour les personnes âgées de 16 ans et plus à cette date, en tant qu'assurés. De fait, les ayants-droits sont exclus de l'étude. Mais ceci ne pose pas de problème de représentativité dans la mesure où une personne n'est assurée qu'à titre personnel pour le risque maladie au titre d'une situation de handicap.

La situation de handicap est déterminée, au niveau de l'étude, par le code régime pour les droits ouverts à l'assurance maladie. Les personnes qui relèvent de deux régimes différents, ou plus, ouverts au moment de la période d'étude, sont exclues de l'étude. Elles ne représentent qu'une infime proportion des assurés.

De même, les totaux ne retiennent pas les lignes de données pour lesquelles la requête donne des résultats inférieurs à 30 personnes.

2.2. DETAIL DES REGIMES D'ASSURANCE MALADIE CONCERNANT LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

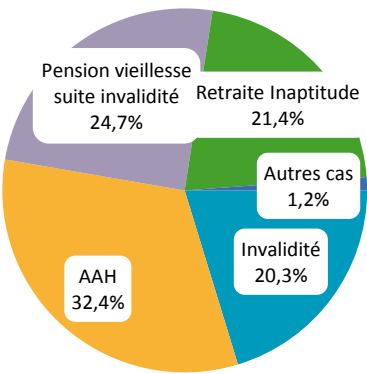
2.2.1. Répartition des régimes

Les 138 300 personnes répertoriées comme relevant d'un régime lié à une situation de handicap se partagent en quatre grandes catégories :

- Allocation adulte handicapé et assimilé (32,4 %), [régimes 180 et 189] ;
- Invalidité (20,3 %) ;
- Régime de retraite pour inaptitude (21,4 %) ;
- Pension vieillesse suite à invalidité (24,7 %).

Ainsi, les personnes relevant de l'AAH ne représentent qu'un tiers des assurés maladie en lien avec une situation de handicap et 2 % de l'ensemble des assurés.

Figure 1 – Répartition des personnes en situation de handicap par type de régime d'affiliation à l'assurance maladie



C'est la caisse de Bordeaux, avec 34,8 %, qui rassemble le plus de personnes affiliées à l'assurance maladie au titre d'un régime lié à l'AAH.

Tableau 3 – Répartition des personnes en situation de handicap, par type de régime d'affiliation à l'assurance maladie et par caisse

	Hainaut	Bordeaux	Nanterre	Échantillon
Invalidité	21,3%	20,7%	18,7%	20,3%
AAH	30,9%	34,8%	30,6%	32,4%
Pension vieillesse suite invalidité	25,5%	21,7%	28,4%	24,7%
Retraite Inaptitude	21,1%	21,4%	21,7%	21,4%
Autres cas	1,3%	1,5%	0,6%	1,2%
Total assurés en situation de handicap	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Du point de vue du lien entre handicap et précarité, l'AAH est l'indicateur le plus sûr, puisque les revenus maximums sont établis. Pour les autres cas, il y a présomption de précarité pour une part importante, mais pas pour la totalité des personnes concernées.

■ Piste de travail

Étudier les revenus par tranches, pour les bénéficiaires des pensions invalidité, vieillesse suite invalidité et inaptitude, afin de mieux déterminer les proportions de personnes en situation de handicap et de précarité.

2.2.2. Situation de l'AAH vis-à-vis de la population générale, et du régime 180 pour l'assurance maladie

2.2.2.1. AAH et population générale

Pour les trois départements qui concernent les caisses d'assurance maladie engagées dans l'étude, la part des bénéficiaires de l'AAH par rapport à la population générale est de 1,5 %. Elle est également de 1,5 % pour la métropole. L'échantillon retenu paraît donc équilibré par rapport l'ensemble de la métropole.

● Tableau 4 – Bénéficiaires de l'AAH et population générale pour les départements du Nord, de la Gironde et des Hauts-de-Seine et pour la métropole

	AAH	Population	Part AAH
Nord	46 158	2 620 067	1,8%
Gironde	25 226	1 494 064	1,7%
Hauts-de-Seine	16 592	1 600 568	1,0%
Échantillon	87 976	5 714 699	1,5%
Métropole	955 854	64 525 095	1,5%

2.2.2.2. AAH et assurés au titre du régime 180 pour la maladie

Les régimes liés à l'AAH (180 et 189), pour l'assurance maladie, sont des régimes subsidiaires, sauf pour les conjoints ayants-droit. Si l'AAH vient compléter les revenus d'un emploi, c'est le régime de l'activité qui aura la priorité (régime 101), si l'AAH vient compléter une pension d'invalidité, c'est le régime de l'invalidité (120) qui est retenu. Par contre, si une personne bénéficiaire de l'AAH était, avant cette attribution, ayant-droit de son conjoint, c'est le régime lié à l'AAH (180) qui deviendra prioritaire. Les assurés au titre du régime 189 (Ex-titulaires de l'AAH. maintenus un an après le régime 180, ou en attente d'un renouvellement d'AAH) représentent moins de 7 % du total des assurés des régimes 180 et 189.

On note un décalage entre le nombre de personnes bénéficiaires de l'AAH au niveau des CAF et le nombre d'assurés pour la maladie au régime 180¹. Ces derniers ne représenteraient que 72 % des bénéficiaires de l'AAH. Ceci pourrait s'expliquer par le caractère subsidiaire du régime 180. Il faut également tenir compte du fait, à la marge, que le régime général ne rassemble pas l'ensemble des assurés pour la maladie.

● Tableau 5 – Écarts entre le nombre de bénéficiaires de l'AAH au niveau des CAF et le nombre d'assurés au titre du régime 180 pour l'assurance maladie au régime général, effectifs au 31/12/2013

	CAF	Assurance maladie	Part 180 / AAH
	AAH	Régime 180	
Bordeaux	25 226	18 783	74,5%
Nanterre	16 592	11 303	68,1%
Échantillon	41 818	30 086	71,9%

■ Indications techniques

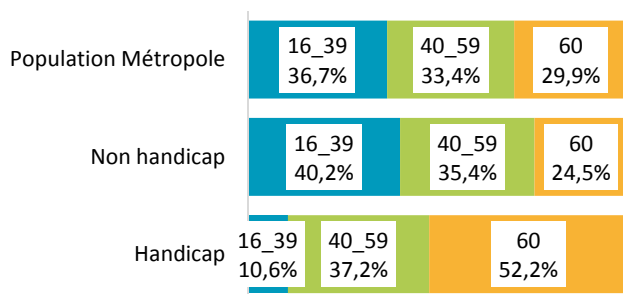
Les données pour la caisse du Hainaut n'ont pas pu être retenues pour cette comparaison. En effet, les données de la CAF sont départementales alors qu'il y a 4 caisses d'assurance maladie dans le département du Nord.

¹ Dans ce cas, ne sont retenus que les assurés au titre du régime 180, les assurés pour la maladie au titre du régime 189 n'étant pas connus par la CAF au titre de l'AAH.

2.3. PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PAR TRANCHE D'ÂGE ET PAR RÉGIME

Pour l'ensemble des personnes couvertes par l'assurance maladie, sur les trois caisses participant à l'étude, les trois tranches d'âges se répartissent entre 40 % pour les 16 – 39 ans, 35 % pour les 40 – 59 ans et 24 % pour les 60 ans et plus. Ces proportions sont assez proches de celles de la population générale en métropole. Pour la population en situation de handicap, les 16 – 39 ans représentent 11 %, les 40 – 59 ans 37 % et les plus de 60 ans 52 %. La situation de handicap, du point de vue des régimes de couverture pour l'assurance maladie, concerne donc pour moitié des personnes de plus de 60 ans.

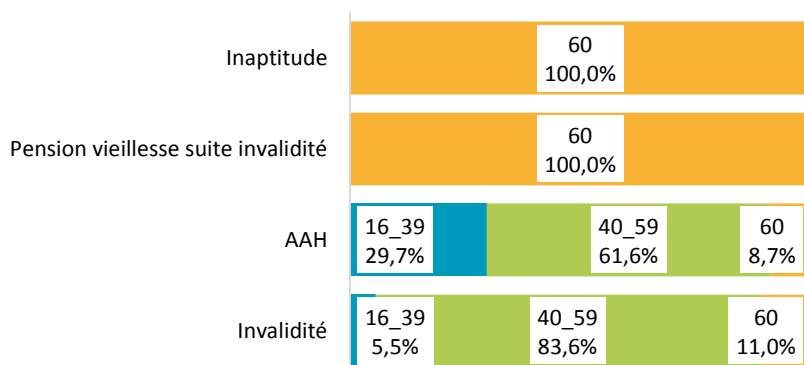
Figure 2 – Répartition des assurés par tranche d'âge, en fonction de la situation vis-à-vis du handicap



De fait, la pension vieillesse pour inaptitude (régime 560) et la pension vieillesse suite à invalidité (régime 530) ne concernent que des personnes de plus de 60 ans. L'invalidité se concentre à 84 % sur les 40 – 59 ans. L'AAH comprend 30 % de 16 – 39 ans, 62 % de 40 – 59 ans et moins de 9 % de plus de 60 ans.

Si l'étude avait pu aller plus finement dans les tranches d'âges, on aurait dû mesurer que les 60 ans et plus pour l'AAH et l'invalidité se concentrent essentiellement entre 60 et 62 ans, et ce d'autant plus pour l'invalidité².

Figure 3 – Répartition des assurés par tranche d'âge, par régime concerné par la situation de handicap



■ Indications techniques

La première tranche d'âge commence à 16 ans, l'AAH pouvant être attribuée dès cet âge dans quelques cas.

Dans les bases de l'assurance maladie il n'est possible de ne retrouver qu'une partie des personnes handicapées. Il ne sera par exemple pas possible de retrouver des personnes handicapées salariées, mais avec de faibles revenus, ni les personnes de plus

² L'AAH prend fin à partir de l'âge minimum légal de départ à la retraite en cas d'incapacité de 50 % à 79 %. En ce cas la personne bascule dans le régime de retraite pour inaptitude. Et, en cas d'incapacité d'au moins 80 %, une AAH différentielle, c'est-à-dire une allocation mensuelle réduite, peut être versée au-delà de l'âge minimum légal de départ à la retraite en complément d'une retraite inférieure au minimum vieillesse.

Pour la pension d'invalidité, en règle générale, le versement de la pension prend fin dès lors que son titulaire atteint l'âge auquel il peut prendre sa retraite (entre 60 et 62 ans selon son année de naissance) La pension d'invalidité est alors remplacée par la pension de vieillesse liquidée à taux plein au titre de l'inaptitude.

60 ans, qui basculent vers une pension de retraite ou l'ASPA, ni les personnes handicapées en situation d'ayants-droit, même si elles sont en situation de précarité.

2.4. SITUATION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP VIS-A-VIS DE L'ALD³

L'ALD concerne 64 % des personnes en situation de handicap contre 15% pour les personnes non handicapées. Pour les personnes en situation de handicap, la proportion est similaire entre les tranches d'âge ainsi qu'entre les quatre principaux régimes d'assurance maladie concernés par le handicap, en retenant toutefois que 70 % des bénéficiaires de l'AAH (et ex-bénéficiaires) relèvent de l'ALD, ce qui est la proportion la plus forte. En comparaison, la répartition par tranche d'âge pour les personnes non handicapées est ascendante, avec 3 % pour les 16 – 39 ans, 11 % pour les 40 – 59 ans et 40 % pour les plus de 60 ans.

