

# **Table des matières**

## **du rapport relatif à l'allocation adultes handicapés**

### **Introduction générale**

### **Première partie : Constats**

#### **I - Présentation générale du régime de l'allocation adultes handicapés, de son évolution, et de sa distribution sur le territoire national**

##### **1.1. Une allocation à la vocation hybride dont le régime est somme toute favorable**

*1.1.1. Une allocation au pouvoir d'achat préservé*

*1.1.2. Le régime des conditions de ressources*

##### **1.2. Une évolution générale préoccupante**

*1.2.1. Le nombre des bénéficiaires continue à croître rapidement*

*1.2.2. Des coûts en augmentation rapide*

*1.2.3. La réforme du guide-barème n'a pas fondamentalement modifié la pratique en matière de fixation de taux d'incapacité*

*1.2.4. L'évolution du nombre des allocataires reste difficile à expliquer*

##### **1.3. Des disparités régionales importantes**

*1.3.1. Un phénomène difficile à appréhender*

*1.3.2. Etude des effectifs d'allocataires par département*

*1.3.3. Etude des flux d'entrée (décisions des COTOREP).*

*1.3.4. La pression de la demande.*

*1.3.5. La réaction des COTOREP à la demande*

*1.3.6 Etude des flux de sortie*

#### **II - Le fonctionnement et l'organisation des COTOREP**

##### **2.1. Le caractère artificiellement collégial des décisions d'attribution de l'AAH**

*2.1.1. L'attribution de l'AAH dépend d'abord d'une évaluation de nature médicale*

*2.1.2. Le caractère collégial des délibérations est, en matière d'AAH, largement une fiction*

##### **2.2. Une gestion empirique et souvent artisanale**

*2.2.1. L'absence de budget identifié interdit toute réelle mise en oeuvre d'un programme de rationalisation*

*2.2.2. Les outils et moyens de gestion demeurent tout aussi inadaptés à l'ampleur des dossiers à traiter qu'aux nécessités d'un pilotage fin.*

*2.2.3. Le management des directeurs départementaux reste dans l'ensemble lointain*

### **2.3. L'hétérogénéité relative des processus de décision et des modalités d'organisation médicale**

*2.3.1. La fréquence des réunions de deuxième section est partout élevée, mais les modalités de délibération sont extrêmement variables*

*2.3.2. Les principes d'organisation de la note d'orientation du 1er août 1994, quoique non uniformément appliqués, ont, sur les points majeurs, commencé d'entrer dans les faits.*

*2.3.3. Des pratiques médicales extrêmement variées, dont l'impact est difficile à cerner*

### **2.4. La qualité d'ensemble de l'application du barème apparaît correcte**

### **2.5. La faible coordination d'ensemble entre COTOREP et organismes de sécurité sociale**

*2.5.1. L'échange d'informations entre CAF et COTOREP sur les bénéficiaires réels de l'AAH*

*2.5.2. La comparaison entre bénéficiaires d'une pension d'invalidité et bénéficiaires de l'AAH*

*2.5.3. La participation des médecins conseils de la sécurité sociale aux délibérations relatives à l'attribution de l'AAH*

### **2.6. L'absence d'une jurisprudence claire**

## **Deuxième partie : diagnostic général**

### **3.1 Une évolution déterminée par le jeu combiné des aspects sanitaires et de ressources**

*3.1.1. Les variables médicales*

*3.1.2. Les données sur les ressources des demandeurs*

### **3.2. Une ambiguïté sur les conséquences du handicap qui explique aussi la pression de la demande**

*3.2.1. La relativité de la notion de handicap*

*3.2.2. Ce système peu piloté, hétéroclite dans le processus de décision, ne peut en outre s'appuyer sur une jurisprudence claire*

*3.2.3. Au total, face à la pression de la demande, on ne peut parler de laxisme généralisé, mais d'une situation non suffisamment cadrée*

## **Troisième partie : Propositions**

### **IV- Des aménagements**

- 4.1. Amélioration de la connaissance des bénéficiaires de l'AAH**
- 4.2. Rationalisation du travail des secrétariats de COTOREP et des commissions.**
- 4.3. Renforcement de la qualité médicale et professionnelle de l'appréciation du handicap.**
  - 4.3.1. Un médecin coordonnateur*
  - 4.3.2 Le fonctionnement de l'équipe technique*
  - 4.3.3 La rédaction des avis médicaux*
- 4.4. Révision et bonne application du barème d'appréciation du handicap**
- 4.5. Limite d'âge à l'attribution de l'AAH**
- 4.6. Rééquilibrage du contentieux**
- 4.7. Renforcement des contrôles des CAF et des caisses de mutualité sociale agricole**
- 4.8. Limitation des distorsions au regard de l'allocation de logement et du complément d'AAH**

### **V- Une réforme plus fondamentale**

- 5.1. Transfert de l'instruction médicale vers le contrôle médical de la sécurité sociale et articulation avec la réinsertion professionnelle**
  - 5.1.1. Des avantages importants*
  - 5.1.2. Plusieurs inconvénients à mesurer*
- 5.2. Une méthode d'appréciation médicale unifiée en matière de handicap et d'invalidité.**
- 5.3. Un transfert de l'attribution de l'AAH aux organismes de sécurité sociale**
- 5.4. Unification de l'allocation du fonds spécial d'invalidité (FSI) et de l'AAH**
- 5.5. Devenir des modes d'appréciation des autres avantages décidés par la seconde section des COTOREP**
- 5.6. Vers un régime universel de prestations d'incapacité**

## INTRODUCTION GENERALE

Le présent rapport sur l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est le résultat d'une mission confiée à l'inspection générale des affaires sociales et à l'inspection générale des finances (lettre de mission jointe en Annexe I). A partir d'une enquête menée dans une dizaine de départements, de l'exploitation des données disponibles au plan national, et du traitement des réponses à questionnaire informatisé adressé à l'ensemble des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) - questionnaire conçu par la mission sous la forme d'un tableau de bord susceptible d'être ultérieurement utilisé comme instrument de pilotage du système -, ce rapport s'efforce à la fois : de répondre à l'interrogation des ministres sur le profil des demandeurs de l'allocation aux adultes handicapés, même si en l'état des connaissances disponibles l'approche ne peut que rester incomplète ; d'analyser le fonctionnement et la politique d'attribution des COTOREP, compte tenu notamment de l'entrée en vigueur en 1994 d'un nouveau barème d'évaluation des déficiences et incapacités pour l'ouverture de divers droits et avantages réservés aux personnes reconnues handicapées ; d'examiner la gestion de l'AAH par les caisses d'allocations familiales (CAF).

La mission composée pour l'IGAS de MM. Michel Gagneux, Michel Laroque et du docteur Sylvain Picard, et pour l'IGF de MM. Pierre Lubek et François Werner, avec la participation aux enquêtes de site de MM. Louis de Fouchecour et Galdéric Sabatier, a rencontré sur chacun des sites (Gers, Haute-Garonne, Gironde, Hauts-de-Seine, Loiret, Nord, Paris, Pyrénées Orientales, Rhône, Seine-Maritime, Tarn-et-Garonne, Yvelines, suivant les opportunités, le directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, les secrétaires de la COTOREP, le médecin coordonateur de la COTOREP, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie et le médecin-conseil chef de l'échelon médical local, et le directeur de la CAF, auxquels se sont ajoutés selon les besoins d'autres responsables locaux (Mutualité sociale agricole, directeur des affaires sociales du conseil régional, président et médecin-expert du tribunal du contentieux de l'incapacité...). Ces entretiens ont été complétés par des contacts avec les services d'administration centrale concernés, la Cour nationale de l'incapacité et de grandes associations de handicapés.

Le rapport est articulé en trois parties:

- Première partie : CONSTATS
- Deuxième partie : DIAGNOSTIC GENERAL
- Troisième partie : PROPOSITIONS.

## Première partie : CONSTATS

### **I - Présentation générale du régime de l'allocation adultes handicapés, de son évolution, et de sa distribution sur le territoire national**

#### **1.1. Une allocation à la vocation hybride dont le régime est somme toute favorable**

En créant l'AAH, prestation non contributive dont le bénéficiaire n'est pas lié à une activité professionnelle antérieure, la loi d'orientation en faveur des handicapés du 30 juin 1975 a entendu créer un revenu minimum destiné aux personnes qui n'ont pas accès aux prestations de l'assurance invalidité, et que leur handicap place dans l'impossibilité de gagner leur vie par leurs propres moyens. En ce sens, l'AAH s'apparente à un minimum social, au même titre que d'autres prestations légales, telles que le revenu minimum d'insertion (R.M.I.) ou l'allocation de parent isolé (A.P.I.).

L'AAH est cependant un minimum social de nature ambiguë :

- de par certaines de ses conditions d'attribution (en particulier pour les personnes souffrant d'une incapacité comprise entre 50 et 79 %, qui ne bénéficient de l'AAH que dans la mesure où elles se trouvent, "*du fait de leur handicap, dans l'incapacité de se procurer un emploi*"), l'AAH apparaît également comme une prestation de compensation, versée en substitution de revenus professionnels, dans une logique somme toute assez proche de celle à laquelle obéit le régime des prestations d'invalidité de la sécurité sociale.

- de par son montant, et surtout de par les conditions de ressources mises à son attribution, qui font de l'AAH le plus avantageux des minima sociaux.

##### *1.1.1. Une allocation au pouvoir d'achat préservé*

Le montant de l'AAH est identique à ceux du minimum vieillesse et du minimum invalidité, soit 3 433F par mois en 1997 pour une personne seule. Ce montant est majoré de 333F pour un conjoint à charge.

A ce montant peut s'ajouter depuis le 1er février 1993 le « complément d'AAH », d'un montant de 549F par mois, versé aux handicapés à plus de 80% vivant de façon autonome à leur domicile et ayant droit à une aide au logement.

Si l'AAH a perdu du pouvoir d'achat au milieu des années 80, les revalorisations opérées de 93 à 97 ont permis de ramener ce pouvoir d'achat à son niveau de 1983. Si l'on ajoute le fait qu'un cinquième des bénéficiaires touche le «complément d'AAH», l'AAH apparaît au total comme une allocation très attractive, qui représente 75% du S.M.I.C. net (en incluant le complément).

### *1.1.2. Le régime des conditions de ressources*

Pour bénéficier de l'AAH, il faut disposer de ressources inférieures à un plafond, fixé à 40 834F par an pour une personne seule et 81 668F pour un couple, plus 20 417F par enfant à charge.

La rigueur de ce plafond est largement atténuée, d'une part par la non prise en compte, pour son application, des prestations familiales, allocation logement, allocation compensatrice pour tierce personne, et rentes viagères constituées dans le cadre de contrats « épargne handicap » dans la limite de 12 000F, d'autre part par la pratique des abattements fiscaux sur les revenus professionnels salariaux (les 10 et 20%) et abattements spécifiques pour personnes invalides (9 700F).

Enfin, dans le cas de handicapés travaillant en centre d'aide par le travail, l'AAH est cumulable avec la garantie de ressources offerte par l'Etat. Le plafond de ressources (AAH comprise) est alors porté à 1,1 fois le SMIC.

Ce mode de calcul avantageux en comparaison des autres minimas sociaux, explique le nombre significatif de personnes de plus de 60 ans percevant l'AAH plutôt que le minimum vieillesse (42 000) en 1997, prestation dont les critères d'attribution sont plus stricts.

## 1.2. Une évolution générale préoccupante

L'AAH continue à connaître une augmentation sensible, aussi bien au plan financier global qu'au plan du nombre des bénéficiaires.

### 1.2.1. Le nombre des bénéficiaires continuent à croître rapidement

Année	1978	1980	1982	1984	1986	1988	1990	1992	1994	1995	1996
Effectifs en milliers	243	356	428	458	459	491	519	549	578	595	609
Hausse annuelle		23,2%	10,1%	3,50%	0,11%	3,49%	2,85%	2,89%	2,64%	2,94%	2,35%

Source CAF. Effectifs métropolitains en fin d'année civile

Le niveau du "stock" d'allocataires est par définition fonction du flux des "entrants", les nouveaux bénéficiaires, et du flux des "sortants", les personnes cessant de percevoir l'AAH. Ce "stock" ne peut demeurer stable que dans la mesure où les deux flux sont d'importance équivalente et s'équilibrent. Or, il n'y a a priori aucune raison pour qu'il en soit ainsi. En effet, le flux des entrées varie en fonction à la fois du nombre des demandeurs (les personnes qui, n'étant pas allocataires, estiment avoir des raisons de le devenir), et de la réponse qui leur est faite par les COTOREP (et, accessoirement, par les CAF après contrôle des conditions de ressources). Le flux des "sorties" varie à la fois en fonction des décès, des rejets de demandes de renouvellement des allocataires arrivant en fin de période d'attribution, et de l'éviction de ceux dont les ressources viennent à dépasser le plafond (étant précisé que ce dépassement peut provenir soit d'une évolution positive des revenus perçus - par exemple du fait de la perception d'un avantage vieillesse ou du fait que le conjoint retrouve un emploi -, soit d'un changement dans la situation de famille (par exemple décès du conjoint, à revenus inchangés).

### 1.2.2. Des coûts en augmentation rapide

Après quelques années de montée en régime, l'AAH a conservé un rythme de progression soutenu, y compris ces dernières années.

Ainsi, sans même tenir compte de la création du complément d'AAH en 1993, la dépense totale représentée par le versement de l'AAH augmente de 25% entre 1990 et 1997, suivant une évolution assez irrégulière allant de 2 à 5% par an.

On ne peut, bien entendu, analyser ce phénomène sans négliger "l'effet-prix", induit par les revalorisations de l'AAH, les modifications de la législation (forfait hospitalier), ou encore la création de prestations nouvelles telles que le complément d'AAH.

L'analyse de la dépense totale liée à l'AAH en 1996, en augmentation de 1 milliard de francs par rapport à 1995, permet de mesurer la part des effectifs supplémentaires de bénéficiaires dans cette augmentation : 310 MF seulement (16.599 allocataires supplémentaires). Le solde, soit les deux tiers de la hausse, s'explique par la revalorisation du montant de l'AAH en 1996 (soit 450 MF), à laquelle il faut ajouter l'impact en année pleine de la hausse décidée en 1995 (soit 290 MF), et la revalorisation du forfait hospitalier pour les 26 000 allocataires de l'AAH en hospitalisation de longue durée (120 MF).

### *1.2.3. La réforme du guide-barème n'a pas fondamentalement modifié la pratique en matière de fixation de taux d'incapacité*

De façon assez régulière depuis environ dix ans, les effectifs d'allocataires progressent chaque année de 2,5 à 3%.

La réforme de 1994, qui a principalement consisté dans l'indispensable refonte du barème d'évaluation du handicap des invalides de guerre de 1924, n'a pas eu d'effet tangible.

L'absence de résultat s'explique assez simplement. L'ancien barème étant notoirement obsolète, de nombreux médecins de COTOREP avaient d'ores et déjà établi une doctrine d'interprétation qui s'est avérée dans l'ensemble assez proche des nouvelles orientations du nouveau guide-barème.

Par ailleurs, le nouveau barème étant ainsi fait que se trouver dans l'impossibilité d'accomplir les tâches de la vie courante engendre dans la plupart des cas l'attribution d'un taux d'incapacité de 50%, la barrière d'entrée liée à l'évaluation médicale du handicap n'a pas été relevée.

### *1.2.4. L'évolution du nombre des allocataires reste difficile à expliquer*

La notion de "handicapé" n'étant pas absolue, mais susceptible d'évoluer selon la perception que la société peut en avoir, et les données statistiques étant sur ce point insuffisantes, il est extrêmement difficile d'évaluer avec précision la population des personnes dites "handicapées".