Figure 4 – Pourcentage d'ALD par tranche d'âge et par statut vis-à-vis du handicap pour l'assurance maladie

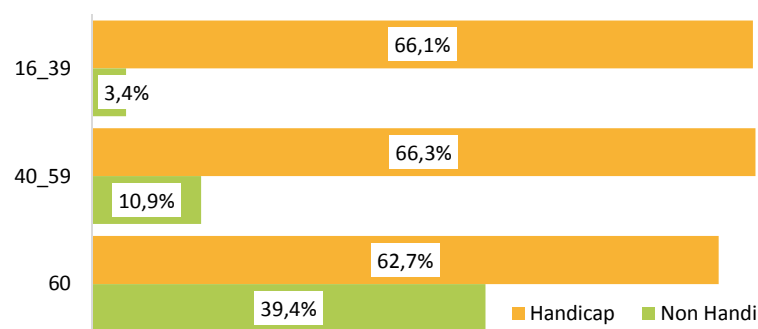
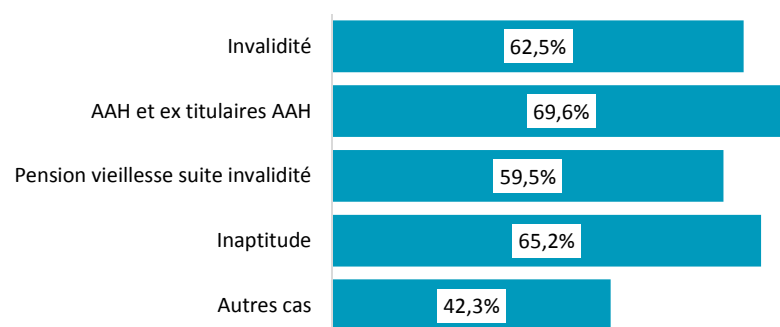


Figure 5 – Pourcentage d'ALD par type de reconnaissance du handicap vis-à-vis de l'assurance maladie



2.5. SITUATION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP VIS-A-VIS DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

2.5.1. Acquisition d'une complémentaire santé dans le cadre de l'étude

Dans le cadre de l'échantillon, les personnes en situation de handicap sont un plus souvent couvertes par une complémentaire santé (CMU-C, OC avec ACS, OC sans ACS), 76,7 % versus 75,3 % pour les personnes non handicapées.

³ ALD : Affection longue durée

Tableau 6 – Indentification d’une complémentaire santé dans l’échantillon étudié

	Handicap	Non handicap	Total
CMU-C	4,7%	5,2%	5,2%
ACS	2,3%	0,5%	0,6%
OC	69,7%	69,5%	69,5%
Pas d'OC identifié	23,3%	24,7%	24,6%
	100,0%	100,0%	100,0%

■ Précisions techniques

Les personnes décomptées « sans OC identifiées » dans l’échantillon sont celles pour lesquelles il n’a pas été repéré un code mutuelle dans les bases de données. Ces personnes peuvent avoir acquis une complémentaire santé sans ACS ou avec ACS. Les deux catégories OC et ACS sont donc minorées dans l’étude.

Pour l’ACS, d’autres biais peuvent s’ajouter pour expliquer les décalages entre les chiffres connus au national et les données de l’étude :

- les Caisses fournissent au niveau national les effectifs de bénéficiaires d’attestations par foyers et par bénéficiaires. On peut émettre l’hypothèse que le nombre de foyers est proche du nombre d’assurés concernés à titre personnel par l’ACS, sachant que l’étude porte exclusivement sur la population des assurés, mais un décalage peut subsister ;
- les bénéficiaires d’attestation ACS utilisent ces dernières dans 80 % des cas, au national, d’après les retours de OC recueillis par le Fonds CMU. Des différences significatives existent toutefois entre les caisses, qui ne permettent d’appliquer la règle nationale sur des données locales.

Pour la CMU-Complémentaire, les données issues des requêtes des trois CPAM présentent un écart de 4,8 % entre les effectifs des assurés bénéficiant de la CMU-C de source CNAMTS et ceux issus de l’étude. Cet écart est de 1,6 % pour la CPAM de Nanterre, mais de 7,3 % pour la CPAM du Hainaut.

La proportion d’assurés bénéficiaires de la CMU-C dans l’étude est donc légèrement sous-évaluée.

Enfin, pour rappel, les sous catégories de personnes dont le total est inférieur à 30 ne sont pas retenues, ainsi que les bénéficiaires présentant des doubles régimes.

2.5.2. ALD et acquisition d’une complémentaire santé

Les personnes en situation de handicap, lorsqu’elles relèvent de l’ALD, sont moins couvertes par une complémentaire santé (CMU-C et complémentaire maladie avec ou sans ACS) que les personnes non handicapées (5 points en moins handicap / non handicap) mais, lorsqu’elles ne relèvent pas de l’ALD, elles sont un peu plus souvent couvertes par une complémentaire maladie, (1 point d’écart handicap / non handicap). Dans le détail par tranche d’âge, cette différence est infime pour les 16 – 39 ans, de 3 points pour les 40 – 59 ans et de 7 points pour les plus de 60 ans.

De fait, on constate une baisse du taux de couverture par une complémentaire maladie chez les plus de 60 ans en situation de handicap (avec ou sans ALD), là où il atteint son maximum chez les personnes non handicapées.

Tableau 7 – Taux de couverture par une complémentaire santé (CMU-C, complémentaire avec ACS et sans ACS), pour les personnes relevant de l’ALD, en situation ou pas de handicap vis-à-vis de l’assurance maladie, par tranche d’âge

	16_39	40_59	60	Total
Handicap	75,9%	79,9%	76,7%	77,8%
Non Handi	76,4%	82,8%	83,7%	82,8%

2.5.3. L’accès à la CMU-C⁴ et à l’ACS⁵ par régime lié au handicap

L’observation des parcours vis-à-vis de la CMU-C et de l’ACS indique que les bénéficiaires de l’AAH se démarquent nettement par rapport aux autres régimes d’assurance maladie liés au handicap et par rapport aux autres assurés.

⁴ CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire

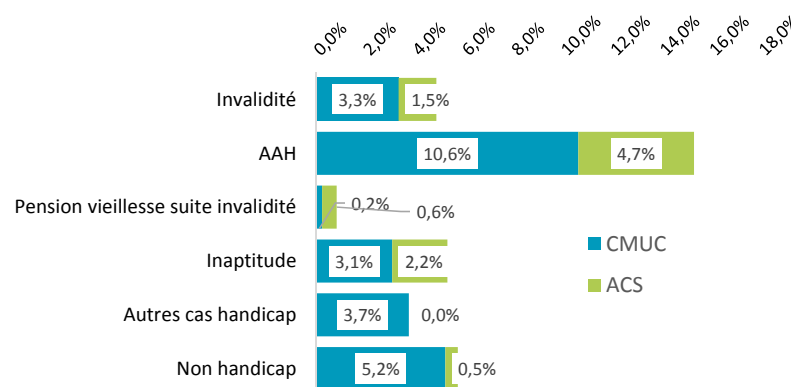
⁵ ACS : Aide complémentaire santé

Le recours constaté à la CMU-C pour les bénéficiaires de l'AAH, de l'ordre de 11 %. Compte tenu du fait que le montant de l'AAH, pour une personne seule, est supérieur au plafond de la CMU-C, il s'agit donc, pour les cas concernés par la CMU-C, d'assurés vivant au sein de foyers dont le total des revenus est inférieur au plafond ou des cas d'ACS minorée, notamment en cas d'hospitalisation longue ou dans de placement dans une maison d'accueil spécialisée (MAS).

Pour l'ACS, le taux des bénéficiaires de l'AAH est de presque 5 %. Cette proportion est de loin la plus importante, surtout vis-à-vis de la population non concernée par le handicap, ce qui confirme que l'AAH est corrélé avec la pauvreté. Ainsi, l'objectif d'un meilleur taux recours peut aussi concerner les bénéficiaires de l'AAH.

Pour les catégories d'assurés en situation de handicap, hors AAH, le recours à la CMU-C est inférieur au recours de la population générale. Pour ces catégories, le non recours à l'ACS devra être étudié de plus près, compte tenu des fortes présomptions de précarité.

Figure 6 – Accès à la CMU-C et l'ACS, par régime lié au handicap vis-à-vis de l'assurance maladie



2.5.4. Focus sur l'accès à la CMU-C et à l'ACS pour les bénéficiaires de l'AAH

Pour rappel, les bénéficiaires de l'AAH, au régime 180 de l'assurance maladie, se répartissent globalement entre 30 % pour les 16 – 39 ans, un peu plus de 60 % pour les 40 – 59 et moins de 10 % pour les 60 ans et plus.

Les répartitions par tranche d'âge sont homogènes entre les trois caisses qui composent l'échantillon.

Tableau 8 – Répartition des bénéficiaires de l'AAH par tranche d'âge et par caisse

	Hainaut	Bordeaux	Nanterre	Total		Hainaut	Bordeaux	Nanterre	Total
16_39	3 471	5 580	3 373	12 424	16_39	29,6%	29,7%	29,8%	29,7%
40_59	7 252	11 472	7 024	25 748	40_59	61,8%	61,1%	62,1%	61,6%
60	1 009	1 731	906	3 646	60	8,6%	9,2%	8,0%	8,7%
Total	11 732	18 783	11 303	41 818	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Les bénéficiaires de la CMU-C représentent près de 11 % des bénéficiaires de l'AAH, soit le double du taux de recours à la CMU-C pour l'ensemble des assurés. Par caisse, le Hainaut vient en tête, avec 13,5 % de taux de recours. Nanterre et Bordeaux se situent respectivement à 9,3 % et 9,8 %.

Les plus de 60 ans n'ont recours à la CMU-C que pour 3,4 % mais, compte tenu de la faiblesse des effectifs⁶ sur cette tranche d'âge, il est imprudent d'établir des comparaisons.

La répartition du recours à la CMU-C entre les tranches d'âges 16 – 39 ans et 40 – 59 ans n'est pas tout à fait identique selon les caisses, le Hainaut marque proportionnellement le plus fort taux de recours pour les 16 – 39 ans avec 16,7 %.

⁶ Les sous catégories obtenant des scores inférieurs à 30 ne sont pas retenues. Il convient d'en tenir compte lorsque l'on étudie des catégories à petits effectifs.

Tableau 9 – Répartition des bénéficiaires de l’AAH, bénéficiaires de la CMU-C, par tranche d’âge et par caisse

CMUC	Hainaut	Bordeaux	Nanterre	Total	CMUC	Hainaut	Bordeaux	Nanterre	Total
16_39	578	601	287	1 466	16_39	16,7%	10,8%	8,5%	11,8%
40_59	963	1 105	772	2 840	40_59	13,3%	9,6%	11,0%	11,0%
60	40	36	49	125	60	4,0%	2,1%	5,4%	3,4%
Total	1 581	1 742	1 108	4 431	Total	13,5%	9,3%	9,8%	10,6%

Le recours à l’ACS, pour les bénéficiaires de l’AAH est de presque 5 %, alors qu’il n’est que de 0,6 % pour l’échantillon⁷. Il est plus ou moins élevé entre les trois caisses, en réponse inverse au taux de recours de la CMU-C.

La catégorie des plus de 60 ans est à mettre à part, en tenant compte de la très faible part de bénéficiaires de l’AAH après 60 ans.

Tableau 10 – Répartition des bénéficiaires de l’AAH, bénéficiaires de l’ACS, par tranche d’âge et par caisse

ACS	Hainaut	Bordeaux	Nanterre	Total	ACS	Hainaut	Bordeaux	Nanterre	Total
16_39	164	260	130	554	16_39	4,7%	4,7%	3,9%	4,5%
40_59	351	657	340	1 348	40_59	4,8%	5,7%	4,8%	5,2%
60	0	54	0	54	60	0,0%	3,1%	0,0%	1,5%
Total	515	971	470	1 956	Total	4,4%	5,2%	4,2%	4,7%

Le recours à l’ACS pour les bénéficiaires de l’AAH est très supérieur à celui de la population générale, mais le non recours interroge d’autant plus que cette catégorie de personnes est logiquement plus consommatrice de soins.

Des pistes d’explication pourraient être le reste à charge, pour l’acquisition d’une complémentaire santé, après intervention de l’ACS, ainsi que l’idée que, pour les personnes relevant de l’ALD, le coût d’acquisition d’une complémentaire santé ne compense pas le montant des risques couverts.

⁷ Le taux de recours à l’ACS pour l’échantillon est sous-évalué, pour différentes raisons techniques expliquées plus avant, mais les proportions restent de bon points de repère.

3 La consommation de soins de ville

L'échantillon retenu pour les consommateurs est cohérent par rapport à celui de l'échantillon population.

La part de la dépense globale est plus importante pour les personnes en situation de handicap pour le médicament, la LPP, les transports et les honoraires des auxiliaires médicaux.

Sur la base des tarifs de responsabilité, la dépense de ville moyenne par consommant, sur le premier semestre 2013, est de presque 1 800 € pour une personne handicapée contre un peu plus de 500 € pour une personne non handicapée, soit un ratio de 3,4. Dans le détail par tranche d'âge, les consommateurs handicapés ont une dépense moyenne élevée dès la première tranche (20 – 39 ans), alors que la dépense moyenne des non handicapés double d'une tranche d'âge à l'autre.

Dans la déclinaison par consommant et par poste, les ratios handicap / non handicap les plus élevés sont essentiellement liés aux nombres d'actes. Par ailleurs, seul le poste des soins dentaires marque une égalité entre les deux catégories de population.

Pour l'analyse selon le type de complémentaire santé, on constate que les personnes en situation de handicap bénéficiaires de la CMU-C ont un meilleur recours au généraliste aux médicaments et aux soins dentaires, mais une plus faible consommation pour les honoraires d'auxiliaires médicaux et la LPP⁸.

Une analyse plus fine de la dépense par tranche des personnes en situation de handicap révèle que, au-delà de montants moyens élevés homogènes, les modes de consommation diffèrent fortement d'une tranche d'âge à l'autre. Pour exemple, les 40 – 59 ans dépensent, pour le médicament, en moyenne 200 € de plus que les 60 ans et plus sur un semestre et 150 € de moins pour les honoraires d'auxiliaires médicaux.

Les différentes approches mettent en avant de fortes variations de la consommation selon la situation vis-à-vis du handicap, mais aussi selon les tranches d'âges. Ceci illustre le fait que le système de solidarité fonctionne d'autant mieux qu'il couvre l'ensemble de la population, sans segmentation par forme de besoins.

3.1. LES CONSOMMANTS

Sur la période du premier semestre 2013, on répertorie 2 092 600 consommateurs, soit 95 % du total des assurés étudiés pour la partie « Population ».

La répartition des consommateurs par tranche d'âge est similaire à celle de la population.

Pour les personnes en situation de handicap et de précarité (couvertes par la CMU-C et l'ACS), les données sont cohérentes. La comparaison avec la population des personnes bénéficiaires d'une complémentaire santé reste également possible. Par contre le parallèle avec les personnes sans complémentaire santé identifiée dans la base consommation doit se faire avec prudence, pour les mêmes raisons que pour la partie de l'étude sur la population.

Tableau 11 – Échantillon des consommateurs, par situation vis-à-vis du handicap et par caisse

	Handicap	Non handicap	Total	Répartition
Hainaut	37 802	361 781	399 583	19,1%
Bordeaux	53 802	685 441	739 243	35,3%
Nanterre	37 306	916 499	953 805	45,6%
Échantillon	128 910	1 963 721	2 092 631	100,0%

Les consommateurs étudiés sont répartis par situation de handicap (128 910) et non situation de handicap (1 963 721), par tranche d'âge et selon la situation vis-à-vis d'une complémentaire, pour les bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS ou les personnes ayant souscrit un contrat auprès d'un OC (hors ACS). Les personnes sans OC identifié (PAS_OC) ne seront retenues que dans un cas précis.

⁸ LPP : liste des produits et prestations

La notion d'ALD n'est pas maintenue dans l'étude sur la consommation.

Compte tenu du nombre limité pour certaines situations de consommateurs (377 personnes handicapées de 20-39 ans avec l'ACS par exemple), il ne sera pas toujours possible de maintenir tous les déterminants dans les calculs par prestation des coûts moyens ou des coûts par consommateurs.

■ Précisions techniques

Afin de limiter tout un ensemble de biais pour l'étude relative à la consommation de soins de ville, un échantillon d'assurés a été mis en place. Les critères d'éligibilité sont les suivants :

– La question du handicap

Afin de limiter la possibilité d'être affilié à plusieurs régimes, il été déterminé un échantillon d'assurés affiliés au même régime tout au long de la période d'observation, soit le 1^{er} semestre 2013. Sont exclus de cet échantillon les assurés affiliés à un régime lié à une situation de handicap et simultanément (mêmes dates de début et de fin de régime) à un régime autre. N'est par contre gardée, au final, que la notion handicap / non handicap. En effet, une requête sur la consommation par régime, par tranche d'âge, par type de couverture pour la complémentaire maladie et par prestation aurait abouti à des sous-totaux non significatifs.

– Positionnement de l'assuré par rapport à la problématique « complémentaire santé »

Dans un souci de comparabilité des données, les assurés doivent conserver leur situation par rapport à la problématique « complémentaire santé » sur l'ensemble de la période janvier-juin 2013. En d'autres termes, ils doivent bénéficier de la CMUC ou d'une complémentaire santé souscrite suite à l'utilisation d'un chèque ACS, ou encore d'une mutuelle contractée en dehors du cadre de la CMUC ou de l'ACS tout au long du premier semestre 2013. Il en est de même s'agissant des assurés ne disposant pas de mutuelle : cette situation doit être observée sur les six premiers mois de l'année 2013.

– La notion d'ALD n'a pas été gardée, pour la même nécessité de préserver des sous échantillons significatifs. Il ne sera donc pas possible de mesurer si la notion d'ALD influe ou non sur la quantité de consommation. Par contre la notion d'ALD n'est pas utile pour mesurer les montants de soins, puisque les montants retenus pour l'étude sont ceux des tarifs de responsabilité, qui ne sont pas influencés par la présence ou non de ce type de prise en charge.

3.2. LA REPARTITION DE LA DEPENSE TOTALE

3.2.1. Répartition par poste de dépense

Les consommateurs en situation de handicap représentent 6 % de l'échantillon mais totalisent 18 % de la dépense, sur la base du tarif de responsabilité, pour le premier semestre 2013.

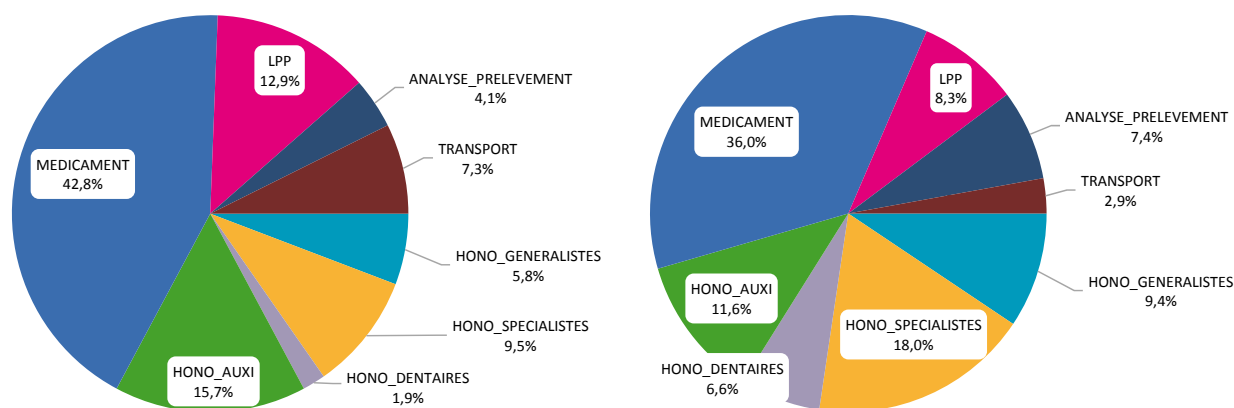
La répartition de la dépense totale diffère selon la situation vis-à-vis du handicap. Elle est supérieure, pour les personnes handicapées sur les postes médicament, LPP⁹, transports et honoraires des auxiliaires médicaux. Elle est inférieure pour les honoraires des spécialistes, les honoraires dentaires, les honoraires des généralistes et les analyses et prélèvements.

Figure 7 – Répartition de la dépense totale, par prestation, pour les personnes en fonction du statut vis-à-vis du handicap

Personnes handicapées

Personnes non handicapées

⁹ LPP : liste des produits et prestations



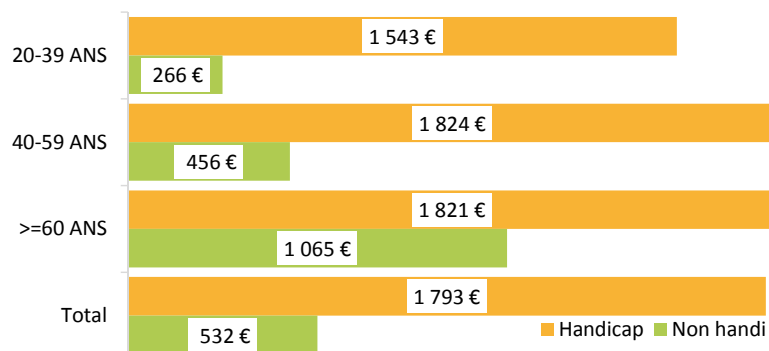
3.3. LA CONSOMMATION MOYENNE

3.3.1. La dépense moyenne par consommant

Sur la base du montant remboursable (tarif de responsabilité), le coût moyen pour une personne en situation de handicap est de 1 793 € pour un semestre, contre 532 € pour une personne non handicapée. Le rapport est de 3,4 entre les deux catégories de personnes, qui est à rapprocher du rapport de 3,2 pour la fréquence des actes.

Le coût moyen est élevé dès la tranche d'âge des 20 – 39 ans chez les personnes en situation de handicap, alors qu'il double entre chaque tranche d'âge chez les personnes non handicapées. De fait, le rapport handicap / non handicap est de 5,8 pour les 20 – 39 ans, 4,0 pour les 40 – 59 ans et de 1,7 pour les plus de 60 ans.