On en est réduit à estimer la population susceptible d'être concernée par l'AAH, c'est-à-dire la population des 20 à 60 ans. Or, la croissance de cette dernière n'apparaît pas en corrélation avec la croissance des sommes versées au titre de l'AAH :

- entre 1975 et 1995, la croissance du nombre de personnes de 20 à 60 ans a été inférieure à 10% (voir carte ci-jointe). Entre 1990 et 1995, période pendant laquelle l'AAH versée progresse de près de 3% par an, l'augmentation des 20-60 ans est à peine supérieure à 1%. L'effet démographique général ne permet donc d'expliquer, au mieux, que pour 0,2% la croissance annuelle des effectifs d'allocataires, qui a été de l'ordre de 2,8%.

- bien plus, c'est dans les départements où la population des 20-60 ans progresse le plus, Gironde exceptée, que la croissance des montants d'AAH distribuée apparaît parfois la plus faible (cf. carte).

Trois explications peuvent néanmoins être avancées :

1. Le caractère relativement récent, à l'échelle d'une vie, de cette allocation (moins de 25 ans). Ceci explique en partie le peu d'ampleur du flux des "sorties" : les personnes à handicap permanent entrées jeunes dans le dispositif sont appelées à y demeurer encore longtemps (par exemple ceux admis à 20 ans venant de l'AES ont aujourd'hui, pour les plus âgés, 45 ans), tandis que chaque année de nouvelles vagues de demandeurs se présentent devant les COTOREP. Même à supposer constante la proportion des personnes handicapées dans la population, le processus d'accumulation des bénéficiaires est appelé à se poursuivre sous l'effet conjugué de l'entrée dans le système de nouvelles classes d'âge de handicapés, et de l'absence de sortie des anciennes

La comparaison de l'évolution de la structure par âge de la population des allocataires entre 1988 et 1995 illustre bien le vieillissement naturel de cette population : le nombre des moins de 35 ans passe de 41 à 37% du total, tandis que la tranche des 35-50 ans gagne 8 points, passant de 30 à 38%. Ce phénomène est par ailleurs accentué par l'accroissement constant de la durée de vie.

2 - L'apparition et le développement de nouveaux types de pathologies, en particulier celles liées au *SIDA* (selon les instructions ministérielles, les personnes atteintes du *SIDA* doivent se voir attribuer un taux d'incapacité de 80%).

3 - Enfin, dans un marché du travail difficile, les handicapés se retrouvent de nos jours plus fréquemment sans emploi, et donc sans ressources. Ainsi, le nombre de travailleurs reconnus handicapés au chômage, bénéficiant de la couverture ASSEDIC (et éventuellement d'une AAH différentielle) s'accroît beaucoup plus rapidement que celui des demandeurs d'emploi : il est

passé de 55 000 à 135 000 entre 1990 et 1996. Ils sont sans doute aussi plus nombreux à ne pas satisfaire aux conditions d'emploi pour prétendre à une assurance-invalidité.

L'écart constaté entre la croissance de l'AAH et la stagnation de l'assurance-invalidité tendrait à confirmer cette hypothèse.

### **1.3. Des disparités régionales importantes**

L'analyse de la carte de distribution de l'AAH sur le territoire national laisse apparaître de fortes disparités selon les départements

#### *1.3.1. Un phénomène difficile à appréhender*

La faiblesse de l'appareil statistique et des données disponibles relatifs à l'AAH a de ce point de vue compliqué les travaux de la mission :

- a) Les données contenues dans les dossiers et dans les fichiers informatiques sont difficilement exploitables : tant pour les CAF que pour les COTOREP, les applications ont été conçues avant tout comme des outils opérationnels permettant le traitement, au plan administratif, des dossiers des demandeurs et le suivi de l'attribution de l'allocation, et n'offrent pratiquement pas de possibilité de requêtes aux fins d'analyse statistique. En particulier, les systèmes d'information ne conservent pas les caractéristiques des populations composant les flux annuels (« entrées » et « sorties ») de bénéficiaires, ceux-ci entrant « en stock » à la fin de chaque exercice. Les informations disponibles se limitent pour l'essentiel à l'historique des décisions. Connaître, par exemple, l'évolution des « entrants » par tranches d'âge n'est pas possible.
- b) Le « tableau de bord » informatisé des COTOREP, dont l'implantation, prévue par une circulaire de 1994, devait s'achever en 1995, n'est en fait opérationnel que depuis le début de 1998, et ne comprend lui non plus aucun historique.
- c) La recherche pluridisciplinaire, mettant l'augmentation des dépenses d'AAH en perspective avec des données médicales, mais aussi économiques et sociales, de nature à permettre l'évaluation de l'impact de facteurs-clé tels que le chômage ou l'évolution des revenus par catégories de population, n'a pas été suffisamment sollicitée, ni pour comprendre les tendances observées dans le passé, ni pour prévoir l'évolution des demandeurs potentiels.
- d) L'insuffisante coordination entre les intervenants (COTOREP, CAF, MSA), comme la dualité de rattachement des COTOREP (DDTEFP et DDASS), rendent difficile une approche globale du phénomène « AAH », chaque institution concernée n'en maîtrisant qu'une fraction.

e) Enfin, le secret médical, qui recouvre bien naturellement les dossiers individuels, contribue à entretenir une méconnaissance globale du profil pathologique des attributaires ; et les dossiers administratifs sont renseignés à partir d'un classement par types de pathologie (à travers l'application "ITAC") qui se révèle ni pertinent ni exploitable, en raison de son insuffisante précision.

### *1.3.2. Etude des effectifs d'allocataires par département*

Si l'on rapporte le nombre d'allocataires à la population des 20 à 60 ans, on constate que le nombre de bénéficiaires pour 1000 habitants varie de 7 à 42, soit un rapport de 1 à 6, tandis que la moyenne nationale s'établit à 18,2 allocataires pour 1000 habitants.

La carte ci-jointe fait apparaître des taux particulièrement élevés dans la partie la plus rurale du grand sud-ouest, et les taux les plus faibles en région parisienne.

Ces différences peuvent partiellement s'expliquer par le niveau d'équipement des différents départements en structures pour handicapés. En effet, certains départements accueillent massivement les handicapés dont le cadre de vie peut être plus favorable en zone rurale (Lozère, Haute-Loire...).

Cette explication ne suffit cependant pas à rendre compte de toutes les inégalités. Et ce d'autant plus que le nombre d'allocataires fréquentant un établissement pour handicapés, ou hospitalisés pour une longue durée, ne représente que 16 % du nombre total d'allocataires (93000 titulaires de l'AAH se trouvent en centre d'aide par le travail, en milieu protégé, en maison d'accueil, ou sont hospitalisés). Si l'importance de l'équipement en structures d'accueil pour handicapés est de nature à augmenter sensiblement le taux d'allocataires d'un petit département rural (Lozère par exemple), son effet est certainement assez faible ailleurs.

En réalité, la carte de l'AAH se recoupe assez largement (avec des écarts ponctuels difficiles à expliquer) avec la carte de la richesse imposable (voir carte du revenu net moyen imposable ci-jointe). Pour une part, le pourcentage d'allocataires par rapport à la population d'un département semble trouver l'une de ses explications dans la plus ou moins grande proportion de personnes considérées comme handicapées aux termes de la loi de 1975, et possédant des ressources inférieures au plafond fixé pour l'attribution de l'AAH.

### *1.3.3. Etude des flux d'entrée (décisions des COTOREP).*

L'analyse rétrospective de la constitution de la population actuelle des allocataires, après 23 ans d'application de la loi du 30 juin 1975, est extrêmement délicate.

Il est en premier lieu à noter que le nombre de décisions favorables rendues par les COTOREP mais rejetées par les C.A.F. pour des raisons administratives (en d'autres termes, les personnes s'étant vues reconnaître un droit à l'AAH mais ne la percevant pas, en raison, la plupart du temps, de ressources supérieures au plafond), n'est pas connu. L'écart, sur une année, entre les décisions favorables des COTOREP relatives à des premières demandes (56.000), et le nombre de nouveaux allocataires enregistrés par les CAF (45 200 en 96), permet d'évaluer la proportion de personnes au dessus du plafond de ressources à environ 20%.

L'examen des décisions rendues chaque année par les COTOREP fait apparaître d'importantes disparités départementales. Leur analyse s'est néanmoins révélée extrêmement délicate en raison du peu d'informations disponibles sur le profil des bénéficiaires. Les éléments statistiques en provenance des COTOREP sont nettement insuffisants. Ils fournissent des indicateurs de gestion (de production) : délais de traitement, nature des décisions, etc., mais ne permettent une analyse ni de la population des demandeurs, ni même de la doctrine des COTOREP.

Face à cette situation, la mission a effectué deux types d'investigations : une analyse qualitative, médicale, de 100 dossiers par département visité (voir par ailleurs), et une analyse quantitative portant sur 5% des dossiers de chaque COTOREP, sur les exercices 1995, 1996, 1997.

Chaque COTOREP a été invitée à sélectionner 5% des dossiers d'AAH traités en 95, 96 et 97, en prenant un dossier sur vingt. Pour chacun de ces dossiers, les informations suivantes ont été relevées : l'âge, le sexe, la demande (première demande ou renouvellement), le taux d'incapacité, la nature de la pathologie (code ITAC), l'existence d'un examen clinique, l'avis du médecin, le sens de la décision de la COTOREP et la durée d'attribution.

La quasi-totalité des départements ayant répondu à la fin du mois de mai, cette enquête quantitative fournit des éléments fiables en matière de connaissance des dossiers passant devant les COTOREP. Après avoir retiré les réponses inexploitable, la mission a travaillé sur des échantillons de 8133 dossiers (95), 7735 (96) et 9103 (97).

En revanche, l'enquête a également confirmé le caractère totalement inadapté du code ITAC : la classification des pathologies est dénuée d'intérêt et ne fournit aucune information

sur les handicaps. La codification est en outre souvent négligée des médecins (En 1995, 26% des dossiers n'étaient pas renseignés sur ce point ; la proportion monte même à 31% en 1997). En conséquence, seul le code « troubles psychiatriques » a été examiné en détail. Une nouvelle classification est indispensable et urgente.

#### *1.3.4. La pression de la demande.*

Le nombre de dossiers déposés annuellement dans chaque COTOREP, rapportés à la population de 20 à 60 ans, fait apparaître des écarts importants qui témoignent d'une pression très inégale de la demande selon les départements. Le chiffre des demandes, rapporté à la population de 20 à 60 ans, oscille entre 0,14% et 0,78% en 96.

En moyenne, sur le plan national, le taux de premières demandes présentées devant les COTOREP par rapport à la population de 20 à 60 ans est de 0,33% en 96 et de 0,36% en 97. Ce chiffre est en augmentation constante. Les départements où la demande est forte sont pour l'essentiel ceux où le "stock" d'allocataires est important (voir carte ci-jointe). Cependant, dans certains départements, où le nombre d'allocataires est important, la demande est relativement peu importante, ou moyenne : c'est le cas de la Corse, du Cantal et de la Vendée en particulier. A l'inverse, la demande est forte dans le Finistère, le Var, la Meuse, les Alpes de Haute Provence, alors que le "stock" d'allocataires y est proche de la moyenne nationale.

Les raisons justifiant une demande forte ont été citées plus haut. Il est certain que dans certains départements l'ampleur de la demande, comparée à leur population totale, trouve son explication dans les paramètres évoqués plus haut : faible revenu et/ou fort taux d'équipements pour handicapés. Ce n'est cependant pas le cas de départements tels que celui des Alpes maritimes, du Var, de la Gironde ou de l'Aisne. La mission a recherché les raisons qui permettraient d'expliquer les différences observées, par exemple, entre la Haute-Garonne (faible pression) et la Gironde (forte pression en 1997), alors que les caractéristiques de la population de ces deux départements apparaissent proches.

L'examen sur place a révélé avant toute chose que les dossiers, en Haute Garonne, étaient examinés par la CAF avant de passer en COTOREP. En d'autres termes, les personnes dont les ressources dépassent le plafond y sont écartées avant tout passage en COTOREP.

En Gironde, l'explication de la demande forte est plus délicate. Il n'a pas été mis en évidence de politique systématique des acteurs sociaux visant à inciter les personnes en difficulté à déposer un dossier à la COTOREP. Cependant, il est probable que certaines des différences sur la demande proviennent de la plus ou moins grande connaissance du dispositif de l'AAH par les acteurs sociaux, en particulier les assistants sociaux.

Les liens entre le R.M.I. et l'AAH n'étant pas systématiquement analysés, une étude ponctuelle a été réalisée par la C.N.A.F. à la demande de la mission. Sur 45.222 nouveaux entrants à l'AAH en 1996, 5.900 percevaient le R.M.I. en 1995, soit 13%. Ce chiffre doit néanmoins être corrigé par le fait qu'un grand nombre de personnes entrent dans le système AAH avant 25 ans, donc avant l'âge minimum requis pour obtenir le R.M.I.. Les moins de 25 ans représentent en 1996 23,4% des entrants. Les "RMIistes" constituent par conséquent 17% des entrants de plus de 25 ans à l'AAH.

Si ce chiffre ne met pas en évidence un phénomène de substitution entre AAH et R.M.I., il n'en reste pas moins que l'existence d'un dispositif social minimal pour tous contribue logiquement à faire entrer dans le régime de l'AAH des personnes qui, par le passé, n'y seraient pas entrées. L'écart considérable entre les niveaux du R.M.I. et de l'AAH ne fait qu'accroître ce phénomène.

#### *1.3.5. La réaction des COTOREP à la demande*

Confrontée à une pression importante, il est compréhensible que, malgré la relative précision du barème, les COTOREP ouvrent un peu plus largement les portes de l'AAH.

Toutefois, les cartes ci-jointes, qui mettent en évidence le pourcentage de décisions favorables rendues par les COTOREP en réponse aux premières demandes, montrent des taux d'accord variés et globalement sans lien précis avec le niveau de la demande : les départements à demande forte ne rejettent pas plus que les autres. En revanche, la grande stabilité des taux d'accord en 96 et 97 met en évidence des départements plus « faciles » que d'autres et ce, structurellement.

On peut donc classer les départements en 4 familles:

- forte demande et forte résistance des COTOREP : Var, Alpes de Haute Provence, Hérault, Gard, Corrèze, Pyrénées Orientales, Charente, Ardennes, Meuse notamment.

- forte demande et fort taux d'accord des COTOREP : Gironde, Alpes Maritimes, Hautes Pyrénées, Hautes Alpes, Rhône

- faible demande et fort taux d'accord des COTOREP : Marne, Hauts de Seine, Val de Marne, Manche, Savoie.

- faible demande et forte résistance des COTOREP: Bas Rhin, Meurthe et Moselle, Somme, Sarthe, Vendée, Ain par exemple.

Depuis trois ans, les statistiques disponibles font apparaître une légère augmentation des taux de rejet par les COTOREP, qui ne suffit néanmoins pas à contenir les effectifs d'allocataires. Le taux de rejet augmente ainsi de 0,7 points entre 96 et 97.

L'enquête statistique menée par la mission met en évidence le fait que l'essentiel de la progression provient d'une montée des dossiers présentés au titre de l'article L821-2. Ainsi, dans les premières demandes acceptées, ces dossiers représentent 34,7% du total en 1995, 36% en 1996 et 39,2% en 1997. Si les classes d'âges élevées continuent d'enregistrer une forte proportion de dossiers de l'article L821-2 (42% des dossiers dans la classe d'âge 50-59 ans), la progression est frappante chez les jeunes : chez les 20-29 ans, les dossiers L821-2 passent de 29,7% en 1995 à 32,4% en 1996 et 37,4% en 1997. La tendance est identique chez les 30-49 ans. Ce point réfute l'idée selon laquelle la progression de l'AAH serait due avant tout aux dossiers de femmes de plus de 40 ans.