Figure 8 – Dépense moyenne, selon la situation vis-à-vis du handicap, 1^{er} semestre 2013



La dépense comparée selon le type de couverture complémentaire révèle moins d'écart entre les personnes couvertes et la catégorie sans OC identifié (avec réserves sur cette catégorie) pour les personnes handicapées que pour les personnes non handicapées. La prédominance de l'ALD chez les personnes reconnues en situation de handicap pour l'assurance maladie, pourrait être un facteur de cette moindre différence concernant les soins de ville.

Tableau 12 – Dépense moyenne, personnes en situation de handicap, selon le type de couverture complémentaire et par tranche d'âge, 1^{er} semestre 2013

Handicap	CMUC	ACS	OC	PAS_OC	Total
20-39 ANS	1 508 €	1 416 €	1 666 €	1 348 €	1 543 €
40-59 ANS	1 780 €	1 834 €	1 897 €	1 654 €	1 824 €
>=60 ANS	1 803 €	2 003 €	1 964 €	1 480 €	1 821 €
Total	1 719 €	1 810 €	1 912 €	1 525 €	1 793 €

Tableau 13 – Dépense moyenne, personnes non en situation de handicap, selon le type de couverture complémentaire et par tranche d'âge, 1^{er} semestre 2013

Non handi	CMUC	ACS	OC	PAS_OC	Total
20-39 ANS	446 €	376 €	312 €	178 €	266 €
40-59 ANS	669 €	629 €	492 €	327 €	456 €
>=60 ANS	956 €	1 170 €	1 173 €	687 €	1 065 €
Total	578 €	610 €	631 €	315 €	532 €

Pour les personnes en situation de handicap, dans la tranche d'âge des 40 – 59 ans, la dépense moyenne est homogène entre les trois caisses, alors que, dans l'ensemble, la dépense moyenne est la plus élevée dans la caisse du Hainaut et la moins élevée dans la caisse de Nanterre. Cette classification est liée à l'état de santé de la population de chaque département, qui est plus dégradée dans le département du Nord, mais laisse mesurer, qu'à partir du moment où une situation de handicap est avérée, les consommations de soins peuvent être similaires d'une caisse à l'autre, ceci justement dans la tranche d'âge intermédiaire, qui est la plus concernée par l'AAH.

Tableau 14 – Dépense moyenne personnes handicapées / personnes non handicapées, par caisse

Handicap	Hainaut	Bordeaux	Nanterre	Total	Non handi	Hainaut	Bordeaux	Nanterre	Total
20-39 ANS	1 607 €	1 587 €	1 404 €	1 543 €	20-39 ANS	297 €	288 €	239 €	266 €
40-59 ANS	1 801 €	1 817 €	1 859 €	1 824 €	40-59 ANS	518 €	466 €	423 €	456 €
>=60 ANS	2 030 €	1 879 €	1 552 €	1 821 €	>=60 ANS	1 233 €	1 164 €	915 €	1 065 €
Total	1 901 €	1 821 €	1 641 €	1 793 €	Total	614 €	577 €	467 €	532 €

■ Précisions techniques

Le montant remboursable étant identique pour chaque population (la notion d'ALD disparaît), il permet de geler les distinctions de situations des assurés vis-à-vis de la thématique « complémentaire santé ». De fait, une consultation restera à 23 euros quelle que soit la population étudiée.

3.3.2. La dépense moyenne par consommant et par poste

Pour les personnes en situation de handicap, le poste le plus élevé est celui des médicaments, 868 €, suivi des transports, 712 €, et des honoraires d'auxiliaires médicaux, 625 €. La LPP est le quatrième poste en termes de coût moyen par consommant, avec 486 €.

Ce sont pour ces quatre postes que les ratios handicap / non handicap sont les plus élevés : 3,2 pour les médicaments, 1,7 pour les transports, 2,3 pour les honoraires d'auxiliaires médicaux, 3,2 pour la LPP.

Pour ces quatre principaux postes, les ratios handicap / non handicap en termes de coûts moyens sont essentiellement liés aux nombres d'actes par consommant du poste.

Pour les médicaments le coût moyen par acte (boîte de médicament) est de 13 € pour les personnes en situation de handicap, versus 11 € pour les non handicapés, mais c'est bien le nombre d'actes qui fait la différence : 67, versus 25. Pour la LPP, on obtient un coût moyen par acte (produit) de 24 €, versus 21 € pour les non handicapés, mais également avec un rapport de 20 produits en moyenne pour les personnes en situation de handicap pour 7,5 contre les non handicapés.

Pour les postes transports et auxiliaires médicaux, le coût des actes est un peu inférieur pour les personnes en situation de handicap : transports 52 € versus 56 €, auxiliaires médicaux, 10 € versus 11 €, mais avec une fréquence, pour les auxiliaires de médicaux de 64 actes versus 25 et pour les transports de 14 actes versus 8.

À noter, avec 52 € pour une personne handicapée, le coût moyen d'un acte de transport est plus coûteux que celui d'un soin de spécialiste qui est de 45 €, mais il ne concerne, pour rappel, que 18,5 % des consommateurs pour 58,9 % pour les spécialistes.

Pour les généralistes, le nombre de soins est supérieur pour les personnes en situation de handicap (5,3 versus 3,3) mais avec un même coût moyen par soin de 24 €.

Enfin, les personnes en situation de handicap se situent globalement au même niveau que les personnes non handicapées pour les soins dentaires, tant en nombre qu'en termes de coût des soins.

Figure 9 – Coût moyen par consommant, par prestation de ville, et par situation par rapport au handicap, vis-à-vis de l'assurance maladie

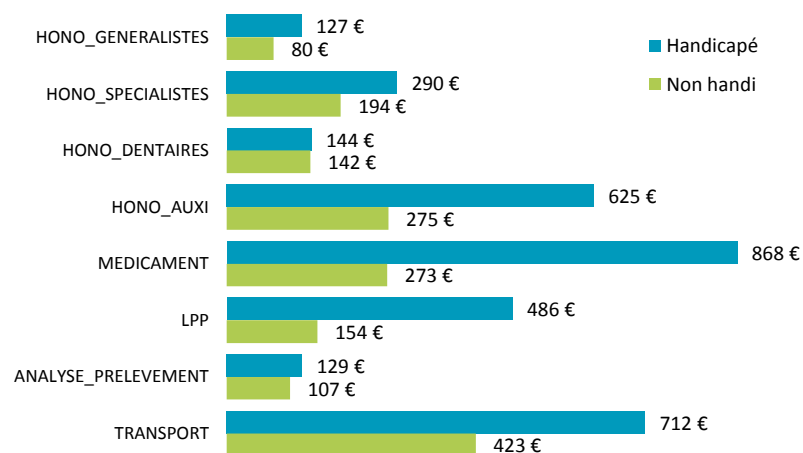


Figure 10 – Coût moyen par acte de soin par consommant, par prestation de ville, et par situation par rapport au handicap, vis-à-vis de l'assurance maladie

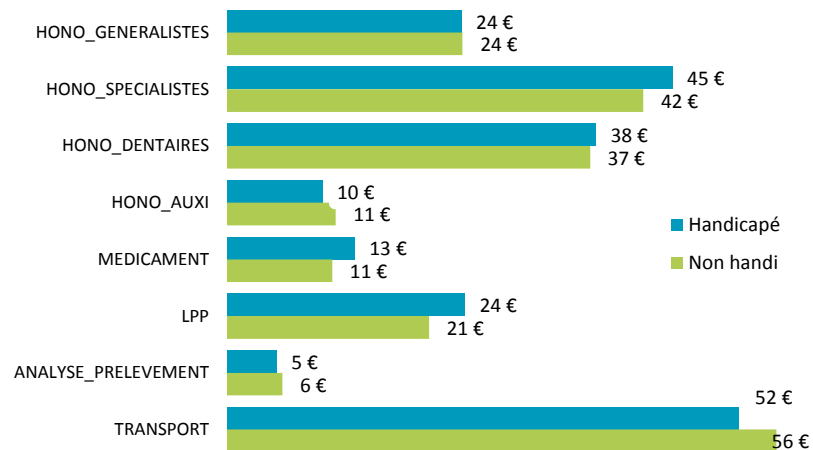
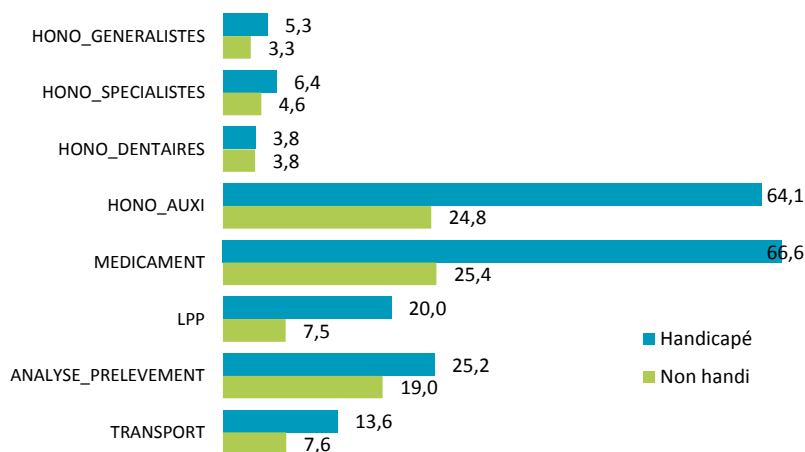


Figure 11 – Nombre d’actes de soins par consommant, par prestation de ville, et par situation par rapport au handicap, vis-à-vis de l’assurance maladie



■ Précisions techniques

Pour la quantité moyenne de soins par assuré consommant, la quantification diffère selon le type de prestations considérées.

- S’agissant des honoraires des généralistes, des spécialistes, des auxiliaires médicaux, des honoraires dentaires et des frais d’analyse et de biologie, cet indicateur désigne une quantité d’actes.
- Pour le poste des médicaments et celui de la LPP, sont comptabilisés respectivement le nombre de boîtes et le nombre de dispositifs médicaux délivrés.
- La notion de quantité concernant les frais de transport correspond au nombre de trajets réalisés.
- Pour les frais d’analyses et biologie, sont comptabilisés les actes ayant fait l’objet d’un remboursement donc : prélèvement + analyse(s).

3.3.3. La dépense des personnes en situation de handicap en fonction de leur couverture complémentaire

Pour cette comparaison nous retenons les trois catégories pour lesquelles une couverture complémentaire a été identifiée : CMU-C, OC avec ACS, OC sans ACS.

La comparaison des coûts moyens par prestation et par type de couverture complémentaire, pour les personnes en situation de handicap, doit rester prudente à ce stade de l’étude, compte tenu de la dimension de l’échantillon. Pour exemple, on constate que le coût moyen pour les transports, pour les personnes bénéficiaires de l’ACS, est presque le double de celui des personnes couvertes par un OC sans ACS, mais on part, pour cette prestation, de 400 consommateurs pour l’ACS et de presque 18 000 pour les personnes couvertes par un OC sans ACS.

Des pistes de réflexions sont toutefois possibles, en s’appuyant en parallèle sur la consommation des personnes non handicapées, pour lesquelles l’échantillon est suffisamment fourni.