L'enquête menée par la mission fait aussi apparaître une tendance au raccourcissement des durées d'octroi de l'AAH. Les durées d'attribution de 2 ans et moins passent de 24,3% en 1995 à 28% en 1997, au détriment des durées longues (6 ans et plus). Cependant, la principale explication de ce phénomène tient avant tout à l'augmentation des cas de l'article L821-2, qui donne lieu, en général, à une attribution pour une durée plus courte. On ne peut donc y voir une modification de l'attitude des COTOREP.

Au total, il est indéniable que les conditions d'accès à l'AAH sont différentes selon les départements, et ce dans de larges proportions. Ceci ne veut pas nécessairement dire que les COTOREP qui enregistrent beaucoup d'entrées appliquent les textes avec laxisme. L'enquête menée sur place, décrite par ailleurs, le montre. En revanche, cela permet d'identifier les départements qui, actuellement, contribuent le plus à l'accroissement du nombre des allocataires de l'AAH.

Pour ce faire, les deux cartes ci-jointes mesurent un « indice de facilité », rapport entre le nombre de nouveaux entrants bénéficiant d'un accord de la COTOREP dans l'année à la population de 20 à 60 ans.

Ces cartes font apparaître un nombre d'entrants au dessus de la moyenne nationale dans les départements du sud de la Loire. Plus précisément, ils font ressortir une certaine continuité dans les départements déjà "fortement dotés en bénéficiaires de l'AAH", et qui continuent à présenter un grand nombre de nouveaux entrants : tous les départements de l'axe Hautes Pyrénées/Yonne sont au-dessus de la moyenne nationale.

En revanche, l'évolution de départements à population urbaine importante, où l'AAH était jusqu'alors nettement en dessous de la moyenne, est plus préoccupante. Ainsi, certains départements, où le "stock" d'allocataires était jusqu'à présent proche de la moyenne nationale, présentent en 96 et 97 un «indice de facilité» supérieur de 50 à 100% par rapport à l'indice moyen: Gironde, Alpes Maritimes. C'est le cas également pour des départements dont le "stock" d'allocataires est en dessous de la moyenne nationale : Rhône, Paris, et petite couronne en particulier.

Ce phénomène, qu'il faut sans doute rapprocher des conditions de substitution de l'AAH au R.M.I. évoquées ci-dessus, est inquiétant pour l'avenir, car il laisse à penser que l'AAH n'a probablement pas «fait le plein» de ces bénéficiaires potentiels dans certains départements, notamment ceux dont la population est importante.

### *1.3.6 Etude des flux de sortie*

Les critères d'appréciation du handicap, examinés par ailleurs, pouvaient laisser supposer que la reconnaissance du handicap par la COTOREP et l'admission au bénéfice de l'AAH avaient le plus souvent un caractère quasi-définitif.

L'examen des statistiques des COTOREP et de la C.N.A.F., ainsi que l'enquête menée par la mission, font apparaître une réalité légèrement différente.

#### *a) Décisions des COTOREP*

Les décisions favorables des COTOREP sont rendues pour une durée limitée, en moyenne légèrement inférieure à 5 ans. Quelques COTOREP donnent des accords définitifs. Chaque handicapé doit donc à intervalles réguliers présenter une demande de renouvellement.

Le renouvellement est en grande majorité accordé. Ceci n'est cependant pas systématique et une proportion croissante de dossiers sont rejetés à cette occasion. Le taux de rejet de renouvellement, que la mission a nommé « indice de réexamen », s'élevait à 13,39% des cas en 1996 et a atteint 14,93% en 1997, soit une progression de 1,54 points en une année. En 1997, 21734 dossiers de renouvellement ont été rejetés, ce qui est une cause importante de sortir du dispositif (40 000 sorties annuelles).

En revanche, la diversité des situations départementales, déjà évoquée pour les entrées, est dans ce cas impressionnante puisque les chiffres de réexamen vont de 0 à plus de 30% des dossiers (voir cartes ci-jointes).

Cependant, une enquête médicale menée sur 100 dossiers dans le département du Gers, département où le taux de réexamen est quasi-nul, n'a fait apparaître aucune anomalie.



Il est néanmoins clair que la carte du taux de réexamen ne présente aucune cohérence géographique particulière : les écarts entre l'Eure et Loir et les Yvelines, la Manche et la Mayenne, la Savoie et la Haute Savoie, le Cher et la Nièvre, la Meurthe et Moselle et la Meuse n'ont pas d'explication crédible.

On peut par conséquent penser qu'il existe des possibilités réelles d'allègement des effectifs à travers le réexamen des situations acquises. En effet, l'apparition et le développement des handicaps psychosociaux ainsi que le développement des techniques médicales et d'appareillage rendent de plus en plus fréquemment les handicaps réversibles.

#### *b) Statistiques de la C.N.A.F.*

Les statistiques de la C.N.A.F. confirment l'impression que l'entrée dans l'AAH n'est pas aussi définitive qu'on pourrait le croire.

En effet, si 33% des allocataires qui sont sortis en 1996 étaient âgés de 60 ans et plus, notamment en raison de la liquidation des droits à retraite, les deux tiers avaient moins de 60 ans, 18,6% avaient moins de 30 ans, ce qui correspond à l'entrée dans le monde du travail de nombreux handicapés, qui dépassent alors le plafond de ressources.

Mais chaque tranche d'âge intermédiaire apporte une proportion de sortants située entre 6,5% et 9,1%, ce qui confirme qu'on ne reste pas nécessairement à l'AAH durablement.

#### *c) Enquête nationale sur l'AAH*

L'enquête menée par la mission permet de confirmer que le renouvellement de l'AAH n'est pas systématique. Sur l'échantillon considéré, 9 à 11% des demandes de renouvellement ont été rejetées.

En revanche, il apparaît que le refus de renouvellement est extrêmement rare dans le cas de handicaps supérieurs ou égaux à 80% (article L821-1) : 0,7% des dossiers. Le refus de renouvellement est presque exclusivement le fait de dossiers de l'article L821-2, qui sont rejetés dans 26,3% des cas. En outre, les refus de renouvellement sont proportionnellement plus nombreux dans les tranches d'âge élevées que chez les moins de 40 ans.

## **II - Le fonctionnement et l'organisation des COTOREP**

La note d'orientation 94/30 du 1er août 1994 relative à la modernisation des COTOREP, conjointement élaborée par la délégation à l'emploi et la direction de l'action sociale à la suite du rapport du groupe de travail présidé par M. Yves Carcenac, inspecteur général des affaires sociales, avait pour ambition, dans une "stratégie de progrès à moyen terme", "de promouvoir sur l'ensemble du territoire un service public de qualité".

Dans cette perspective, étaient repris trois des objectifs préconisés par le rapport précité : "Moderniser et harmoniser les modes de fonctionnement et d'organisation", "renforcer certains moyens de fonctionnement et d'intervention", "aménager le dispositif statistique et mettre en place un système permanent de suivi et d'analyse de gestion".

Près de quatre ans après la diffusion de cette circulaire et le lancement des mesures dont elle entendait faciliter la mise en oeuvre, force est de constater que les objectifs ont été imparfaitement et inégalement atteints.

Si des progrès sensibles, et parfois spectaculaires, compte tenu des situations observées en 1993, ont partout été réalisés en matière d'information, d'accueil, de délais, et d'orientation, la rationalisation, la modernisation et l'harmonisation du fonctionnement et de l'organisation des COTOREP, en particulier pour ce qui concerne les mécanismes d'attribution de l'AAH, n'ont pas complètement été menées à leur terme. En dépit des recommandations de la note d'orientation du 1er août 1994, et des moyens dégagés à l'époque, le fonctionnement administratif et médical des COTOREP, à tout le moins dans leur formation de deuxième section, demeure en effet caractérisé par une certaine inadaptation des méthodes et des moyens au nombre et à la nature des décisions produites, et donne en fin de compte l'impression d'un système peu piloté.

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

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

## **2.1. Le caractère artificiellement collégial des décisions d'attribution de l'AAH**

L'organisation et le fonctionnement des COTOREP sont caractérisés par une sorte de parallélisme des formes, appliqué à deux types différents de décisions : celles s'inscrivant dans une logique professionnelle (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, orientation professionnelle, aide à l'insertion professionnelle...), qui relèvent de la première section, et celles consistant dans l'attribution de prestations ou d'avantages sociaux (carte d'invalidité, AAH, allocation compensatrice pour l'emploi d'une tierce personne...), qui relèvent en principe de la deuxième section.

Même si, notamment à l'occasion de la note d'orientation du 1er août précitée, un certain nombre de mesures destinées à adapter les méthodes et les moyens administratifs à la nature des décisions et des cas à traiter ont été mises en oeuvre, l'organisation générale des COTOREP reste marquée par le principe d'une division en deux secteurs distincts, obéissant très largement à des logiques différentes (même s'il peut exister des zones de chevauchement), et néanmoins organisés sur un modèle semblable : une section, présidée par un directeur départemental, composée des représentants de diverses institutions (associations de handicapés, conseil général, sécurité sociale...), animée par un secrétariat administratif, et dotée en principe d'un médecin coordonnateur et d'équipes techniques chargés de l'instruction des dossiers.

### *2.1.1. L'attribution de l'AAH dépend d'abord d'une évaluation de nature médicale*

Contrairement à ce qui passe en première section, où statuer sur la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, une orientation, ou des mesures destinées à favoriser l'adaptation professionnelle, exige le concours de divers professionnels (médecins, travailleurs sociaux, représentants des services de l'emploi, de la formation professionnelle...), la plupart des décisions entrant dans le champ de compétence de la deuxième section (carte d'invalidité et AAH en particulier), relèvent essentiellement, dans l'état actuel des textes et des pratiques, d'une appréciation médicale de la situation du demandeur.

Pour bénéficier de l'AAH, toute personne remplissant par ailleurs les conditions d'âge, de résidence et de ressources requises, doit présenter un taux d'incapacité qui soit supérieur ou égal à 80 % (Art. L.821-1 du code de la sécurité sociale), ou compris entre 50 et 79 % (Art. L.821-2) L'AAH ne pouvant être attribuée en-deçà d'une incapacité de 50 %, la fixation du taux d'incapacité constitue un acte déterminant du processus d'attribution. Ce taux d'incapacité est déterminé en application d'un guide-barème médical, dont la logique fondamentale est d'évaluer, à partir du degré estimé de gravité d'une déficience, la réduction de capacité que cette déficience (ou ces déficiences) entraîne dans la vie quotidienne et professionnelle. Pour

chaque grand type de déficience, le guide-barème fournit une échelle des valeurs de l'incapacité, dont l'appréciation ne peut être que médicale.

Par nature éminemment médicale, la fixation du taux d'incapacité relève naturellement de la seule compétence d'un médecin, et sa critique éventuelle ne peut émaner que d'un autre médecin. Cela réduit sensiblement, par définition, les marges d'intervention de tout autre participant au processus de décision.

Néanmoins, pour les cas où le taux d'incapacité est compris entre 50 et 79 %, l'AAH n'est pas de droit. Il faut que son incapacité place le demandeur dans l'impossibilité de se trouver un emploi. Or, l'impossibilité à se procurer un emploi, notion subjective par excellence, s'apprécie à partir de critères qui n'ont rien de médicaux, puisqu'entrent en jeu des éléments aussi divers que la qualification professionnelle, l'environnement social, marché de l'emploi (Cf. développements suivants, pages 38 à 41), etc. C'est si vrai qu'il n'est pas rare que l'AAH soit refusée à un demandeur présentant pourtant un taux d'incapacité de 50 %. L'enquête menée par la mission montre qu'un tiers des personnes dont le taux d'incapacité se situe entre 50 et 79% voient néanmoins leur dossier rejetée, l'impossibilité de se procurer un emploi ne leur étant pas reconnue.

Pourtant, même dans ce cas figure, c'est l'avis du médecin qui, la plupart du temps, s'avère prééminent. Il est difficile d'avancer une explication précise et unique à ce phénomène. Entrent en jeu divers facteurs :

- le nombre des dossiers à traiter, d'abord, qui oblige les COTOREP à adopter des modes de traitement de masse, ce qui ne permet pas à leurs membres de discuter sur un grand nombre de dossiers ;

- la vocation ambiguë de l'AAH évoquée en première partie, ensuite, et la perception équivoque que de nombreux acteurs continuent à en avoir, privilégiant plus ou moins consciemment la déficience par rapport à la capacité à se procurer un emploi. Il est à cet égard symptomatique que les dossiers ne comportent sur le demandeur aucune information organisée sur son cursus professionnel (C.V., résumé de carrière, etc.) ;

- le caractère en pratique souvent illusoire de la capacité à se procurer un emploi, enfin, pour une personne dont le handicap, au-delà d'un taux de 50 %, est lourd malgré tout.

Quoiqu'il en soit, l'appréciation du handicap, et par voie de conséquence, la décision d'attribution de l'AAH demeure, dans la quasi totalité des cas, le fait exclusif du médecin.

### *2.1.2. Le caractère collégial des délibérations est, en matière d'AAH, largement une fiction*

Dans ces conditions, la deuxième section des COTOREP apparaît vouée à jouer le simple rôle d'une chambre d'enregistrement.

#### a) L'avis prééminent du médecin

Selon le témoignage de tous les acteurs interrogés, il est très rare que la deuxième section soit amenée à infirmer une évaluation faite par un médecin de la COTOREP. Et encore ne s'agit-il, lorsque c'est le cas, que de la conséquence de pratiques locales destinées à fournir aux personnalités siégeant à la section la possibilité de s'exprimer, de peser un peu sur les décisions. Ainsi aux COTOREP de Lille et Valenciennes, où il arrive que le médecin n'arrête pas d'évaluation précise (généralement pour des cas se situant à la frontière du taux de 50 %), ou laisse à la section le soin de fixer la durée d'attribution de l'allocation. Ainsi également dans le Rhône, où certains membres de la section semblent mettre un point d'honneur à modifier, au moment de la délibération, la proposition du médecin.

Mais, au-delà de ces cas somme toute marginaux, l'examen des processus de décision en vigueur en deuxième section confirme partout le rôle prééminent, voire exclusif, du médecin, aussi bien pour la décision d'attribution de l'AAH, que pour la détermination de sa durée

L'enquête statistique menée par la mission dans l'ensemble des COTOREP confirme ce phénomène : en 1997, 6,9 % seulement des décisions favorables des COTOREP ont été prises en contradiction avec la proposition du médecin rapporteur, et, dans la quasi totalité des cas, dans un sens favorable au demandeur.

#### b) Le verrou du secret médical

Un médecin ne peut, sans commettre une faute déontologique lui faisant encourir des sanctions disciplinaires et pénales, dévoiler la nature de la ou des pathologies constitutives du handicap d'un demandeur. Les débats en COTOREP doivent donc porter, non pas sur l'application du barème, mais sur la capacité d'un demandeur à se procurer un emploi, compte tenu du taux d'incapacité qui lui attribué. Cela rend l'exercice de la délibération difficile, et singulièrement artificiel. Car il est en fait extrêmement délicat d'envisager la capacité à l'exercice d'un emploi sans connaître la nature de la déficience.

Bien entendu, le secret médical n'est pas appliqué partout avec la même rigueur, ni même avec les mêmes nuances. Dans les départements visités par la mission, il a paru être

interprété avec discernement, et le souci de ne pas vider de toute substance le travail de la commission. Il n'en demeure pas moins que, bien souvent, les dossiers débattus en commission ne le sont que sur le fondement d'éléments relativement sommaires, sans référence explicite à la nature de la pathologie constitutive du handicap, ce qui interdit tout contrôle de l'application du barème. La discussion porte alors, lorsqu'elle a lieu, sur un tout autre terrain que celui de la pathologie, avec toutes les ambiguïtés relatives à l'état sanitaire supposé du demandeur, et tous les débordements relatifs à sa situation sociale connue, que peut entraîner un débat devenu totalement subjectif. Et dans la chaîne "déficience-incapacité-désavantage à l'emploi", faute d'élément relatif à la déficience et à la justification de l'incapacité, c'est sur le troisième maillon, le plus propice aux réactions affectives, que se focalise le seul débat possible.

Ainsi, entre approbation sur listes et discussion sur des dossiers sans contenu vérifiable, le rôle de la deuxième section en matière d'AAH apparaît-il d'un intérêt pour le moins limité.

### c) La pratique généralisée de l'approbation sur listes

Validée par la note d'orientation du 1er août 1994, la pratique de "l'approbation sur listes", aujourd'hui généralisée, illustre parfaitement le caractère purement formel des délibérations de la deuxième section en matière d'AAH. Cette pratique consiste, avec des variantes selon les départements, à présenter à la section des listes de décisions, relatives à des cas examinés par un médecin ou par l'équipe technique, et pour lesquels une discussion en séance est jugée inutile. Un bordereau récapitulatif comprenant les principaux éléments d'information et les propositions du médecin ou de l'équipe technique est soumis à la section, qui l'approuve sans débat en début ou en fin de séance. Ces listes, qui, aux termes de la note d'orientation du 1er août 1994, devraient être limitées à certains cas types (renouvellements à situation inchangée, avis favorable en cas de taux de 80 %...) recouvrent en fait aujourd'hui, au gré des départements et des périodes, tous les cas de figure : avis favorables ou défavorables, L 821-1 ou L.821-2, durée d'attribution courte ou longue...

Tolérée à l'origine afin de raccourcir les délais de traitement, cette pratique est en définitive une parfaite illustration, et une confirmation de plus, du rôle uniquement formel qu'est condamnée à jouer la deuxième section dans le processus d'attribution de l'AAH.

## **2.2. Une gestion empirique et souvent artisanale**

Malgré les efforts consentis depuis plusieurs années pour améliorer leur fonctionnement, et malgré les incontestables progrès réalisés, notamment en matière de délais de traitement des dossiers, les COTOREP pâttissent dans l'ensemble d'une gestion au jour le jour, et d'un manque de moyens.

### *2.2.1. L'absence de budget identifié interdit toute réelle mise en oeuvre d'un programme de rationalisation*

Soumises à la double autorité des DDTEFP et des DDASS, qui en président alternativement ou conjointement les séances plénières, et se partagent l'animation des deux sections (DDTEFP pour la première, DDASS pour la deuxième), les COTOREP ne disposent d'aucun budget propre. Administrativement rattachées aux DDTEFP, dans les locaux desquelles elles sont la plupart du temps installées, elles n'en dépendent pas moins, pour leur fonctionnement, des moyens techniques et humains que leur affectent les deux directions départementales. Si les dépenses de fonctionnement sont supportées par la DDTEFP, la DDASS contribue également à leur prise en charge, sous forme de mise à disposition de personnel et de frais de vacances inscrits à son budget.

Bien qu'elle constitue, dans un contexte de relative pénurie budgétaire, un élément de souplesse jugé appréciable par certains responsables départementaux, l'absence de budget propre se révèle porteuse de plus d'inconvénients que d'avantages : difficulté d'évaluer le coût réel de fonctionnement d'une COTOREP, d'adapter de manière rationnelle les moyens à des objectifs précis, de programmer la modernisation des outils de gestion, d'affecter et d'animer de façon cohérente les personnels.

Le schéma dominant reste celui d'un organisme condamné à une gestion au jour le jour, géré par un personnel relevant de deux administrations distinctes, dans un climat de coopération plus ou moins étroite selon les départements. Si, dans les COTOREP visitées par la mission, secrétaires de première section (rattachés à une DDTEFP) et de deuxième section (rattachés à une DDASS) semblent travailler en bonne intelligence, la qualité de coopération demeure très variable, et dépend le plus souvent de la tonalité des rapports qu'entretiennent leurs chefs.

Si, dans certains cas, et en général lorsque l'ensemble de la COTOREP est placée sous l'autorité unique d'un cadre de bon niveau, comme dans le Rhône et, dans une moindre mesure, le Nord, l'intégration peut-être poussée très loin, et les personnels affectés au mieux des besoins et de leurs capacités sans distinction de leur direction de rattachement, dans d'autres, comme à Paris et dans les Hauts de Seine, la séparation est tranchée entre les services fonctionnant avec un personnel provenant de la DDTEFP, et ceux fonctionnant avec un personnel provenant de la DDASS. Entre ces extrêmes, existe tout un éventail de situations intermédiaires, allant par exemple d'une collaboration étroite des secrétaires compensant les fictions feutrées et les rivalités de préséance vécues à l'échelon directorial (comme dans le Loiret, ou une enquête régionale imaginée par une direction a attendu un an avant d'être lancée pour d'obscurs motifs de champ de compétences), à des relations sporadiquement envenimées

par un déséquilibre de moyens entre les sections, dû au relatif désintérêt d'une des directions, ou au manque de moyens dont elle dispose (généralement la DDASS).

Source d'opacité et de dissensions, facteur d'immobilité, frein à la modernisation des équipements, le flou entretenu par la situation actuelle constitue sans doute le premier obstacle à la rationalisation et à l'harmonisation du fonctionnement des COTOREP.

*2.2.2. Les outils et moyens de gestion demeurent tout aussi inadaptés à l'ampleur des dossiers à traiter qu'aux nécessités d'un pilotage fin.*

Si l'informatisation des COTOREP a permis des gains de productivité importants (les effectifs en équivalent temps plein ont décliné de 20 % de 1992 à 1996), ceux-ci ont été en partie absorbés par la progression du nombre des demandes à traiter (le nombre des décisions, toutes demandes confondues, a augmenté de 80 % entre 1987 et 1996, avec un triplement en première section, et un accroissement de plus de 50 % en deuxième). Priorité des priorités jusqu'à ces dernières années, les délais de traitement, même si leur raccourcissement semble aujourd'hui marquer une sorte de palier structurel, atteignent à peu près partout un seuil acceptable (quelque trois mois en moyenne pour une demande d'AAH, six mois pour un dossier instruit en première section), quoique la mission ait constaté, dans plusieurs COTOREP, une difficulté certaine à demeurer en dessous du seuil de quatre mois (Rhône, Valenciennes, Lille...) pour les demandes d'AAH.

L'amélioration observée sur les délais ne saurait cependant masquer la difficulté endémique des COTOREP, hormis quelques exceptions relatives mais notables, telles que celle du Rhône, à faire face à un traitement de masse en continuelle croissance, et aux enjeux financiers considérables. Confrontées à la fois aux exigences de ce traitement de masse et aux impératifs d'un traitement individualisé approfondi, seul garant d'un examen rigoureux, et, par voie de conséquence, d'une maîtrise de la dépense, les COTOREP ne disposent que rarement des moyens adéquats.

Elles doivent le plus souvent assumer leur mission avec un personnel administratif de niveau modeste (essentiellement des agents de catégorie C), des effectifs fréquemment amputés au gré des variations du nombre de postes vacants enregistrées par les directions (la DDASS du Nord, où plus de 20 % des postes budgétaires ne sont pas pourvus, est dans l'incapacité de couvrir 8,5 postes de catégorie C à la COTOREP), un encadrement souvent faible, enfin une qualité très inégale des agents, certaines directions ayant tendance à se débarrasser d'agents indésirables en les affectant à la COTOREP. A Paris, la deuxième section fonctionne essentiellement avec des agents vacataires qui s'en vont au premier concours réussi.



A cela s'ajoute l'insuffisance des équipements informatiques et du système d'information en général, qu'il s'agisse du nombre et des fonctionnalités des postes implantés en COTOREP, ou des possibilités limitées de l'application ITAC, qui a vieilli et n'a été conçue, pour l'essentiel, que comme un outil d'enregistrement de dossiers et d'éditations associées. ITAC, par exemple, n'autorise aucune des extractions de données qui permettraient une analyse des caractéristiques des bénéficiaires entrant ou sortant du système, et propose une classification des pathologies notoirement inadaptée, et de ce fait très peu ou très mal renseignée.

Par ailleurs, le "tableau de bord informatisé" des COTOREP, dont l'implantation, à l'origine prévue en 1995, n'est effective que depuis le début de 1998, ne comprend lui non plus aucun historique, et ne se révèle, de ce fait, guère plus opérationnel pour la compréhension des évolutions constatées depuis plusieurs années.

Dans ce contexte, l'allégement des tâches administratives engendré par la création de la prestation spécifique de dépendance (PSD), au demeurant modéré (la réduction du nombre de dossiers à traiter s'avère en général inférieure à 10 %), n'apparaît pas à la mesure de l'accroissement continu du nombre de dossiers à traiter, et ne permet pas d'envisager un quelconque redéploiement de moyens.

### *2.2.3. Le management des directeurs départementaux reste dans l'ensemble lointain*

Le partage des responsabilités entre DDTEFP et DDASS, ainsi que le flou laissé sur les devoirs de contribution des uns et des autres au bon fonctionnement des services des COTOREP (phénomènes évoqués plus haut) ne facilitent pas, à l'évidence, une prise en mains énergique et cohérente du management des COTOREP.

Les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales, notamment, apparaissent le plus souvent en retrait. Du fait du rattachement administratif des COTOREP à leurs homologues du travail et de l'emploi, ils se considèrent volontiers, avec les tous les malentendus que cela est susceptible d'engendrer de part et d'autre, déchargés de la responsabilité de première rang, y compris en ce qui concerne la deuxième section qu'ils président. Les entretiens que la mission a pu avoir avec les directeurs départementaux, lors des visites qu'elle a effectuées, sont à cet égard révélateurs. L'encadrement supérieur des DDASS connaît en général très mal les problèmes de fonctionnement de la COTOREP et ne s'y implique que par la force des choses, lorsqu'il est nécessaire de régler un problème de personnel, par exemple, ou de décider de l'affectation de moyens.

Cette distance s'étend même, ce qui est plus surprenant encore, aux médecins inspecteurs, très souvent absents de la régulation technique de l'activité des médecins de COTOREP (Loiret, Rhône, Nord...)

Les directeurs du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle eux-mêmes, au vu des observations effectuées sur le terrain par la mission, ne semblent qu'épisodiquement mobilisés par la gestion des COTOREP. Et lorsqu'ils le sont, du propre aveu de certains d'entre eux, ce n'est souvent que pour résoudre des problèmes de gestion quotidienne (conflit de personnel, situation d'urgence, manque de moyens, remplacement d'absence, etc.), et non pour réguler l'activité d'ensemble de la COTOREP. Certes, les directeurs du travail et de l'emploi se sentent davantage concernés par le fonctionnement de la première section, dont ils assurent la présidence, et qui s'inscrit mieux dans les politiques globales de l'emploi et de la formation professionnelle qu'ils sont chargés de mettre en oeuvre par ailleurs. Mais d'une façon générale, et ils le reconnaissent, la COTOREP ne peut constituer pour eux une priorité, et ce d'autant plus qu'ils ne peuvent en avoir la maîtrise globale.

De ce point de vue, et dans la mesure où il se traduit par une lecture à minima de leurs responsabilités respectives par les directions départementales, le partage de l'autorité sur la COTOREP entre DDASS et DDTEFP paraît présenter plus d'inconvénients que d'avantages.

L'ensemble, en tout cas, dégage une impression de gestion à courte vue, sans vue ni plan à long terme, et d'un système où l'on pare au plus pressé plus qu'on ne maîtrise les événements. Tout cela explique, dans une large mesure, la remarquable hétérogénéité des pratiques observée sur le terrain.

### **2.3. L'hétérogénéité relative des processus de décision et des modalités d'organisation médicale**

Conséquence de l'ensemble des phénomènes précédemment évoqués (rôle prééminent de l'acte d'évaluation médicale, gestion empirique des COTOREP, investissement inégal des directeurs des affaires sanitaires et sociales dans le fonctionnement de la deuxième section), les mécanismes d'attribution de l'AAH reposent sur des pratiques locales extrêmement diverses, et ce à toutes les étapes du processus : circuit administratif, existence d'un médecin coordonnateur, composition de l'équipe technique, fréquence des réunions, convocation ou non des demandeurs, etc.

Pour s'en tenir à l'essentiel, trois grands phénomènes méritent d'être soulignés.

### *2.3.1. La fréquence des réunions de deuxième section est partout élevée, mais les modalités de délibération sont extrêmement variables*

Quelles que soient les modalités d'organisation en vigueur, le calendrier des réunions de section est chargé, et monopolise un travail de préparation administrative important. Le rythme des réunions est généralement au minimum bimensuel (Loiret, Yvelines, Pyrénées-Orientales), mais il peut être beaucoup plus élevé (hebdomadaire en Seine-Maritime et dans le Nord, quasi journalier dans le Rhône).

Ce rythme est évidemment fonction du nombre de demandes d'AAH, mais aussi d'un certain nombre d'autres facteurs malaisément isolables : nombre de demandes concernant d'autres avantages que l'AAH, mais relevant de la compétence de la deuxième section (carte d'invalidité, placement, allocation compensatrice...), importance de la pratique de l'approbation sur listes, etc. Il n'en illustre pas moins l'effet de masse auquel les COTOREP, au seul niveau de la deuxième section, sont confrontés.

Ce rythme n'est pas sans danger. Nombre de COTOREP éprouvent des difficultés à réunir à chaque fois le quorum, et, dans certains cas, il semble qu'il soit rarement atteint. Avec la pratique de l'approbation sur listes, qui obéit à des règles variables selon les COTOREP, et qui vont bien souvent au-delà des recommandations de la note d'orientation du 1er août 1994 (qui entendait limiter le procédé, rappelons-le, à certains cas précis : décision de renouvellement à situation inchangée, avis favorable pour un taux d'incapacité de 80 %...), la section ne débat, la plupart du temps, que de quelques dossiers donnant lieu à hésitation, ou susceptibles de favoriser la consolidation d'une doctrine locale.

Dans le Nord, enfin, les COTOREP de Lille et Valenciennes recourent à une formule originale, en procédant, à l'initiative du secrétaire de la section ou du médecin coordonateur, à l'audition d'un certain nombre de demandeurs.

### *2.3.2. Les principes d'organisation de la note d'orientation du 1er août 1994, quoique non uniformément appliqués, ont, sur les points majeurs, commencé d'entrer dans les faits.*

Hormis quelques cas, comme celui de la COTOREP des Hauts-de-Seine, ou, à un degré moindre, celui de Paris, où les directives du 1er août 1994 ne sont tout simplement pas appliquées, première et deuxième section continuant à fonctionner de manière cloisonnée, quelques visites ont suffi à révéler à la fois la mise en oeuvre progressive des recommandations les plus importantes, et l'extrême diversité des "adaptations" locales.

a) L'unité du secrétariat n'est parfois que formelle.

Dans plusieurs des COTOREP ayant reçu la visite de la mission, il apparaît que l'instauration d'un titre de secrétaire, généralement attribué au responsable de la première section, dépendant de la DDTEFP, et d'un titre de secrétaire-adjoint, attribué au secrétaire de la deuxième section, n'ont pas changé grand-chose aux conditions réelles de la coopération entre les deux sections. Cette hiérarchie théorique, imposée au nom de l'unicité de commandement, n'a d'influence opérationnelle que lorsque l'agent placé à la tête du secrétariat unique manifeste la compétence et le savoir faire nécessaires. Sinon, chacune des deux sections continue à être animée en relative autonomie par "son" secrétaire, quelque soit son titre, le terme d'adjoint n'étant même jamais utilisé dans certains cas. Ce qui n'exclut pas pour autant un travail en bonne intelligence entre les responsables de chacune des sections.