Ainsi, pour les bénéficiaires de la CMU-C, les tendances suivantes peuvent être constatées :

- un meilleur recours au généraliste;
- un meilleur recours aux soins dentaires, qui peut s’expliquer par une plus grande quantité d’actes prothétiques, du fait d’une prise en charge des dépassements pour les actes prothétiques parfois supérieure à celle d’un contrat OC de basse et moyenne gamme ;
- une moindre dépense pour les honoraires d’auxiliaires médicaux (piste à creuser) ;
- une moindre dépense pour la LPP, peut-être parce qu’aucun dépassement n’est pris en charge par la CMU-C pour les appareillages (à valider par une étude qualitative).

Figure 12 – Coût moyen par consommant, des personnes en situation de handicap vis-à-vis de l'assurance maladie, par prestation de ville, en fonction du type de couverture complémentaire

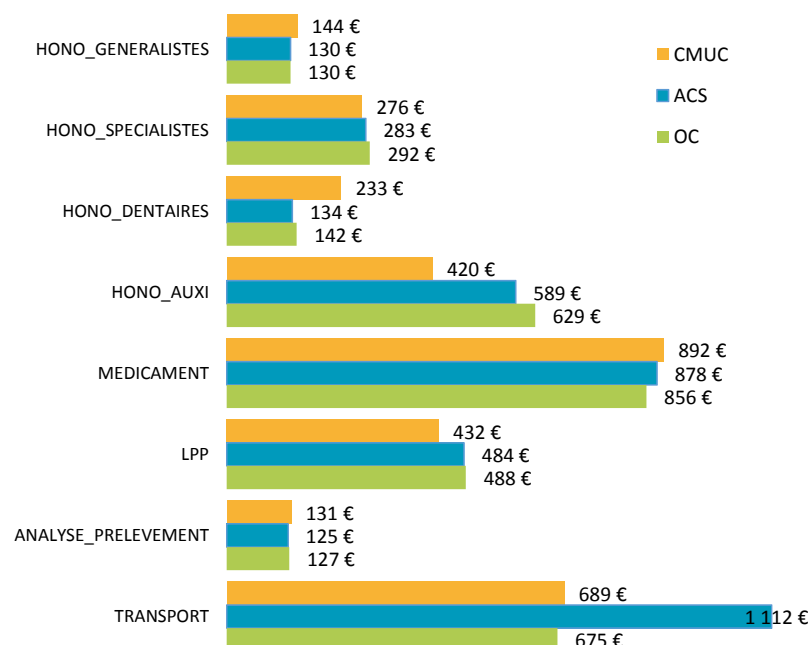
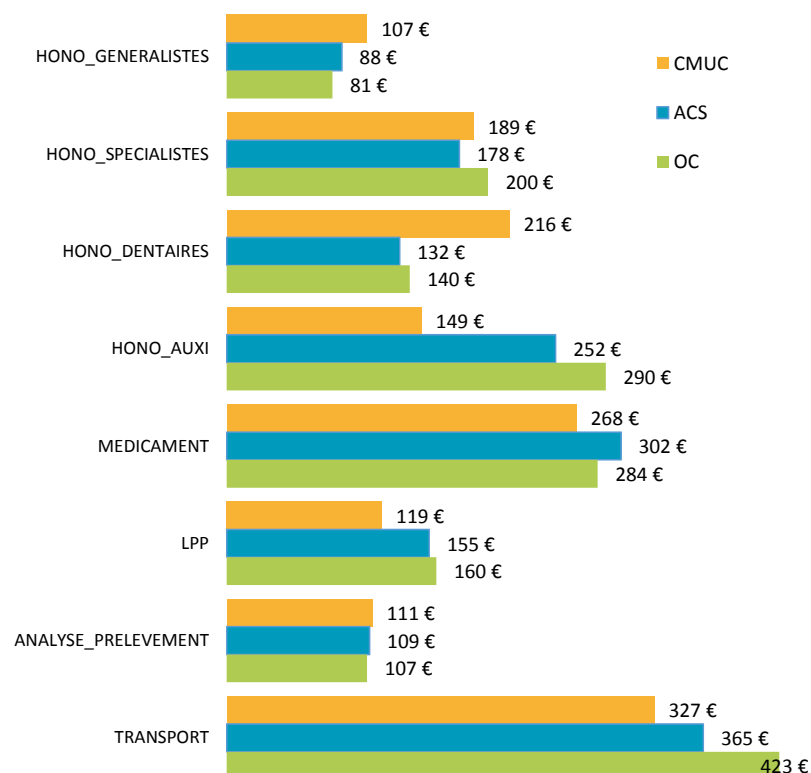


Figure 13 – Coût moyen par consommant, des personnes non handicapées vis-à-vis de l'assurance maladie, par prestation de ville, en fonction du type de couverture complémentaire



3.3.4. La dépense moyenne des personnes en situation de handicap par tranche d'âge

Cette partie de l'étude est éclairante sur le fait que, si les dépenses pour les personnes en situation de handicap sont supérieures à celles des personnes non handicapées, et sont élevées dès la tranche d'âge la plus jeune, les formes de consommations évoluent de manière hétérogène d'une tranche d'âge à l'autre.

Dans le détail, il s'avère que les coûts moyens par prestation peuvent fortement varier, tout autant que la fréquence des actes et parfois en proportion inverse, comme pour le médicament.

3.3.4.1. Coût moyen par consommant

Les 20 – 39 ans, en situation de handicap ont le moindre coût moyen par consommant, 1 543 €, mais leur dépense est supérieure à celle des deux autres tranches d'âges pour la LPP et les transports.

Si les 40 – 59 ont le coût moyen le plus élevé pour les médicaments, ils sont en retrait pour les honoraires d'auxiliaires.

Avec 1 821 €, les plus de 60 ans ont un coût moyen par consommant un peu inférieur à celui des 40 – 59 ans. Par contre, ils ont plus de dépenses pour les honoraires des généralistes et de spécialistes, ainsi que pour les honoraires d'auxiliaires et aussi d'analyses et prélèvements. Cette tranche d'âge a par ailleurs un coût moyen inférieur aux autres pour le médicament et les transports.

Figure 14 – Coût moyen par consommant, des personnes en situation de handicap vis-à-vis de l'assurance maladie, par prestation de ville, par tranche d'âge

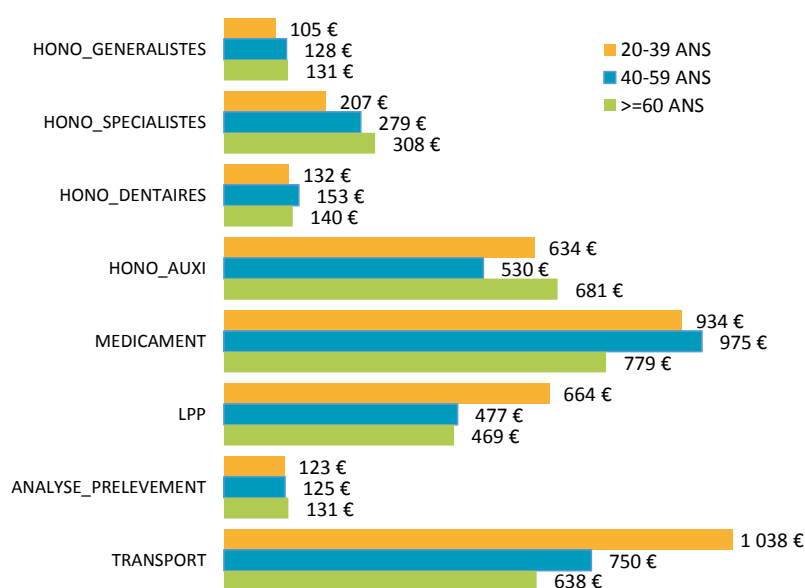
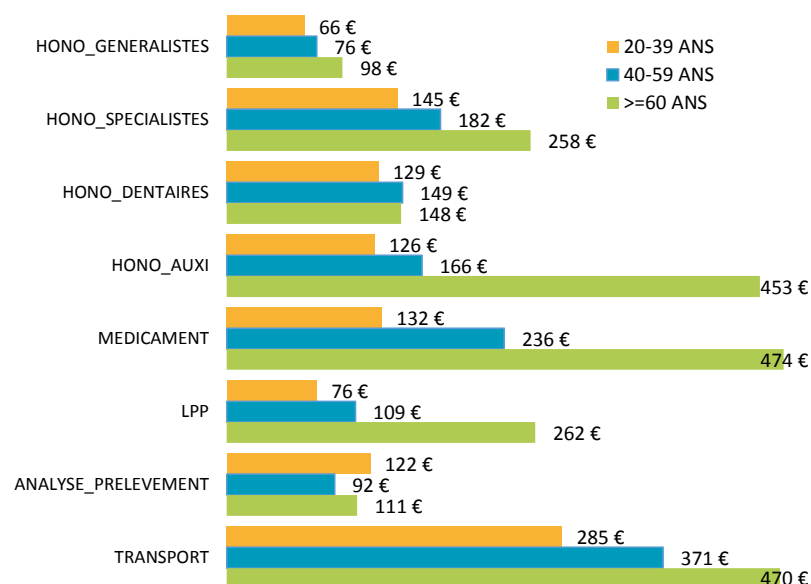


Figure 15 – Coût moyen par consommant, des personnes non handicapées vis-à-vis de l'assurance maladie, par prestation de ville, par tranche d'âge



3.3.4.2. Coût moyen par acte

Pour les personnes en situation de handicap, les coûts moyens par acte et par tranche d'âge sont similaires pour les généralistes, la LPP et les actes d'analyse et prélèvements. Ils augmentent par tranche d'âge pour les actes des spécialistes. Ils régressent au contraire pour les honoraires d'auxiliaires et surtout pour les médicaments, passant de 21 € à 15 € puis à 11 €. Pour ce poste, pour les personnes non handicapées, les coûts moyens par tranche d'âge sont respectivement de 10 € puis de 11 € pour les deux dernières tranches. Ainsi, le coût moyen par médicament est le même pour les plus de 60 ans, que les personnes soient ou non en situation de handicap.

Parallèlement, pour les personnes en situation de handicap, les deux évolutions les plus marquantes quant à la fréquence des actes portent sur les honoraires d'auxiliaires et les médicaments.

Figure 16 – Coût moyen par acte, des personnes en situation de handicap vis-à-vis de l'assurance maladie, par prestation de ville, par tranche d'âge

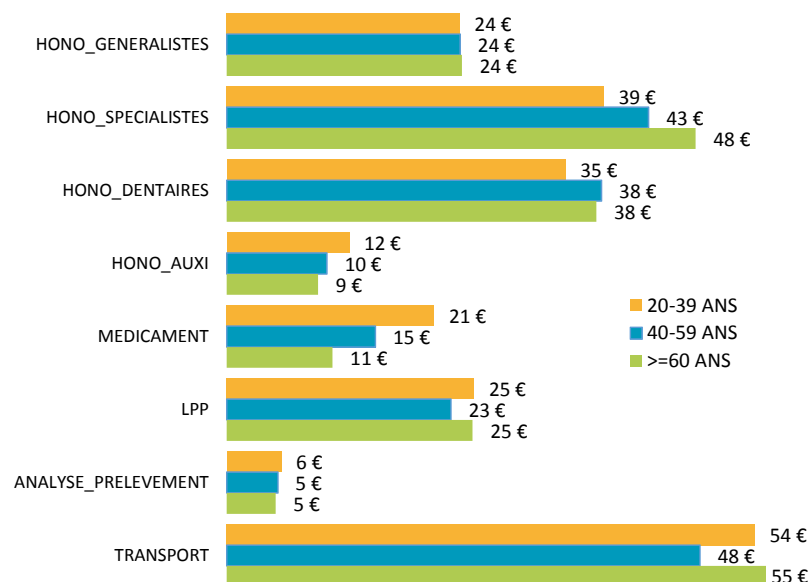
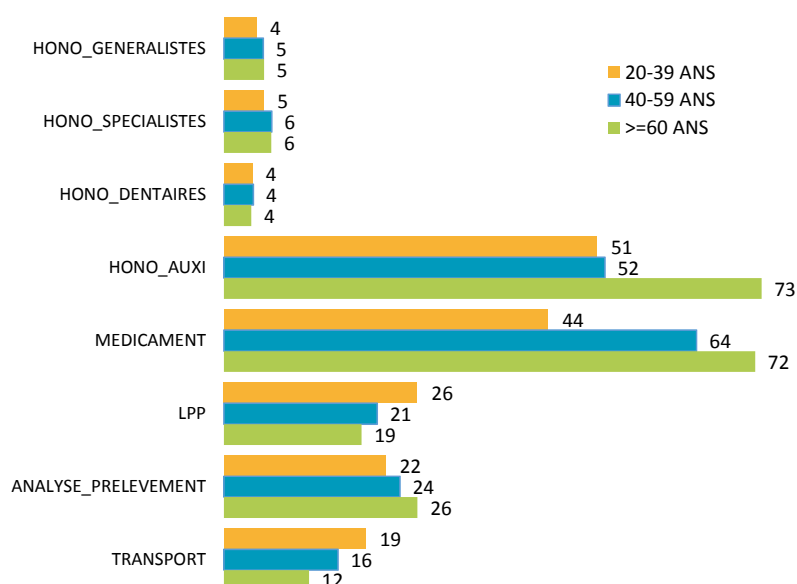


Figure 17 – Fréquence moyenne des actes des personnes en situation de handicap vis-à-vis de l'assurance maladie, par prestation de ville, par tranche d'âge



3.4. REPRISE DES ELEMENTS SUR DEUX PRESTATIONS : LE MEDICAMENT ET LA LPP

La reprise des éléments pour les postes médicament et LPP permet de mieux mesurer que, selon les produits ou prestations, les besoins évoluent d'une tranche d'âge à l'autre autant que selon la situation vis-à-vis du handicap et que la consommation de soins est, dans un second temps, influencée par le type de complémentaire santé.

3.4.1. Le médicament

Les personnes en situation de handicap consomment 2,6 fois plus de boîtes de médicaments, qui coûtent en moyenne un peu plus cher que pour les personnes non handicapées. Soit une dépense moyenne par consommant trois fois supérieure pour les personnes en situation de handicap.

On note, de fait, une différence de 7 points entre la part du médicament dans la dépense de ville entre personnes handicapées et personnes non handicapées (43 % versus 36 %).

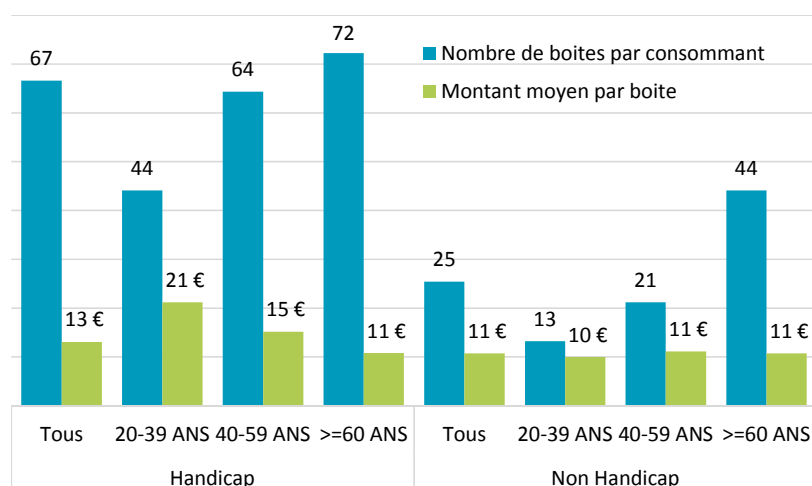
Ainsi, pour les personnes handicapées, la dépense moyenne en médicament, par consommant, est de 868 € pour un semestre, versus 273 € pour les non handicapés. Les personnes en situation de handicap consomment 67 boîtes sur un semestre, versus 25 pour les non handicapés, avec un coût moyen par boîte de 13 € versus 11 €.

Tableau 15 – Récapitulatif de la dépense pour le médicament

	Handicap	Non Handicap	Ratio Non handi / Handi
Part sur la dépense totale	43%	36%	1,2
Nombre de boîtes par consommant	67	25	2,6
Montant moyen par boîte	13 €	11 €	1,2
Dépense moyenne par consommant	868 €	273 €	3,2

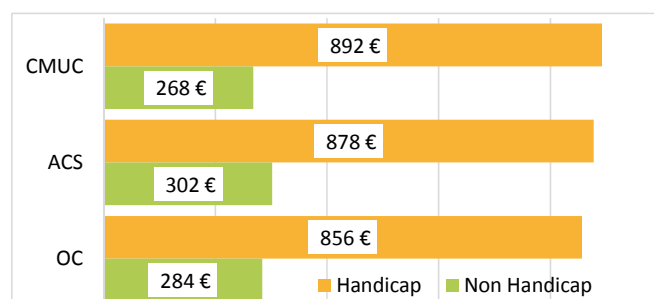
Pour les personnes handicapées, la quantité moyenne de boîtes consommées est élevée dès le plus jeune âge et elle augmente régulièrement ensuite mais le coût moyen par boîte est très élevé pour les plus jeunes et baisse au niveau des non handicapés pour les plus de 60 ans.

Figure 18 – Nombre moyen de boîtes par consommant et montant moyen par boîte, en fonction du statut vis-à-vis du handicap et par tranche d'âge



Les personnes en situation de handicap bénéficiaires de la CMU-C ont une consommation supérieure de 14 € à celle des personnes bénéficiaires de l'ACS et de 36 € celle des bénéficiaires d'un OC sans ACS.

Figure 19 – Montant moyen par consommant du poste, pour un semestre, pour le médicament, en fonction de la situation vis-à-vis du handicap et du statut vis-à-vis d'une complémentaire santé



3.4.2. La LPP

Les personnes en situation de handicap consomment 2,7 fois plus de produits en LPP et ces derniers coûtent en moyenne un peu plus cher que pour les personnes non handicapées. Soit une dépense moyenne par consommant trois fois supérieure pour les personnes en situation de handicap, comme pour le médicament.

On note une différence de 4 points entre la part pour la LPP dans la dépense de ville entre personnes handicapées et personnes non handicapées (13 % versus 8 %).

Ainsi, pour les personnes handicapées, la dépense moyenne en LPP, par consommant, est de 486 € pour un semestre, versus 154 € pour les non handicapés. Les personnes en situation de handicap consomment 20 produits sur un semestre, versus 7 pour les non handicapés, avec un coût moyen par produit de 24 € versus 21 €.

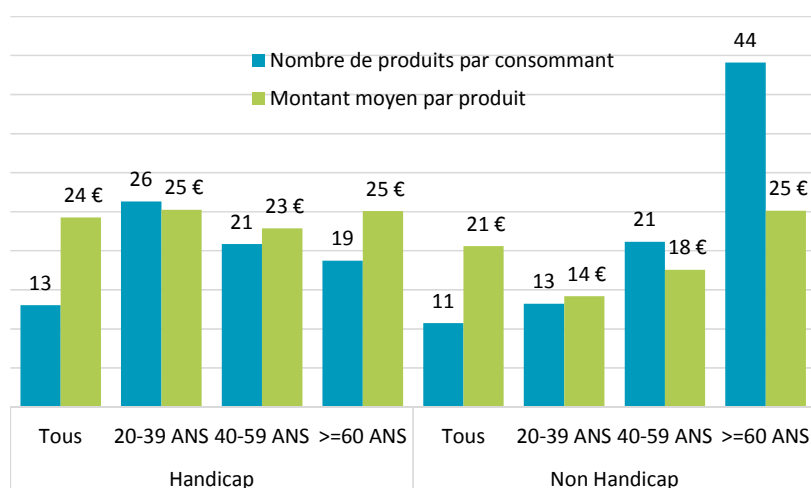
Tableau 16 – Récapitulatif de la dépense pour la LPP

	Handicap	Non Handicap	Ratio Non handi / Handi
Part sur la dépense totale	13%	8%	1,6
Nombre de produits par consommant	20	7	2,7
Montant moyen par produit	24 €	21 €	1,2
Dépense moyenne par consommant	486 €	154 €	3,2

Pour les personnes handicapées, la quantité moyenne de produits consommés est élevée dès le plus jeune âge et elle baisse légèrement ensuite tandis que le coût moyen par produit est relativement constant. La quantité de produits pour les personnes handicapées de 40 – 59 ans est égale à celle des non handicapés, celle des personnes handicapées pour les 60 ans et plus est inférieure de moins de la moitié à celle de personnes non handicapées.

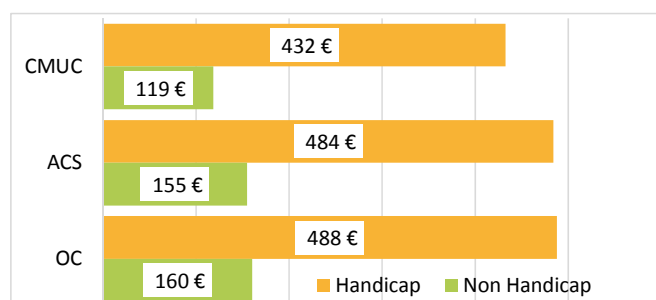
Pour les personnes non handicapées, la quantité de produit double d’une tranche d’âge à l’autre et le coût par produit augmente régulièrement.