A noter, l'importance que revêt, dans les grandes COTOREP, l'affectation d'un cadre de bon niveau à la direction de la commission (Rhône), ou à sa supervision (Nord).

b) Si l'unité du secrétariat est dans l'ensemble acquise, celle de l'équipe technique l'est beaucoup moins.

Ainsi, parmi les départements visités par la mission, seule la COTOREP des Pyrénées-Orientales a constitué une équipe technique commune aux deux sections.

Par ailleurs, si, dans la plupart des COTOREP, l'équipe technique de première section est clairement constituée, elle recouvre une réalité variable en deuxième section. Elle peut se réduire à un tandem formé par le médecin coordonateur et le secrétaire de la section, ou un agent administratif (Rhône, Seine-Maritime), voire ne pas exister du tout (Yvelines, Nord, Tarn-et-Garonne), ou au contraire être composée de plusieurs professionnels (Loiret, Gers), en particulier en psychiatrie et psychologie.

De ce fait, la composition et les attributions de l'équipe technique varient d'une COTOREP à l'autre. Dans le Gers, l'équipe technique comprend quatre formations différentes, instituées en fonction de la nature des cas examinés par la deuxième section, et associant à chaque fois un spécialiste au médecin coordonateur : un psychiatre pour la formation "psychiatrie", le médecin de l'aide sociale du conseil général pour la formation "allocation compensatrice", le médecin conseil de la MSA pour la formation "Mutualité Sociale Agricole", le médecin de main d'oeuvre de la première section pour la formation "inaptitude au travail". Dans le Loiret, elle rassemble, autour du médecin coordonateur, un psychiatre et un psychologue.

De même, l'équipe technique de deuxième section peut être saisie dans des cas et sur des sujets variables : cas essentiellement psychiatriques ou psychologiques, et à la demande du médecin coordonnateur (Loiret) ; sur tous les dossiers (Tarn-et-Garonne)...

c) Le traitement mixte des dossiers cependant, à quelques notables exceptions près, semble se développer.

Si à Paris, dans les Hauts-de-Seine, dans le Tarn-et-Garonne, soit tout de même trois des dix COTOREP visitées, l'étanchéité entre la première et la deuxième section est de règle, ailleurs la coordination est recherchée. Dans le Rhône et dans le Nord, par exemple, sont organisées des réunions de "section mixte", où sont examinés les dossiers comportant des demandes relevant de la compétence des deux sections ; dans le Loiret et en Seine-Maritime, la première section examine l'ensemble des demandes communes et statue, transmettant par la suite le dossier à la deuxième section pour décision formelle.

d) La fonction de médecin coordonnateur n'échappe pas à la diversité

Comme pour l'équipe technique, un médecin coordonnateur unique (à l'instar des Pyrénées-Orientales et du Nord) n'existe pas partout, loin s'en faut. Rares, toutefois, sont les COTOREP ne possédant pas de médecin coordonnateur de deuxième section. C'est cependant le cas dans les Yvelines. La fonction, enfin, est parfois assurée de manière collégiale, comme dans le Rhône...

e) L'importance numérique des équipes médicales, extrêmement variable selon les départements, achève de donner au mode d'organisation des COTOREP son aspect hétéroclite.

Sans doute l'absence d'un statut, ou à tout le moins d'un régime indemnitaire cohérent, applicable aux médecins de COTOREP, ajoutée aux restrictions budgétaires qui, dans certains départements, ont conduit à une réduction importante des crédits de vacations, n'est-elle pas pour rien dans l'hétérogénéité de l'organisation médicale des COTOREP. Médecins contractuels à temps plein ou partiel, vacataires rémunérés à l'heure ou à l'acte, toutes les formules se rencontrent, parfois dans une seule et même COTOREP (Rhône). A cela s'ajoute l'application variée qui, de l'aveu même des responsables de COTOREP, est parfois donnée à la notion de vacation horaire dans certains cas, les horaires effectués seraient inférieurs aux horaires théoriques sur la base desquels sont forfaitairement décomptées les vacations ; de telles dérives, qui s'expliquent naturellement par la faiblesse de la rémunération proposée, ne sont pas saines. Elles rendent le système opaque, et sont de nature à jeter, probablement injustement, la suspicion sur l'ensemble des vacataires. Cela pose en tout état de cause la

question du régime indemnitaire des médecins de COTOREP, et celui, corrélatif, du contrôle quantitatif des vacances effectuées.

Mais cette seule donnée de la rémunération, valable pour toutes les COTOREP, ne peut expliquer à elles seules les énormes différences constatées dans l'organisation des équipes médicales, quelque soit l'angle sous laquelle on l'envisage : nombre de médecins rapporté au flux de demandes, importance des vacances individuelles, temps moyen alloué par dossier - allant selon les COTOREP de 5 à 15 minutes-, participation de médecins à la commission, etc.)

Si, au niveau national, l'enquête mise en oeuvre par la mission montre que 30,8 % des primo-demandeurs ont fait l'objet en 1997 d'un examen clinique effectué par un médecin de la COTOREP ou un médecin désigné par elle (23,7 % au titre de l'art.L.821-1, et 37,8 % au titre de l'art. L.821-2), l'examen par département confirme la variété des pratiques : 90% dans le Rhône, 27% dans le Loiret parmi les départements visités.

De telles disparités dans le processus de traitement des demandes d'AAH, conjuguées à l'absence totale de tentative d'harmonisation des pratiques médicales, dont la refonte du barème aurait pourtant fourni l'occasion, ne pouvaient que faciliter l'apparition d'approches médicales tout aussi diverses que les modes d'organisation et les processus de décision.

### *2.3.3. Des pratiques médicales extrêmement variées, dont l'impact est difficile à cerner*

Difficile de dire ce qui, d'une conception bien arrêtée, de la contrainte budgétaire, ou des simples circonstances, l'emporte dans un choix de pratique médicale. Entre le Rhône, où l'on se fixe comme objectif de procéder à l'examen clinique de tous les primo-demandeurs, et Valenciennes, où il est interdit aux médecins, qui ne travaillent dès lors que sur dossier, d'en convoquer un seul, où est la vérité ?

Un contrôle médical effectué sur un échantillon équivalent de dossiers, a montré que si la COTOREP du Rhône était dans l'application du barème d'une rigueur exemplaire, celle de Valenciennes l'était finalement à peine moins.

A Valenciennes, il est vrai, un certificat médical particulièrement élaboré est en vigueur, permettant au médecin traitant d'établir un dossier complet, et au médecin de la COTOREP de se faire sur dossier une opinion précise du degré d'autonomie du demandeur. De ce point de vue, l'importance de la qualité du dossier initial est mise en lumière. Selon nombre de médecins rencontrés par la mission, un dossier correctement renseigné permet de statuer, dans la plupart des cas, sans qu'il soit besoin de recourir à un examen clinique.

En fait, confrontés aux mêmes problèmes, celui de la précarité de leur statut de vacataire, celui de leur faible rémunération (93 F l'heure), celui des cadences qu'il doivent respecter, les médecins de COTOREP réagissent chacun à leur manière, en fonction de leur personnalité, de leur motivation, de la conception qu'ils ont de leur métier, de l'importance qu'ils accordent aux revenus que la COTOREP leur procure, de la façon dont ils conçoivent le travail en équipe, supportent un chef, fut-il appelé coordonnateur, bref, en fonction de leur équation personnelle et médicale. Ce qui explique, pour une part, la variété des pratiques et des conceptions rencontrées, ainsi que l'existence, au sein de mêmes équipes, et pour des fonctions semblables, de passages éclairés pour les uns, et de surprenante stabilité pour les autres. Ainsi, chacun, avec son style, son tempérament, sa conscience médicale, peut, tout en agissant différemment de ses collègues, estimer faire correctement son travail.

#### **2.4. La qualité d'ensemble de l'application du barème apparaît correcte**

Le médecin de la mission d'inspection générale a procédé, sur le site des COTOREP visitées, à l'étude de dossiers médicaux prélevés soit de façon aléatoire parmi les dossiers soumis à une commission récente soit en sélectionnant les cent premiers dossiers d'attribution d'allocation aux handicapés adultes de l'année 1998.

Mille dossiers prélevés sur neuf sites différents ont ainsi fait l'objet d'un examen.

Cette étude sur échantillon permet de retenir le constat suivant :

- Les taux d'incapacité fixés par les médecins des COTOREP sont entérinés par les commissions dans la quasi-totalité des cas. Seuls, deux dossiers portent la trace d'un taux augmenté de 10% par la commission réunie en deuxième section. Il faut noter que, dans les deux cas, ce sont des considérations d'ordre social (que le médecin de la COTOREP avait d'ailleurs signalé) qui ont justifié cette augmentation du taux proposé. La commission a donc considéré, dans les deux cas, que les problèmes sociaux des intéressés potentialisaient l'incapacité du handicap.

- S'agissant de l'appréciation de l'inaptitude à se procurer un emploi, les médecins des COTOREP font des propositions généralement assez précises concernant le bénéfice de l'article L 821-2. Il arrive parfois que ces propositions ne soient pas retenues par la commission et dans ce cas, la décision de la commission est toujours plus favorable pour le handicapé. Il faut noter que les propositions des médecins des COTOREP concernant le bénéfice de l'article L 821-2 figurent généralement dans les dossiers médicaux sans commentaires explicatifs alors que les propositions de taux d'incapacité sont étayées par un certain nombre d'arguments. Ce constat peut être interprété comme une illustration du caractère relativement objectif de la démarche conduisant à la fixation

du taux d'incapacité et du caractère subjectif de l'appréciation de l'inaptitude à se procurer un emploi dont les critères de décision paraissent beaucoup plus flous.

- Les demandeurs de l'AAH sont tous convoqués par un médecin de la COTOREP dans certains départements (Rhône, Gers). D'autres COTOREP convoquent une proportion des primo-demandeurs proche de 85% (Val d'Oise, Lille). Certaines commissions convoquent très peu les demandeurs et 80% des dossiers sont traités sur pièces (Valenciennes). Les autres départements visités par la mission adoptent des pratiques intermédiaires entre ces trois situations mais il faut noter que les dossiers mixtes (première et deuxième section) sont tous à l'origine d'une convocation puisque, en première section, tous les handicapés sont vus par un médecin de main d'oeuvre ou du travail.

- Les dossiers de première et deuxième section sont parfois communs (Gers). Dans le cas contraire (qui constitue la situation la plus fréquente) les éléments du dossier médical de première section sont joints au dossier médical de deuxième section. La COTOREP de Paris fait exception à cette règle.

- En matière d'expertises médicales demandées à des médecins extérieurs à la COTOREP, chaque commission adopte des pratiques différentes. Certaines commissions ne demandent jamais d'expertises (Yvelines). D'autres commissions font appel à des psychiatres, des psychologues (pour déterminer les trois quotients intellectuels) ou à des ophtalmologistes. La règle générale observée partout est de ne prescrire ces expertises extérieures que de façon parcimonieuse.

- Dans le Val d'Oise les dossiers médicaux de la Commission Départementale de l'Education Spéciale (CDES) sont inclus dans celui que la COTOREP constitue lorsque le handicapé atteint l'âge de vingt ans. Les relations entre les deux commissions ne sont pas partout aussi faciles et certains dossiers portent des doubles de courriers de demandes de renseignements à la CDES émanant de la COTOREP qui sont restés sans réponse.

- Dans l'ensemble, l'étude de ces mille dossiers montre que le guide-barème est correctement appliqué et de façon relativement harmonieuse dans les neuf départements visités. Les taux d'incapacité sont fixés avec rigueur. Les durées d'attribution du taux sont courtes (de l'ordre de deux ans) pour les affections évolutives ou les handicaps non consolidés.

- Les taux ne sont fixés que lorsque le médecin de la COTOREP dispose des informations nécessaires. Lorsque le certificat du médecin traitant est insuffisamment complet ou paraît ambigu le demandeur est convoqué devant un médecin de la commission ou un expert. Il est apparu au médecin de la mission d'inspection générale que sur les mille dossiers étudiés, seules cinq taux d'incapacité ont été proposés à partir de l'examen d'un dossier médical qui pouvait paraître sommaire. Il faut préciser que, dans ces cinq cas, le risque était aussi bien de surévaluer le handicap



que de le sous-évaluer. En outre, il n'est pas exclu que pour deux de ces cinq cas, le médecin de la COTOREP ait bénéficié d'informations non écrites qui lui ont permis d'étayer sa proposition.

- Pour les handicapés présentant une déficience de l'audition, les taux d'incapacité sont fixés à partir des déficiences évaluées sans appareillage. Il n'apparaît pas qu'il ait eu de pondération par l'appréciation du handicap comme le suggère la circulaire n° 93-36-B du 23 novembre 1993. Ce constat vaut aussi bien pour les surdités des adultes survenues après l'acquisition du langage que pour les surdités congénitales.

- Les taux attribués aux personnes infectées par le VIH sont, dans l'échantillon des mille dossiers, toujours supérieurs à 50% y compris lorsque le certificat médical ne mentionne pas de signes cliniques.

- L'imprimé constituant le certificat médical utilisé dans huit départements visités est le modèle CERFA n°61-2280. En revanche, dans le département du Nord, un certificat médical a été conçu par la DDASS et permet d'obtenir un degré de précision supérieur au document CERFA. Ce document, utilisé par les COTOREP de Lille et Valenciennes, comporte 16 rubriques dont les treize premières traitent des déficiences par fonction (déficience de la fonction cardio-vasculaire ; déficiences de la fonction neuro-musculaire etc....). La quatorzième rubrique traite des thérapeutiques et de leur tolérance. La quinzième traite des possibilités de réadaptation et de rééducation. La seizième rubrique, dont il est précisé au médecin traitant qu'elle doit être remplie en totalité, décrit avec une précision considérable le degré d'autonomie du handicapé. Le médecin doit ainsi cocher 30 items avec 4 possibilités de réponses :

- . acte que l'intéressé peut faire seul (normalement)
- . acte que l'intéressé peut faire seul mais difficilement
- . acte que l'intéressé ne peut faire qu'avec une aide nécessaire
- . acte impossible

Ce certificat est correctement rempli par les médecins traitants dans le département du Nord et facilite le travail des médecins de la COTOREP.

- Sur un plan général, et dans tous les départements visités, la rédaction par les médecins traitants des documents médicaux paraît satisfaisante dans 95% des cas. Les examens cliniques des médecins des COTOREP ou des experts confirment presque toujours les descriptions des médecins traitants (éventuellement en les précisant). Les certificats qui pourraient être qualifiés de complaisance sont d'une extrême rareté dans les départements visités.

- Les déficiences **ayant constitué le motif principal** de la demande d'AAH des mille dossiers étudiés ont été répertoriées et ventilées en pourcentages en fonction des rubriques de l'imprimé CERFA n°61-2290 :

Déficiences intellectuelles ou troubles du psychisme ou du comportement :	42%
Déficiences liées à l'épilepsie :	1%
Déficiences de l'audition :	2%
Déficiences du langage et de la parole :	0%
Déficiences de la vision :	2%
Déficiences de la fonction cardio-respiratoire :	7%
Déficiences de la fonction et de la sphère digestive :	8%
Déficiences de la fonction urinaire :	1%
Déficiences métaboliques et enzymatiques :	5 %
Déficiences du système immunitaire et hématopoïétique :	3%
Déficiences motrices et de l'appareil locomoteur :	24%
Déficiences esthétiques :	5%

Pour le classement des déficiences, il faut noter que les séquelles de cancer du sein ont été comptabilisées dans la rubrique "Déficiences esthétiques"; les maladies neurologiques ou rhumatologiques ont été comptabilisées dans la rubrique "Déficiences motrices et de l'appareil locomoteur".

La moitié des déficiences motrices et de l'appareil locomoteur sont constituées par les pathologies lombaires discales.

- Un des départements visités, le Tarn et Garonne, présente une particularité que la mission d'inspection générale doit mentionner. Il s'agit d'un département dont la deuxième section de la COTOREP n'a pu bénéficier avant 1997 d'une prestation médicale de qualité. Un nouveau médecin coordonnateur y est en poste depuis juillet 1997 et le fonctionnement médical de cette COTOREP est actuellement satisfaisant. En revanche, l'étude des dossiers dont la date de décision est antérieure à juillet 1997 met en évidence certaines anomalies pour partie liées à l'absence d'examen médicaux par l'ancien médecin coordonnateur :

. taux d'incapacité fixés à plus de 80% au vu de certificats médicaux incomplets

. taux d'incapacité fixés pour cinq ans pour des affections non consolidées ou avant des interventions chirurgicales dont le bénéfice était pourtant prévisible

. des dossiers suspects (en raison de leurs incohérences) ont fait l'objet d'une décision d'attribution au terme d'un simple examen sur pièces sans contrôle clinique de l'intéressé.

. dans certains dossiers, une discordance entre la description du handicap et le taux d'incapacité attribué peut être noté

Ces dossiers de renouvellement ont fait l'objet d'une décision de refus en 1998 qui constitue la reconnaissance implicite d'un certain laxisme antérieur et d'un redressement de la situation

En conclusion, l'étude de cet échantillon de mille dossiers confirme la diversité des procédures d'instruction des dossiers médicaux d'un département à l'autre.

Elle permet, malgré le cas ponctuel du Tarn et Garonne évoqué ci dessus, de retrouver une certaine forme de cohérence dans les décisions de taux d'incapacité qui résulte d'une interprétation harmonieuse du guide-barème par les médecins des COTOREP visitées.

Les critères qui sont utilisés pour les décisions d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés au titre de l'article L 821-2 semblent faire l'objet de pratiques moins harmonisées d'un département à l'autre. Il faut, néanmoins, noter que certaines préoccupations se retrouvent dans les différents départements visités comme, par exemple, une certaine prudence dans l'attribution de cet avantage à des personnes jeunes afin de privilégier, pour cette catégorie de handicapés, la recherche d'une insertion professionnelle.

## **2.5. La faible coordination d'ensemble entre COTOREP et organismes de sécurité sociale**

Qu'il s'agisse des relations entre COTOREP et organismes de sécurité sociale, ou qu'il s'agisse des relations entre CAF et CPAM, le cloisonnement est généralement la règle.

Cette insuffisante coordination s'observe sur trois points essentiels :

### *2 5.1. L'échange d'informations entre CAF et COTOREP sur les bénéficiaires réels de l'AAH*

Conformément aux directives ministérielles, les COTOREP ne procèdent qu'à l'instruction médicale, et non administrative, du dossier des demandeurs. Ce n'est qu'après notification de la décision d'attribution aux intéressés que le dossier est transmis à la caisse d'allocations familiales du ressort qui vérifie alors si les conditions administratives et de ressources sont réunies, et permettent la liquidation de la prestation. Un certain nombre de personnes handicapées se voit donc successivement notifier, dans un laps de temps court, une décision d'attribution de l'AAH par la COTOREP, puis de refus par la caisse d'allocations familiales.

Les COTOREP, dans leur grande majorité, se déclarent non intéressées par la communication de la liste des bénéficiaires auxquels l'AAH n'est pas servie en raison du niveau de leurs ressources. Cela les conduit, au terme de la période d'attribution qu'elles ont retenue, à adresser un courrier invitant ces derniers, qui n'ont pu recevoir l'allocation en dépit de la décision de la COTOREP, à renouveler leur demande.

Pour la cohérence de l'information donnée aux demandeurs, et afin de ne pas susciter chez eux de faux espoirs, il serait opportun que ne soit délivrée qu'une seule notification de décision, en fin d'instruction du dossier par la CAF.

### *2.5.2. La comparaison entre bénéficiaires d'une pension d'invalidité et bénéficiaires de l'AAH*

Dans le même esprit, on peut regretter le manque de coordination constaté, dans un grand nombre de cas, entre la caisse primaire et la caisse d'allocations familiales, la première ne communiquant pas à la seconde les informations relatives aux titulaires d'une pension d'invalidité, qui permettraient d'améliorer la qualité des contrôles.

### *2.5.3. La participation des médecins conseils de la sécurité sociale aux délibérations relatives à l'attribution de l'AAH*

Les médecins conseils de la sécurité sociale, dont la participation aux travaux de la deuxième section est prévue par les textes, n'y siègent pratiquement plus. Cela achève d'ôter aux délibérations de cette section le caractère collégial que les textes leur conféraient à l'origine

## **2.6. L'absence d'une jurisprudence claire**

Indice supplémentaire de la pression de la demande, les recours contre les décisions des COTOREP, portés devant les tribunaux du contentieux de l'invalidité (T.C.I.), puis, en appel, devant la CNITAT, sont en croissance régulière, de l'ordre de 25 % entre 1993 et 1997. Le contentieux du handicap relatif à la loi du 30 juin 1975 a vu dans toutes les régions sa part dans l'activité des TCI sensiblement augmenter (exemples : de 41,3 % en 1991 à 53,1 % en 1997 en Rhône-Alpes, de 46 % en 1992 à 57 % en Haute-Normandie).

Les recours en matière d'AAH touchent une part importante des décisions de rejet des COTOREP (28 % dans le Loiret), et sont en constant accroissement (plus de 63 % d'augmentation au cours des cinq dernières années en Haute-Normandie).

Le nombre de décisions de refus des COTOREP faisant l'objet d'une révision favorable au requérant n'est pas négligeable (31 % en Midi-Pyrénées, 20 % dans le Nord-Pas-de Calais, 21,7 % en Haute-Normandie, 23 % en Rhône-Alpes).

Au total, le contentieux de l'AAH apparaît comme une voie de rattrapage sérieuse pour les "recalés" des COTOREP, dont l'impact sur l'évolution des dépenses d'AAH au plan national n'est pas à mésestimer. Et ce d'autant plus que s'ajoute à ces recours une possibilité d'appel devant la cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'Assurance des accidents du travail (CNITAT). Le contentieux de l'AAH représente la quasi totalité des appels examinés par la CNITAT, dont le nombre annuel total des décisions est en moyenne, depuis 1990, de 1881, avec un taux d'infirmité des décisions des tribunaux du contentieux de l'invalidité (cf. tableau et carte), oscillant depuis 1990 entre 17 % (1992) et 12,5 % (1997).

Cette évolution n'est pas sans susciter un certain nombre de questions relatives à l'organisation et aux conditions d'accès à ce contentieux. Dans cet esprit, trois observations méritent d'être faites :

- les recours sont sans aucun frais ni risque à la charge du requérant, ce qui ne peut que contribuer à gonfler le flux des recours, dont le taux de rejet global montre malgré tout qu'ils sont bien souvent infondés ;

- les recours dont TCI et CNITAT ont à connaître ne sont que ceux formés contre les décisions de rejet des COTOREP ; le contentieux ne peut ainsi aboutir qu'à rectifier à la hausse le nombre de bénéficiaires. Il ne serait pas illégitime que des recours puissent également être formés par la DDASS contre certaines décisions qu'elle jugerait infondées (un accord émis par la section contre l'avis du médecin rapporteur, ou, de manière plus réaliste sans doute, une infirmité par le TCI d'une décision de rejet) ;

- les décisions des TCI, comme de la CNITAT, dont les énoncés sont en général purement formels, ne permettent pas, à travers un exposé des motifs explicite, de réunir un corps de jurisprudence.

Selon le président de la CNITAT, interrogé sur ce point, la majorité des cas que traite la CNITAT donnerait lieu à des décisions d'espèce et non de principe. C'est pour cette raison que la CNITAT, par ailleurs confrontée à un manque criant de moyens, n'établirait pas de recueil de jurisprudence. Cependant, semblent se dessiner petit à petit quelques tendances jurisprudentielles, que ni les TCI, ni les COTOREP ne sont malheureusement à même de prendre en compte :

- la cour semble considérer que l'article L.821-2 peut être compatible avec un emploi adapté, tel qu'un CES adapté par un maire, ou être accordé à un travailleur reconnu travailleur handicapé et orienté vers un poste en atelier protégé qu'il ne peut occuper, faute de place (d. A 3702HA du 5.3.96) ;

- la cour admet le bénéfice de l'article L.821-2 à un malade dont l'état n'est pas stabilisé, mais que cet état met dans l'incapacité de se procurer un emploi (d. B 4493HA du 16.1.96);

- en matière d'âge, la cour évite d'admettre à l'AAH au titre de L821-2 des jeunes de moins de trente ans, pour éviter une installation dans l'assistance, avant que la preuve n'ait été apportée de l'impossibilité de se procurer un emploi (d. 94 524 du 16.11.95);

- un taux de 80 % accordé avant 1994 peut ne pas être renouvelé en cas d'amélioration de l'état de la personne, mais l'absence d'amélioration doit conduire au maintien (A 4255HA et A 3618HA du 16.1.96) ;

- l'attribution d'une pension d'invalidité de 2ème catégorie par une caisse primaire est sans portée sur l'appréciation d'une COTOREP sur la capacité à se procurer un emploi, même si l'article L.341-4 du code de la sécurité sociale s'applique aux personnes absolument incapables d'exercer une profession quelconque (C.CASS Mme ROUPPERT 11.7. 96).

## **Deuxième partie : III. Diagnostic général**

Le constat qui précède fait apparaître la complexité de la situation, qui se caractérise en outre par les traits suivants :

### **3.1 Une évolution déterminée par le jeu combiné des aspects sanitaires et de ressources**

Paradoxalement mal connue dans ses causes et ses composantes, complexe à appréhender en dynamique, l'évolution constatée du nombre de bénéficiaires de l'AAH (accroissement d'un tiers en dix ans) n'est pas uniquement fonction des décisions prises par les COTOREP : elle résulte du jeu combiné de variables multiples, les unes de caractère médical, les autres de nature socio-économique.

*3.1.1. Les variables médicales* concernent pour l'essentiel la réponse (octroi de l'AAH ou rejet) apportée par les COTOREP aux demandes qui leur parviennent, et dont elles ne contrôlent pas le volume (à la notable exception des demandes de renouvellement, qui sont évidemment fonction de la durée pour laquelle le bénéficiaire de l'AAH a été auparavant accordé à chaque demandeur : plus ces durées sont brèves, plus le rythme des demandes de renouvellement est rapide, et donc plus leur nombre est important; mais, pour un attributaire déjà entré dans le «stock», l'échéance de renouvellement ne peut être qu'une opportunité de décider de sa sortie, de sorte que l'accroissement des demandes de renouvellement joue en sens inverse de celui des 1ères demandes : alors que celui-ci est potentiellement facteur d'augmentation du nombre de bénéficiaires, celui-là est plutôt facteur de réduction. Cet effet inversé justifie que, dans les analyses faites, les 1ères demandes et les demandes de renouvellement soient clairement distinguées).

Dans la réponse de la COTOREP, l'élément d'appréciation est essentiellement médical et, plus exactement, est le fait d'un médecin tranchant sur un dossier. Sous cet angle, on peut noter que les médecins vacataires des COTOREP, qui ont à traiter une masse de demandes et non des cas isolés, sont très largement conduits à se reposer sur les dossiers fournis par leurs collègues médecins traitants, les certificats qu'ils produisent, et la précision de leurs commentaires ou de leurs protocoles thérapeutiques. Selon certains médecins de COTOREP rencontrés par la mission, un dossier correctement renseigné par le praticien traitant permet de statuer sur pièces en quelques minutes, sans avoir besoin de voir le patient. A contrario un dossier flou nécessitera des demandes de précisions, et pourra être un facteur déclenchant de visite clinique ou de demande d'expertise médicale. Ce type d'approche est assez naturel, compte-tenu des contraintes de l'exercice. Il repose néanmoins sur une confiance totale envers les médecins traitants. Ce point mérite d'être souligné.

Bien que l'essentiel des décisions soient ainsi prises, sous la responsabilité des médecins de COTOREP, et simplement validées en réunions de section (généralement sous forme d'adoption de listes, comme indiqué supra), le jeu de la réunion collégiale peut, à la marge, permettre d'évoquer certains dossiers jugés incertains quant aux conditions pratiques d'exercice d'une activité professionnelle, et laisser ainsi d'autres approches que médicales s'exprimer. Par ailleurs, les possibilités d'appel des décisions négatives ouvertes aux demandeurs auprès des TCI conduisent, dans environ un cas de recours sur cinq, à réformer le rejet et accorder l'AAH, de sorte qu'un certain nombre d'entrées, non négligeable, se font contre l'avis médical des COTOREP.

*3.1.2. Les données sur les ressources des demandeurs* sont (outre un élément explicatif fort de la poussée de la demande comme souligné infra), un crible par lequel sont supposées passer les réponses positives des COTOREP (ou des TCI) pour rendre effectif le droit à percevoir l'AAH. A cet égard, le fait que les règles de détermination du plafond de ressources pour l'AAH soient plus favorables au demandeur que pour d'autres minima sociaux (prise en considération du seul revenu imposable, à l'exclusion des allocations familiales ou de l'allocation logement) créé, pour cette allocation, un espace de pertinence élargi par rapport aux autres ; et le fait que, contrairement à d'autres allocations, l'AAH ne soit pas récupérable sur successions lui confère un attrait supplémentaire. Ces deux éléments ne sont pas neutres au regard de l'évolution du nombre des bénéficiaires.

Le jeu par lequel l'évolution des ressources influe sur les allocataires est lui-même complexe pour les personnes ayant reçu un accord de la COTOREP, mais écartées pour excès de ressources par la CAF, une baisse ultérieure des revenus pris en compte pour le calcul du plafond peut, selon son ampleur, entraîner le bénéfice de l'AAH, soit à taux plein, soit sous forme différentielle. A l'inverse, un surcroît de ressources peut faire basculer en allocataires différentiels des allocataires à taux plein (c'est même le cas général pour les personnes atteignant l'âge de faire valoir un avantage vieillesse, si celui-ci reste au voisinage du minimum), ou, si ce revenu est conséquent, les faire sortir du champ de l'allocation. Mutatis mutandis, les modifications de situation familiale, qui modifient le plafond, jouent de manière analogue, et viennent, selon leur nature, amplifier ou, au contraire, atténuer ces mouvements.

Au total, faute d'une enquête précise, l'analyse des variations du nombre d'allocataires des deux types selon les évolutions de leurs revenus ou de leur situation de famille ne peut être conduite : on ne peut que constater les évolutions globales du nombre d'allocataires à taux plein et taux variable, qui montrent, pour les années récentes, une progression de la proportion de ceux qui perçoivent le « taux plein » (passée de 59,2 à 60,5 du total entre 1993 et 1997), laquelle explique en partie que la croissance des dépenses totales d'AAH soit plus forte que ce



qui résulterait de la simple prise en compte de l'augmentation du nombre d'allocataires et du relèvement du montant unitaire de l'allocation.

On peut d'ailleurs souligner ici que l'existence d'un « stock » d'allocataires « différentiels » important (près de 40% des allocataires totaux) joue lui aussi dans le sens d'une amplification de la dépense globale lors du relèvement du niveau de l'allocation : en effet, sous réserve que le plafond de ressources soit relevé parallèlement, l'augmentation unitaire en francs est alors pleinement répercutée aux allocataires percevant une AAH différentielle, mais, rapportée à une allocation minorée, elle en représente un pourcentage pouvant être nettement plus important.

De plus, la réalité du contrôle reste très relative.

Depuis 1996, le fichier des allocataires de l'AAH est croisé annuellement avec le fichier de déclarations de revenus de la DGI (sauf à Paris et dans les départements limitrophes, pour des raisons informatiques). Mais les enseignements qui en sont tirés sont limités et ne couvrent que la moitié environ des allocataires, ceux qui sont « reconnus » dans le fichier fiscal. Et pour ceux-ci, le constat le plus fréquent est qu'ils ont à tort déclaré au fisc le revenu que constitue l'AAH, laquelle n'est pas imposable. Toutefois, en 1997 (contrôle des revenus de 1996), l'opération a permis de déceler environ 5700 indus, soit environ 1% des allocataires, mais pour un montant global de 31 MF seulement, soit moins de 0,1% des versements d'AAH.