Figure 20 – Nombre moyen de produits par consommant et montant moyen par produit, en fonction du statut vis-à-vis du handicap et par tranche d’âge



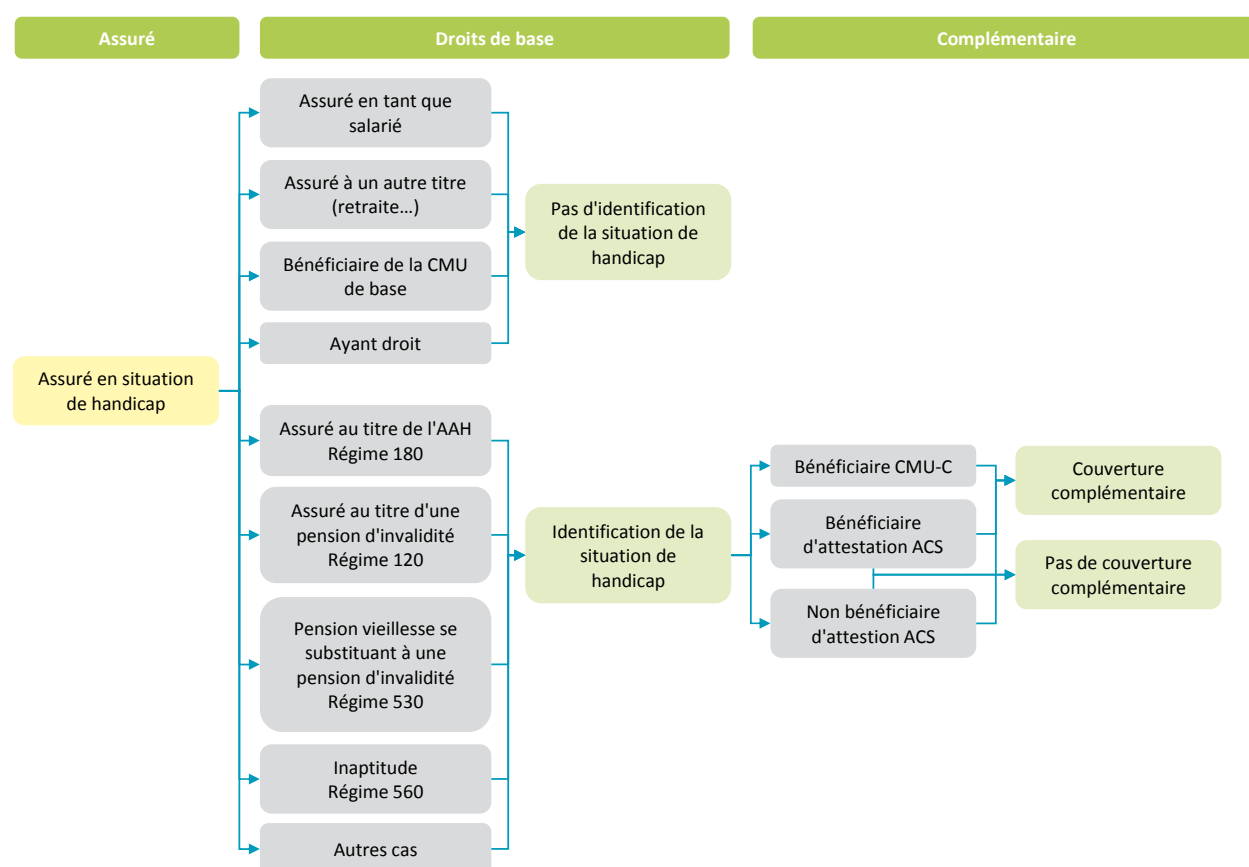
Les bénéficiaires de la CMU-C ont le plus faible coût moyen par consommant, quelle que soit la situation vis-à-vis du handicap.

Figure 21 – Montant moyen par consommant du poste, pour un semestre, pour la LPP, en fonction de la situation vis-à-vis du handicap et du statut vis-à-vis d’une complémentaire santé



4 Annexes

4.1. SCHEMA D'IDENTIFICATION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DANS LES BASES DE L'ASSURANCE MALADIE



4.2. CODES REGIMES POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DANS LES BASES DE L'ASSURANCE MALADIE

CODE RÉGIME BASE	Intitulé régime
070	Bénéficiaires de l'Allocation anticipée d'activité Amiante
120	Pensionnés d'invalidité (droits propres)
121	Militaire invalide (CNMSS) - "Absent du Guide national de la gestion du droit"
129	Invalides (ex Régime Spécial d'Assurance Maladie Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris)
150	Bénéficiaires d'une rente AT incapacité > 66,66 %
154	Rentiers AT-MP > à 66,66% - Banque de France
159	Rentiers AT/MP (ex régime d'assurance maladie de la Chambre de Commerce et d'Industrie)
180	Adultes-handicapés
181	Adultes handicapés + droits AT
188	Adultes handicapés (ex régime spécial d'assurance maladie de la chambre de Commerce et

CODE RÉGIME BASE	Intitulé régime
	d'Industrie)
189	Ex-titulaires de l'A.A.H.
310	Fonctionnaires pensionnés d'invalidité / pensionné vieillesse ex invalide
311	Enseignants et documentalistes du privé général sous contrat – invalidité temporaire
320	Agents des collectivités territoriales et hospitaliers en activité percevant une pension d'invalidité ou retraités ex-pensionnés d'invalides.
330	Pensionné d'invalidité d'un autre régime spécial
340	Titulaires d'une Pension d'Invalidité exerçant une activité professionnelle au-delà de l'âge légal de la retraite.
360	Fonctionnaire retraité ex-invalide - supp. Voir régime 310
370	Agent EDF-GDF pensionné d'invalidité
374	Invalides de la Banque de France
530	Bénéficiaire d'une pension vieillesse se substituant à une pension d'invalidité (exo TM)
539	Pensionnés vieillesse substitués à invalidité (ex régime spécial d'assurance maladie de la Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris)
550	Bénéficiaire d'une pension de réversion avec invalidité entre 55 et 60 ans (exo TM)
560	Idem 110 pour inaptitude
570	Statutaires IEG en inactivité ex invalides
620	Artistes-auteurs avec pension d'invalidité
657	Détenu invalide
658	Détenu rentier AT

4.3. CHAMP DU HANDICAP ET PRESTATIONS ASSOCIEES

4.3.1. La population en situation de handicap en France

Les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) constituent un sous-ensemble de la population des individus en situation de handicap en France.

Dans son tableau de bord sur l'emploi et le chômage des personnes handicapées de 2009, la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) du Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social indique deux grandes définitions de la population des personnes handicapées. En retenant le critère de reconnaissance administrative du handicap ouvrant potentiellement droit au bénéfice de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés, cette population est de 1,8 millions de personnes âgées de 15 à 64 ans et vivant à domicile (collectivités exclues) en Métropole. En incluant en plus de ce critère les personnes déclarant un problème de santé de plus de six mois et connaissant des difficultés importantes dans le déplacement et/ou dans les activités quotidiennes et/ou vis-à-vis du travail et/ou ayant eu un ou plusieurs accidents du travail au cours de la dernière année, la population handicapée âgée de 15 à 64 ans vivant à domicile s'établit à 9,6 millions en 2007 pour la Métropole.

L'ensemble des bénéficiaires de l'AAH n'est pas dénombré parmi les 1,8 millions de personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap. En effet, ceux ayant un taux de handicap compris entre 50 % et 80 % ne sont pas comptabilisés dans cet effectif mais peuvent bénéficier de la prestation. Doivent également être rajoutés les individus résidant dans les départements d'Outre-Mer (Dom). Les spécificités de l'ouverture du droit à l'AAH [traitement de la demande par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (Cdaph) et condition de ressources inférieure à un plafond] font que les individus percevant cette prestation ont des caractéristiques particulières. Notamment, ils disposent de ressources inférieures au plafond de la prestation ce qui exclut notamment les personnes handicapées insérées sur le marché du travail et ayant des revenus suffisamment élevés. Ce filtre administratif peut expliquer les différences de taux d'activité observés dans les fichiers des caisses d'Allocations familiales (Caf) pour la population des personnes titulaires de l'AAH (17,2 %), la

population handicapée au sens large et celle bénéficiant d'une reconnaissance administrative de son handicap. D'après les travaux de la Dares, le taux d'activité est de 70 % pour la population la plus large des personnes handicapées et de 44 % pour l'ensemble des individus ayant une reconnaissance administrative de leur handicap leur permettant le bénéfice de l'obligation d'emploi.

Sources : l'essentiel, n° 125, août 2012, Publication électronique de la CNAF, Direction des statistiques, et étude et de la recherche

4.3.2. L'allocation aux adultes handicapés (AAH)

L'AAH est un revenu d'existence assuré par l'État aux personnes handicapées, pour faire face aux dépenses de la vie courante.

Il s'agit d'une prestation :

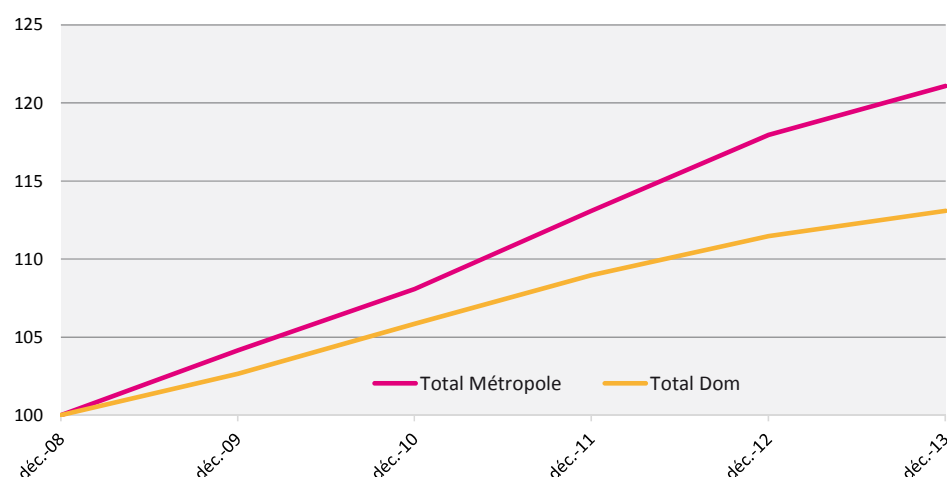
- non contributive (non basée sur des cotisations) ;
- subsidiaire (la personne qui peut prétendre à un avantage vieillesse ou invalidité d'un montant égal ou supérieur à l'AAH n'ouvre pas droit à cette allocation) ;
- différentielle (lorsqu'elle se cumule avec un avantage d'invalidité, de vieillesse ou une rente d'accident du travail inférieure à son montant ou lorsqu'elle se cumule avec les ressources personnelles de l'intéressé et, s'il y a lieu, de son conjoint ou concubin).

L'AAH est attribuée à partir d'un certain taux d'incapacité, sous réserve de remplir des conditions de résidence, d'âge et de ressources.

4.3.2.1. Éléments sur les bénéficiaires de l'AAH

L'AAH concerne 988 500 personnes à fin 2013 pour l'ensemble du territoire, dont 955 900 en métropole. Sur cinq ans, l'évolution est de 21 % pour l'ensemble du territoire.

Figure 22 – Évolution des effectifs de l'AAH de fin 2008 à fin 2013 en base 100, métropole, Dom



Source : CNAF

4.3.2.2. Conditions liées au handicap

Pour pouvoir bénéficier de l'AAH, le bénéficiaire doit être atteint d'un taux d'incapacité permanente :

- d'au moins 80% (article L 821-1 sur Code de la sécurité sociale) ;
- ou compris entre 50 et 79% et avoir une restriction substantielle et durable d'accès à un emploi du fait de son handicap (article L 821-2 sur Code de la sécurité sociale).

Ce taux d'incapacité est apprécié par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) en fonction d'un guide-barème.

4.3.2.3. Conditions liées à la résidence et à la nationalité

Pour pouvoir bénéficier de l'AAH, la personne doit résider de façon permanente, c'est-à-dire avoir son domicile habituel, en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer (Dom).

Les étrangers non-ressortissants de l'Espace économique européen (EEE), doivent posséder un titre de séjour régulier ou être titulaire d'un récépissé de demande de renouvellement de titre de séjour.

4.3.2.4. Conditions d'âge

– Âge minimum

L'AAH concerne les personnes de plus de 20 ans.

Si la personne n'est plus à la charge de ses parents pour le bénéfice des prestations familiales, elle peut prétendre à l'AAH à partir de 16 ans.

– Âge maximum

Le versement de l'AAH prend fin à partir de l'âge minimum légal de départ à la retraite en cas d'incapacité de 50 % à 79 %. À cet âge, le bénéficiaire de l'AAH bascule dans le régime de retraite pour inaptitude.

En cas d'incapacité d'au moins 80 %, une AAH différentielle, c'est-à-dire qu'une allocation mensuelle réduite peut être versée au-delà de l'âge minimum légal de départ à la retraite en complément d'une retraite inférieure au minimum vieillesse.

4.3.2.5. Conditions liées aux ressources

Le plafond pour une personne seule est égal à 12 fois le montant mensuel maximum de l'allocation. Ce plafond est doublé si la personne handicapée est mariée (non séparée), pacsée ou vit en concubinage. Il est majoré de 50 % par enfant à charge.

Le montant maximum de l'AAH est de 790,18 € mensuel pour une personne handicapée. Le montant varie en fonction des ressources déclarées.

Le montant du plafond de ressources pour 2012 est de 9 482,16 € annuel. Si la personne exerce une activité professionnelle, les ressources sont réévaluées tous les trois mois.

Les montants de l'AAH et des plafonds de ressources sont valables jusqu'au 31 août 2014.

4.3.2.6. Situations de minoration de l'AAH

Après une période de soixante jours passés dans un établissement de santé, dans une maison d'accueil spécialisée, ou dans un établissement pénitentiaire, le montant de l'allocation aux adultes handicapés est réduit de manière que son bénéficiaire conserve 30 % du montant mensuel de ladite allocation.

Toutefois aucune réduction n'est effectuée :

- Lorsque l'allocataire est astreint au paiement du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale ;
- Lorsqu'il a au moins un enfant ou un ascendant à sa charge au sens de l'article L. 313-3 du même code ;
- Lorsque le conjoint ou le concubin de l'allocataire ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité ne travaille pas pour un motif reconnu valable par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

4.3.3. La pension d'invalidité

La pension d'invalidité est un revenu de remplacement. Il compense la perte de salaire résultant d'une réduction égale ou supérieure à 2/3 de la capacité de travail ou de gain, due à la maladie ou à un accident d'origine non professionnelle

4.3.3.1. Conditions d'âge

Ne pas avoir atteint l'âge légal de départ en retraite.

4.3.3.2. Conditions liées à l'activité professionnelle

- Avoir, au 1^{er} jour du mois de la date d'étude des droits un numéro d'immatriculation auprès de la Sécurité sociale depuis au moins 12 mois ;
- Justifier, au cours des 12 mois précédant la date d'étude des droits de 800 heures de travail salarié.

4.3.3.3. Conditions liées à la résidence et à la nationalité

Apporter la preuve de la régularité du séjour en France pour les personnes de nationalité étrangère hors Espace Économique Européen.

4.3.3.4. Montant maximum et minimum

La pension d'invalidité ne peut pas dépasser un maximum et ne peut pas être inférieur à un minimum garanti.

Au 1^{er} janvier 2014, le montant annuel d'une pension d'invalidité est :

- au minimum de : 3 359,80 € (montant au 01/04/2013) ;
- au maximum de :
 - 11 264,40 € en 1^{ère} catégorie,
 - 18 774,00 € en 2^{ème} catégorie,
 - 31 932,04 € en 3^{ème} catégorie, incluant la majoration pour tierce personne s'élevant à 13 158,04 €.

Une pension d'invalidité peut être complétée par de l'AAH ou l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI).

4.3.4. La rente d'incapacité permanente

La rente d'incapacité permanente est un revenu de remplacement.

Elle compense la perte de salaire résultant d'une réduction de la capacité de travail, due à une maladie ou à un accident d'origine professionnelle.

4.3.4.1. Évaluation du taux d'incapacité

Lorsque le taux est égal ou supérieur à 10 %, le salarié perçoit une rente jusqu'à la fin de sa vie. Elle est versée chaque trimestre si ce taux est compris entre 10 et 50 %, et chaque mois s'il est supérieur ou égal à 50 %. Dans les deux cas, elle est exonérée de la C.S.G. et de la C.R.D.S. et non soumise à l'impôt sur le revenu.

Lorsque l'incapacité est supérieure à 66,66 %, d'autres dispositions peuvent s'appliquer :

- Si le taux est égal ou supérieur à 66,66 % : le salarié, son conjoint et ses ayants droit sont exonérés du ticket modérateur pour tous les soins médicaux et remboursements de médicaments (sauf pour ceux à vignette bleue qui sont remboursés à hauteur de 35 %).
- Si le taux est égal ou supérieur à 80 % : la victime qui ne peut effectuer seule les actes de vie courante peut bénéficier de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne. Cette prestation est modulée sur la base de forfaits fixés en fonction des besoins d'assistance de la victime.

4.3.4.2. Montant minimum et maximum

Le montant de la rente est calculé à partir du salaire des 12 mois précédant l'arrêt de travail. Il est égal au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié pour la partie de taux ne dépassant pas 50 % et augmenté de moitié pour la partie supérieure à 50 %.

Par exemple, pour une personne dont le taux d'IPP est fixé à 75 %, le taux retenu pour le calcul de sa rente sera de 62,5 % (soit $(50 : 2) + (25 \times 1,5)$).

Le salaire de référence ne peut pas être inférieur à 18 263,54 €, ni supérieur à 146 108,32 €, au 1^{er} avril 2014.

PIECE JOINTE N°3 :

LES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT DENIS PIVETEAU « ZERO SANS SOLUTION »

Vingt mesures importantes parmi celles proposées par le rapport

1. Distinguer, au lieu de l'actuelle unique décision souvent « fourre tout » de la CDAPH, une « décision d'orientation » qui dit le souhaitable (et permet de mesurer le besoin) et le plan d'accompagnement global qui dit le possible, en le rendant effectivement opposable.

2. Structurer juridiquement les périodes « d'adaptation » pendant lesquelles les personnes ne sont pas dans une situation stabilisée. Mieux les accompagner, par un appui humain spécifique et des dérogations juridiques ciblées.

3. Faciliter le recentrage du travail des MDPH sur l'accompagnement des situations complexes en procédant à des simplifications importantes des procédures d'octroi des prestations. Notamment : simplifier l'évaluation des besoins pour la PCH et fixer la durée d'octroi des prestations en fonction des situations individuelles.

4. Prévoir que les MDPH pourront basculer librement « par vagues » dans le nouveau dispositif d'accompagnement, par la signature d'une convention globale (Etat, conseil général, MDPH, CNSA) qui prévoira d'un côté les engagements de qualité de service de la MDPH et de l'autre différents appuis nationaux. Cette signature permettra l'application automatique d'un cadre réglementaire simplifié.

5. Donner la faculté à la MDPH de convoquer dans les cas les plus complexes un « groupe opérationnel de synthèse » réunissant tous les acteurs de l'accompagnement susceptibles de concourir à la prise en charge d'une situation individuelle, et de saisir les autorités de tarification et de contrôle (ARS, CG) d'éventuelles dérogations juridiques et budgétaires dans les cas qui l'exigent.

6. Lancer un audit transversal (sanitaire, médico-social et social) des besoins de formation et d'appui à l'organisation des établissements et services sur deux points précis : par exemple les comportements-défis et la communication non verbale. La HAS et l'ANESM, en lien avec l'Education nationale élaborent à cette fin un questionnaire d'auto-évaluation qui est déployé en région avec les ARS en 2015. Début 2016 débutent les formations ciblées dont le besoin aura été mis en évidence, en s'appuyant sur des établissements – centres de ressources.

7. Charger l'ARS, au sein de la « commission de coordination en charge des politiques médico-sociales » d'animer avec les conseils généraux et l'Education nationale l'écriture, par les acteurs de l'accompagnement (établissements de santé, établissements et services médico-sociaux), en présence des usagers, des « procédures de coordination » qui décrivent le « qui fait quoi » sur le territoire dans toutes les situations qui exigent une bonne articulation du travail : entrées et sorties d'hôpital, gestion des week-ends et des vacances, recours à des séjours séquentiels entre établissements, etc.

8. Organiser, sur quatre thèmes majeurs du parcours : l'accueil non programmé (urgence médico-sociale), l'appui inter-institutions, le diagnostic et l'accompagnement précoces, l'anticipation des âges charnières une réflexion conjointe (pouvant déboucher sur un document commun de « réponse territoriale ») entre Etat, ARS et conseils généraux.

9. Structurer, autour d'un cahier des charges précis en termes de formation, de délais, d'adaptation des locaux et d'accueil des accompagnants, un dispositif d'accès aux soins primaires prioritairement appuyé sur les structures libérales d'exercice coordonné. Identifier, pour les diagnostics et soins de spécialités, un maillage de plateaux techniques hospitaliers.

10. Orienter les réponses apportées par les secteurs de pédopsychiatrie et de psychiatrie générale aux besoins des établissements et services médico-sociaux dans le sens de plus de mobilité et de diversité des modes d'intervention. Favoriser le travail en équipe pluridisciplinaire de soins psychiatriques.

11. Généraliser la contractualisation CPOM à l'ensemble des gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux

12. Aligner les conditions d'emploi du Fonds d'intervention régional à l'égard des établissements et services médico-sociaux sur celles qui valent à l'égard des établissements de santé.

13. Augmenter les marges de fongibilité des ARS entre crédits destinés aux dotations annuelles de fonctionnement (SSR et psychiatrie) et crédits médico-sociaux.

14. Assouplir la réglementation applicable aux Lieux de vie et d'accueil.

15. Faire évoluer le cadre législatif et réglementaire des appels à projets, en prévoyant notamment une procédure « d'appel dialogué » permettant de publier des cahiers des charges très ouverts sur les solutions, et d'engager un dialogue « compétitif » entre les postulants avant le dépôt de leur projet définitif. Faire participer les usagers à l'élaboration des cahiers des charges.

16. Permettre, dans le cadre de protocoles de travail d'équipe validés, des délégations de tâches à des professionnels non soignants et le partage de données individuelles de santé couvertes par le secret professionnel avec ces mêmes professionnels.

17. Définir et valoriser dans les conventions collectives du secteur des « pratiques avancées » en psychiatrie, en accompagnement des TED, des handicaps rares ou des comportements défis pour les métiers soignants (infirmières) ou non soignants (Educateurs).

18. Donner à la MDPH compétence de décider de prises en charge dérogatoires sur des crédits d'assurance maladie (transports, cumuls d'interventions), soit de manière automatique en cas d'ouverture d'une période « d'adaptation » par le directeur de la MDPH, soit sur entente préalable pour des plans d'accompagnement complexes fixé par la CDAPH.

19. Modifier l'article L.246-1 du code de l'action sociale et des familles, qui prévoit l'obligation de mise en place d'un accompagnement pluridisciplinaire adapté, afin qu'il ne se limite plus à l'autisme et au polyhandicap.

20. Fonder légalement le pilotage national du système de « suivi des orientations » en MDPH (cahier des charges unique pour garantir l'interopérabilité des systèmes et leur développement centralisé), et déployer une solution sur tout le territoire qui permette de connaître avec précision les besoins individuels identifiés et la nature des réponses apportées.