Selon les CAF, un cumul de RMI et d'AAH au sein de la même Caisse ne serait pas possible, mais rien ne l'empêche entre caisses distinctes (seul le contrôle du RMI est effectif au niveau national).

L'information relative aux bénéficiaires de pensions d'invalidité n'est pas partout transmise par la C.P.A.M. à la C.A.F et, lorsqu'elle l'est, ne fait pas systématiquement l'objet des recoupements souhaitables.

Les contrôles de déclarations par appel des avis d'imposition restent peu nombreux (mais leur intérêt, compte tenu du recoupement des fichiers, n'est pas évident).

Dans ces conditions, la déclaration sur l'honneur figurant dans le formulaire de demande d'AAH reste la forme essentielle de contrôle opéré par les CAF sur la condition de ressources.

### **3.2. Une ambiguïté sur les conséquences du handicap qui explique aussi la pression de la demande**

#### *3.2.1. La relativité de la notion de handicap*

Selon les textes, si le taux d'incapacité permanente reconnu par la COTOREP est égal ou supérieur à 80%, l'allocation est de droit (sous réserve des conditions de ressources). Si le taux est compris entre 50% et 79%, une condition supplémentaire doit être satisfaite : la personne doit être, « compte tenu de son handicap, dans l'impossibilité (reconnue par la COTOREP) de se procurer un emploi ».

a) Cette dualité souligne l'importance de la limite que constitue la reconnaissance d'un taux d'au moins 80%. Si, dans la plupart des cas, la nature du handicap et des déficiences associées permettent de situer d'emblée le demandeur dans cette catégorie, il reste qu'il existe une marge d'appréciation entre le haut de la plage 50-79% et le bas de la plage 80% et plus. Le guide-barème appliqué depuis 1994 n'est pas d'une précision telle à cet égard qu'il soit nécessairement interprété de la même manière par deux praticiens placés devant un même cas qui se situerait à la limite. Toutefois, la portée pratique des divergences d'interprétation sur ce point est extrêmement faible : on peut penser en effet qu'une personne se situant sur la frange supérieure de la plage 50 à 79% connaît un handicap dont les conséquences, en termes de déficiences, sont assez lourdes pour que la condition relative à l'impossibilité de se procurer un emploi soit satisfaite. Dans ces conditions, le fait que l'attribution de l'AAH soit donnée au titre du « L 821-1 ou « L 821-2 » ne change rien en pratique (tout au plus peut-on penser que le renouvellement d'un « L 821-1 » sera par la suite plus systématique que celui d'un « L 821-2 »).

b) La situation est évidemment toute différente à la marge inférieure de la plage 50-79% : selon que le taux reconnu par la COTOREP sera inférieur ou égal à 50%, le demandeur sera débouté ou éventuellement admis au bénéfice de l'AAH, précisément s'il est, « compte-tenu de son handicap dans l'impossibilité de se procurer un emploi ». La pertinence de l'appréciation du seuil de 50% renvoie au guide-barème (point évoqué supra), mais, dans la plage 50-79%, la condition relative à l'emploi est le point délicat sur lequel doit statuer la COTOREP.

Or la possibilité ou l'impossibilité de se procurer un emploi sont des réalités qui ne dépendent pas d'une approche dans l'absolu des déficiences causées par un handicap, et c'est bien là que réside le fond du problème et l'ambiguïté des textes.

S'agit-il d'un emploi quelconque, ou d'un emploi précis dans la ligne des activités antérieures de l'intéressé ? S'agit-il d'un emploi tenant compte de ses éventuelles qualifications ou d'un passé professionnel ? S'agit-il, enfin, d'un emploi théorique (c'est à dire de la capacité intrinsèque à travailler) ou d'un emploi réel, qui prend nécessairement en compte l'état du marché du travail et donc la faculté de choix des employeurs ?

Selon la réponse apportée à ces questions, le jugement de la COTOREP sur un cas particulier peut être éminemment variable. Telle personne peut être jugée apte, dans l'absolu, à effectuer certaines tâches, sans avoir pour autant des chances réelles d'être embauchée. Il ne s'agit pas ici de considérations portant sur la difficulté générale d'embauche en raison du niveau du chômage, qui est réelle pour tout demandeur d'emploi, même en parfaite santé, mais de la conscience du fait que, sur le marché du travail caractérisé par l'abondance des demandeurs, une personne ayant des déficiences, même légères, risque fort, du fait précisément de ce handicap, d'être disqualifiée et écartée.

On peut ajouter que l'état du marché du travail entraîne aussi une sélection des demandeurs par la force de leur motivation : il ne suffit plus de se présenter en demandeur d'emploi, il faut convaincre l'employeur que l'on est, plus que d'autres, la personne idéale pour l'emploi proposé, non seulement la plus compétente, mais aussi la plus motivée : une démarche qui n'est pas en adéquation avec la psychologie de nombreux demandeurs d'AAH, qui souffrent précisément de troubles psychiques caractérisés, entre autres, par la perte de confiance en eux-mêmes.

On peut enfin, et surtout, constater le caractère évolutif de la notion d'aptitude à l'emploi dans notre société. Il ne s'agit plus tant de savoir accomplir certains actes professionnels simples et répétitifs (les machines généralement s'en chargent), que de pouvoir faire preuve de capacité d'adaptation à un environnement de travail et un contenu de travail évolutif, d'intégration dans un monde régi par la compétitivité et la performance. En bref, pour un emploi donné, les « requis » s'accroissent par rapport aux exigences du passé. Si, pour certaines personnes handicapées physiquement mais qualifiées, cette évolution, étayée par le recours à l'informatique, peut ouvrir de nouvelles opportunités, elle constitue un barrage de plus en plus sérieux à l'emploi pour tous ceux qui souffrent d'un retard mental même léger, de difficultés psychiques, ou plus simplement qui ajoutent à leur handicap la faiblesse de leur qualification.

La réalité de cette évolution des emplois est illustrée par la difficulté avec laquelle les entreprises s'acquittent de leur obligation quant aux « emplois réservés ». Bien que prévus par la loi, beaucoup ne voient pas le jour, les entreprises préférant acquitter une taxe compensatrice : alors que le contingent légal est de 6%, la moyenne de postes implantés dans les entreprises concernées (plus de 20 salariés) est de l'ordre de 4% de leurs emplois, et le

chiffre tombe à 2,6% à Paris. Corrélativement, le nombre de travailleurs reconnus handicapés au chômage, bénéficiant de la couverture ASSEDIC, (et éventuellement d'une AAH différentielle) s'accroît beaucoup plus rapidement que celui des demandeurs d'emploi : il est passé de 55 000 à 135 000 de 1990 à 1996.

Dans une économie de plus en plus ouverte, nulle entreprise n'estime pouvoir rester durablement à l'écart de ce mouvement, qui traduit la recherche de la compétitivité : même les CAT en viennent, selon certains interlocuteurs de la mission, à retenir, alors qu'ils pourraient les faire évoluer vers le milieu protégé, voire un travail ordinaire, les personnes handicapées jugées les plus aptes et les plus productives, à la fois parce que leurs travaux les plus simples tendent à disparaître avec leur propre modernisation, et parce qu'ils se soucient aussi de la qualité et de l'écoulement de leur production (même si leur finalité est ailleurs). Si elle était confirmée, cette dérive serait d'autant plus préoccupante que, les places en CAT étant limitées, le maintien dans ces centres de personnes qui n'en relèvent pas empêcheraient ceux pour lesquels l'institution a été conçue d'y accéder.

Ces considérations visent à expliquer le caractère mouvant et difficilement saisissable d'une notion simple en apparence : la capacité « à se procurer un emploi ». Le fait est que les COTOREP (en pratique les médecins qui examinent les demandes) doivent en juger, non *in abstracto*, mais sur des cas précis, et sont conduites, sans laxisme particulier, à supputer, compte tenu de l'âge et des compétences des demandeurs, si leurs déficiences sont ou non un obstacle rédhibitoire à leur possibilité concrète d'embauche.

Dans ces conditions, il est compréhensible que, dans des cas où la réponse aurait pu être positive (pour l'emploi) il y a une dizaine d'années, le jugement soit aujourd'hui négatif, tout en demeurant réaliste et sans avoir besoin de noircir le trait.

Il est également compréhensible que, confrontés à ces questions et en fonction des références qu'ils retiennent pour en juger, un écart d'appréciation entre les COTOREP sur des cas similaires puisse exister (et être ainsi un élément explicatif des différenciations départementales dans la « facilité » d'accès à l'AAH), sans que les uns aient conscience d'être trop stricts ni les autres trop libéraux.

A cet égard, la circulaire n° 49 SS du 9 mai 1978 ne constitue pas une aide à la décision des COTOREP. En effet ce texte, rédigé à une époque où l'impossibilité (du fait du handicap) de « se procurer un emploi » était une notion très voisine de celle de « travailler », est devenu inapplicable de fait depuis que ces deux concepts ont profondément divergé.

Plus précisément, en disposant que « l'impossibilité dans laquelle se trouve cette personne de se procurer un emploi doit être due exclusivement à son handicap » et qu'en conséquence ne peuvent prétendre à l'application de l'article L 821-2 les personnes qui « bien qu'atteintes d'une incapacité permanente, ne peuvent trouver un emploi pour des raisons extérieures à leur handicap, tenant notamment à la situation du marché de l'emploi ou à une qualification professionnelle insuffisante et non liée à leur handicap », de même que celles « dont la difficulté à trouver un emploi provient d'une situation d'inadaptation sociale et non d'une incapacité permanente ... », la circulaire suppose que la dissociation soit opérable entre les effets du handicap et ceux des autres aspects de la personnalité du demandeur d'emploi (âge, formation, expérience, faculté d'intégration dans le monde du travail, ..). En pratique, l'obstacle à l'emploi vient de la combinaison de l'ensemble de ces facteurs, sans qu'il soit possible de déterminer lequel est prépondérant et disqualifie le demandeur dans la compétition pour l'accès à l'emploi, et détermine, in fine, « l'impossibilité de se procurer un emploi ».

Confrontées à chaque cas réel de demande d'AAH, les COTOREP ont, de manière explicite ou implicite, à juger de sa recevabilité au titre de l'article L 821-2 en adoptant en pratique l'une des quatre approches suivantes possibles :

-juger, compte tenu de son handicap, de la capacité d'un demandeur à tenir un emploi, indépendamment de la difficulté concrète à se le procurer, c'est-à-dire juger de son aptitude à travailler dans l'absolu ;

-estimer s'il y a maintien, malgré le handicap, de l'aptitude au travail dans l'activité professionnelle antérieure à son apparition (notion proche de celle de l'assurance-invalidité, qui se réfère au maintien des 2/3 de la capacité de gain), toujours sans préjuger de la difficulté concrète qu'aura le demandeur à se procurer l'emploi ;

-apprécier si le handicap constitue, compte tenu du contexte (marché de l'emploi, et âge du demandeur), un obstacle à la possibilité de la personne de se procurer un emploi dans son activité professionnelle antérieure ;

-mesurer si le handicap constitue, compte tenu du contexte (marché de l'emploi, âge, qualification de base du demandeur), un obstacle à la possibilité de la personne de trouver un emploi dans un domaine quelconque (éventuellement après formation et réorientation).

Devant le caractère trop général du texte de l'article L 821-2, et le caractère inopérant par irréalisme de la circulaire de 1978, les COTOREP sont conduites à se positionner de manière autonome et fluctuante face à cette problématique.

**Opérer un choix clair entre ces approches, et le traduire dans une nouvelle circulaire, est devenu aujourd'hui pour les pouvoirs publics un impératif pour assurer une unité de doctrine des COTOREP et pouvoir circonscrire l'attribution de l'AAH au titre de l'article 35-2 à une population de demandeurs bien caractérisée.**

Selon l'option qui sera prise sur ce point, la nature de l'AAH est susceptible de changer profondément. En effet, si on se situe plutôt vers une définition mettant en relation le handicap et l'état du marché du travail, l'AAH devient plutôt une allocation de subsistance : dans ces conditions, le fort écart entre l'AAH et le R.M.I. ne saurait se justifier. Si on se situe plutôt vers une définition se rapportant à l'individu *in abstracto*, l'AAH se rapproche plus d'une allocation couvrant des surcoûts pour les handicapés modestes et peut avoir un montant différent du R.M.I..

### *3.2.2 Ce système peu piloté, hétéroclite dans le processus de décision, ne peut en outre s'appuyer sur une jurisprudence claire*

La résorption volontariste du stock d'instances non traitées peut expliquer aussi, dans certaines COTOREP, la progression rapide du nombre de bénéficiaires de la période récente, d'une part, arithmétiquement, parce qu'elle suppose des décisions annuelles portant sur un plus grand nombre de cas que les demandes reçues chaque année (ainsi la COTOREP du Rhône a pris 7250 décisions en 1997, pour 6400 demandes déposées), d'autre part parce qu'on ne peut écarter qu'un examen plus rapide des dossiers aux fins de rattrapage ait pu conduire à ne pas approfondir des investigations susceptibles de justifier un refus.

Malgré ce rattrapage, les COTOREP restent confrontées, pour la plupart d'entre elles, à la difficulté d'opérer un traitement de masse, dont les enjeux financiers sont extrêmement élevés, mais qui requiert aussi une approche individualisée de chaque demande, avec un personnel administratif de niveau modeste (essentiellement des agents de catégorie C), mis à disposition par les DDTEFP et les DDASS en fonction des contraintes globales de chacun de ces services et non de l'optimisation des moyens humains des COTOREP elles-mêmes, et avec un encadrement plutôt faible.

Sachant que l'implication directe des DDASS dans le pilotage de la 2<sup>ème</sup> section est variable, mais souvent lointaine (parce que les COTOREP sont formellement rattachées au DDTEFP, lesquels se sentent surtout concernés par le fonctionnement de la 1<sup>ère</sup> section, et parce que le secrétaire de la COTOREP, responsable de l'ensemble, est issu de la DDTEFP), le processus d'attribution de l'AAH repose, avec des pratiques très hétérogènes selon les COTOREP, sur une organisation locale (circuit administratif, composition de l'équipe technique, fréquence des réunions de section, convocation ou non des demandeurs, manière de produire les décisions) quelque peu « autopilotée », en fonction de la personnalité du secrétaire, et de l'adaptation des travaux à accomplir aux moyens humains et financiers dont il dispose. Le résultat n'est pas forcément critiquable, mais on peut douter que l'organisation et les moyens soient bien proportionnés aux enjeux.

Par ailleurs, la césure dans l'examen des dossiers entre la COTOREP, qui ne s'intéresse qu'au handicap et à ses conséquences professionnelles, et la CAF (ou la MSA), qui vérifie les droits en fonction de la situation familiale et des ressources, puis liquide et paie l'AAH, contribue à l'éclatement du pilotage du processus d'attribution de l'allocation.

En pratique, les COTOREP sont conduites à instruire jusqu'à leur terme des dossiers non recevables au regard des conditions de ressources, de sorte que toutes les décisions d'attribution ne se traduisent pas par l'entrée dans le dispositif d'un nouveau bénéficiaire (ce qui ne simplifie pas la cohérence d'approche statistique selon que les données sont fournies par les CAF ou les COTOREP, ou, au niveau central, par la CNAF ou le SESI). Si les CAF informent bien les COTOREP des décisions de rejet, il ne semble pas que celles-ci en prennent note, et, en réalité, elles ne se sentent pas concernées par cet aspect du dossier.

Enfin, les COTOREP ne peuvent prendre appui sur une jurisprudence claire :

Il n'y a pas de système de jurisprudence organisée : Alors qu'existe dans chaque région un TCI (tribunal du contentieux de l'invalidité), et, au plan national une Cour Nationale, qui constituent ensemble un double degré d'appel des décisions des COTOREP, notamment sur

les décisions d'AAH, aucune jurisprudence, nationale ou régionale, ne vient orienter ni éclairer les décisions à prendre concernant cette allocation.

Ce n'est pas faute que ces juridictions aient à statuer sur ce sujet : bien au contraire, le contentieux est conséquent, et il est même en expansion rapide (par exemple, pour la COTOREP du Rhône, le nombre de recours sur l'AAH a progressé de 50% entre 1990 et 1995).

Le taux de réforme des décisions de rejet prises par les COTOREP est significatif, de l'ordre de 15% des recours, et, s'il s'inscrit en baisse ces dernières années, c'est parce que le volume des recours s'est accru, de sorte qu'en valeur absolue le nombre de rétablissements d'AAH décidé par les TCI ne fléchit pas. On peut d'ailleurs ajouter que la Cour Nationale contribue, en réformant certaines des décisions des TCI qui confirmaient les rejets, à faire droit à de nouveaux bénéficiaires dont l'accès à l'AAH avait été doublement contesté.

Si l'on ne peut que se réjouir que le citoyen ait ainsi des recours contre des décisions à son endroit qu'il juge erronées, on peut néanmoins regretter trois lacunes :

- d'abord que ces recours soient sans aucun frais ni risque financier pour les demandeurs, ce qui contribue nécessairement à gonfler une demande dont les taux de rejets montrent qu'elle est, dans une large fraction, infondée ;

- ensuite que les recours soient uniquement « à sens unique », c'est-à-dire formés contre les seules décisions de rejet (et non, par exemple, par la DDASS contre une décision d'octroi prise sur avis défavorable du médecin de la COTOREP ou, de manière sans doute plus réaliste, contre une infirmation par le TCI d'une décision de rejet de la COTOREP), de sorte que le résultat ne peut conduire qu'à rectifier à la hausse, mais jamais à la baisse, le nombre de bénéficiaires ;

- enfin, que les décisions des TCI et de la Cour Nationale ne soient pas mises à profit pour fonder, par l'exposé des motifs, un corps de jurisprudence qui serait nécessaire pour apporter une unité de vues dans un domaine où elle ne va pas de soi. Sur ce dernier point, et bien que les décisions doivent être motivées, les énoncés, sans doute en relation avec le secret médical, sont purement formels et se bornent à rappeler sans autre précision si les conditions d'octroi de l'AAH sont ou non remplies au cas particulier.

Au delà, on peut également regretter que, dans l'ensemble, les COTOREP ne mettent pas à profit les décisions d'appel les concernant directement, puisqu'elles connaissent les cas d'espèce, pour construire et diffuser auprès de leur corps de médecins vacataires un embryon de jurisprudence qui puisse aider à assurer la coordination.



### ***3.2.3. Au total, face à la pression de la demande, on ne peut parler de laxisme généralisé, mais d'une situation non suffisamment cadrée***

#### *a) La pression de la demande*

L'accroissement du nombre de nouveaux allocataires ne vient pas d'un comportement plus « permissif » des COTOREP, mais d'une forte poussée de la demande: les « premières demandes » se sont ainsi accrues de 11,5% entre 1995 et 1997.

Un certain nombre de facteurs explicatifs de cette dynamique de la demande peuvent être avancés, l'incertitude existant sur leur ampleur, qui ne pourrait être mesurée que par des investigations particulières, mais non sur leur existence même.

Le développement de certaines affections, et en premier lieu du sida, pathologie dont l'effet invalidant est officiellement reconnu, des instructions spécifiques ayant été données en ce sens aux COTOREP. Au delà des cas de sida déclaré, qui entraîne une reconnaissance d'incapacité de 80% ouvrant droit à l'AAH sans autre condition que de ressources, les cas de séropositivité peuvent justifier, par les effets psychologiques qui peuvent s'en suivre, notamment chez des personnes déjà fragilisées par une situation de chômage, une prise en compte au titre de l'article « L 821-2 »

Le chômage, et en particulier le chômage de longue durée, a pour effet de détourner du régime de l'invalidité des personnes qui en auraient relevé si elles avaient réuni les conditions d'emploi (800 heures dans les 12 mois précédant le fait générateur, dont 200 heures dans la première période de trois mois). On peut s'interroger sur le maintien en l'état de ces conditions, notamment la seconde qui accentue, sans justification évidente, l'exclusion que le chômage entraîne du système d'indemnisation de l'invalidité, y compris de personnes ayant eu, avant de perdre leur emploi, une activité professionnelle continue.

Les populations de bénéficiaires du RMI et de l'AAH n'ont pas, globalement, le même profil (par exemple les plus de 45 ans représentent 25% des allocataires du RMI, mais 40% de ceux de l'AAH); néanmoins, le passage du RMI vers l'AAH d'une frange de demandeurs ne fait guère de doute (même si sa quantification supposerait des recherches assez lourdes dans les CAF, du fait de l'incapacité des systèmes informatiques à suivre le cheminement des allocataires entre deux prestations). Une approche, non extrapolable mais éclairante, a été fournie par la CAF de Paris, qui s'est livrée, à la demande de la mission, à une analyse d'un échantillon de 153 dossiers sélectionnés de manière aléatoire: 54 d'entre eux, soit plus du tiers, concernaient des ex-bénéficiaires du RMI pendant au moins 12 mois (les brefs passages par le RMI en attente d'une décision d'AAH ne sont en effet pas significatifs).

Plusieurs raisons peuvent expliquer ce flux du RMI vers l'AAH:

-le différentiel important de revenu que procure l'AAH par rapport au RMI crée une appétence naturelle pour cette allocation, dès lors que les conditions d'acceptabilité médicale semblent pouvoir être remplies ;

-le niveau nettement plus élevé du plafond de ressources réelles pris en compte pour l'AAH par rapport à celui retenu pour le RMI (de l'ordre d'un facteur 3, si on les évalue de manière homogène) fait qu'un exclu « par le haut » du RMI a de fortes chances de demeurer éligible à l'AAH.

-le caractère en théorie provisoire, et orienté vers la réinsertion, de la qualité de bénéficiaire du RMI (cf article 2 de la loi) rend cette allocation de plus en plus inadaptée au cas des personnes qui, en raison des effets cumulés de leur âge, de leur absence de qualification, et de leurs problèmes de santé, n'ont guère de possibilité réelle de réinsertion par le travail et sont installées dans une situation durable d'assistance.

-l'hypothèse d'une incitation des gestionnaires du RMI, confrontés à la vive croissance des bénéficiaires, à dégonfler « leurs » effectifs des cas pouvant « tenter leur chance » à l'AAH ne peut être exclue.

Par ailleurs, les effets de la montée des phénomènes d'exclusion (et de leur enchaînement, entre perte d'emploi, de revenus et de statut social) conduit par elle-même au gonflement de la demande, à la fois en faisant passer sous le plafond de ressources des personnes ou des ménages qui n'étaient écartés de l'AAH que par des revenus trop élevés (par exemple du fait du travail du conjoint) qui viennent à chuter, et en orientant vers la sollicitation de l'AAH celles et ceux qui, déjà de fait sous le plafond, n'exprimaient pas de demande faute de s'être renseignés ou d'avoir été suffisamment conseillés sur leurs droits. A cet égard, et sans bien entendu qu'on puisse le leur reprocher, l'action des travailleurs sociaux peut aussi avoir porté ses fruits.

La forte poussée des cas à composante psychiatrique dans les demandes d'AAH ne peut être dissociée de ce contexte. Selon un psychiatre interrogé par la mission, on voit se développer trois types de demandes :

-personnes ayant un retard mental léger, résultant de carences de nature socio-culturelles. Antérieurement, elles se seraient insérées en milieu professionnel par des travaux très simples. Aujourd'hui cette solution n'est plus praticable du fait de la disparition de tels emplois, et, à défaut de trouver place en milieu protégé, le recours à l'AAH est possible selon le barème (cotation dans la plage 50-79%).

-personnes développant des symptômes dépressifs, liés au doute sur elles-mêmes, à la difficulté de se valoriser au sein d'une société fondée sur le culte de la performance individuelle, et conduisant à de véritables « effondrements de la personnalité ».

-personnes ayant perdu leur emploi, fragilisés au plan psychologique, chez qui d'autres problèmes enfouis ou refoulés ressortent, et qui ayant perdu leur statut de travailleur sont à la recherche d'un statut de substitution: celui de handicapé, reconnu dans la société et posant les personnes en victimes de la vie, leur convient.

De manière plus générale, l'enchaînement de la perte d'emploi, ou de l'échec répété à l'embauche, et d'un séjour prolongé en subsistance par la perception de minima sociaux peut être, par lui-même, révélateur ou créateur de pathologies psychiques qui finissent par s'ajouter au « passif » des personnes et les mettent effectivement « hors jeu » sur le marché du travail.

L'afflux de dossiers aujourd'hui adressés aux « 1ères sections » des COTOREP peut les conduire à écarter les demandes d'orientation et de formation qui ne leur paraissent plus vraiment opérationnelles, en raison notamment de l'âge des personnes concernées (en pratique il n'y a plus d'orientation professionnelle pour les personnes dépassant 48 ans à la COTOREP de Paris) et de leur absence de formation de base, et à leur conseiller de se tourner plutôt vers une demande d'AAH.

Enfin, bien que l'effet en soit plus attendu dans l'avenir que décelable sur le passé, la condition de nationalité n'est plus, depuis les arrêts de la Cour de Justice Européenne, un barrage à l'acceptabilité et l'instruction des demandes par les COTOREP, et ne devrait plus l'être, depuis le vote de la loi sur l'immigration, à l'octroi de l'AAH par les CAF. Selon les estimations données à la mission, les demandes potentielles, s'ajoutant aux 4000 cas connus pourraient être de l'ordre de 20 000, et le coût associé de l'ordre de 600 MF (avec corrélativement une économie de 300 MF sur le RMI)

#### *b) On ne peut parler de laxisme*

Les taux de rejets tendent globalement à s'accroître : en moyenne nationale, le taux d'accord sur première demande a décliné de 59% en 1995 à 57% en 1996 et 1997 ; dans le même temps, le taux de rejets sur renouvellements est passé de 12% à 13 puis 14%.

Sans être générale, cette évolution est le fait de la plupart des départements : on n'en compte que 23 pour lesquels, sur la période 1995-97, l'indice des accords (toutes demandes confondues) ait progressé plus vite que celui des rejets. Si l'on ne considère que les « premières demandes », le nombre de départements ayant un accroissement relatif du taux d'acceptation monte à 27, les autres ayant une dynamique inverse.

L'écart très important entre les taux de rejets des premières demandes et des renouvellements (respectivement 43% et 14% en 1997) est délicat à analyser dans l'absolu : un filtre efficace à l'entrée, caractérisé par un taux de rejet fort des premières demandes, peut laisser penser que celles qui passent le cap sont justifiées, et qu'il est donc naturel que le taux de rejet ultérieur (qui, pour les COTOREP, ne peut venir que d'un jugement plus favorable sur l'état de santé du demandeur) soit faible. Dans le même sens, l'octroi de l'AAH pour des durées courtes, ce qui est une pratique louable (et qui semble appliquée, notamment, pour les cas psychiatriques concernant des personnes jeunes, que les COTOREP ne souhaitent pas « installer » dans l'AAH), peut, en accroissant le nombre de demandes de renouvellement, faire mécaniquement chuter le taux de rejets. Il reste néanmoins probable, au vu de la grande disparité de ces taux de rejet selon les départements, et, dans certains cas, de la faiblesse de leur niveau, que l'attention portée aux renouvellements ne soit pas partout aussi forte que celle portée aux premières demandes.

Malgré cette dernière remarque, l'examen, par le médecin de l'IGAS membre de la mission, d'un échantillon d'une centaine de dossiers médicaux dans chacun des départements visités, renforce considérablement le sentiment que la procédure est gérée avec sérieux : sur ce millier de dossiers étudiés, le médecin estime que le taux d'incapacité retenu était, sur la base des documents figurant aux dossiers, médicalement justifiée dans plus de 99% des cas. Dans le Tarn-et-Garonne, où un certain laxisme antérieur avait été avéré et avait, l'an dernier, conduit à la restructuration de la 2<sup>ème</sup> section, la situation est désormais apparue normale.

Par contre, il est apparu au médecin de l'IGAS plus délicat de porter un jugement, au vu des dossiers, sur la décision prise quant au critère de « l'impossibilité de se procurer un emploi » (du fait du handicap), applicable aux demandeurs dont le taux d'incapacité reconnu se situe dans la plage de 50 à 79%. Il est éclairant en soi que les dossiers soient beaucoup moins argumentés sur ce point que sur celui de la fixation du taux d'incapacité ; il l'est également que le médecin membre de la mission se soit senti moins armé pour apprécier le bien-fondé des décisions prises ou proposées par les médecins des COTOREP à cet égard : les développements qui précèdent sur ce sujet l'expliquent. Autant le barème médical se prête à une application objective (malgré ses quelques défauts qui ont été rappelés), autant la condition relative à « l'impossibilité de se procurer un emploi » s'y dérobe, faute de repères de jurisprudence, et en raison du caractère insaisissable dans l'absolu de la notion elle-même, appliquée au seules conséquences du handicap et détachée des autres aspects de la personnalité du demandeur (son âge, ses facultés d'adaptation, son niveau de formation...).

On touche ici au fond du problème : la détermination du taux d'incapacité a un caractère médical certain, et est relativement bien cadrée. Mais une fois le taux fixé, l'étape suivante, qui est décisive, change de nature : le médecin, qui reste de fait en première ligne sans être formellement compétent selon les procédures (puisque c'est à la réunion de section

de la COTOREP que revient la décision), ni vraiment armé pour en décider, n'a plus de corpus de règles à appliquer, et l'exercice d'appréciation auquel les textes le convient, pour l'application de l'article «L 821-2», n'est encadré d'aucun autre repère que sa propre pratique, au mieux celle de chaque COTOREP, autoformulée au fil des décisions prises.

Dans cette zone de flou que constitue la reconnaissance de l'« impossibilité de se procurer un emploi », il semble que la volonté de rigueur généralement subsiste, même si nul n'est vraiment capable de la définir, et donc de s'en assurer (d'où les divergences d'interprétation au regard des conditions d'acceptation au titre de l'article «L 821-2» entre les départements). Ce qui corrobore cette appréciation sur l'esprit de rigueur est le fait que le nombre de rejets pour des taux d'incapacité reconnus supérieurs ou égaux à 50% (qui permettraient donc, dans une vision « laxiste », une acceptation au titre du « L 821-2 ») est loin d'être négligeable. Sur les décisions de l'année 1997 connues en détail pour 89 COTOREP, on compte 45 715 rejets de premières demandes, dont 16 680, soit plus du tiers, concernent des demandeurs dont le taux d'incapacité reconnu est compris entre 50 et 79%. S'agissant des renouvellements, on compte 19 683 rejets, dont plus de la moitié (10 157) concernent des bénéficiaires dont le taux d'incapacité se situe dans la même plage, celle qui ouvre droit à décision positive au titre du «L 821-2», et qui étaient supposés remplir préalablement les conditions de cet article, puisque déjà allocataires.

Au total, si on ne peut exclure que certains médecins des COTOREP aient l'accord facile, ni que soient montés par certains médecins traitants des dossiers faisant place à de la complaisance, cela résulterait de cas individuels (certains ont d'ailleurs été corrigés dans les COTOREP visitées) et non d'une dérive générale du processus. Au contraire, celui-ci paraît bien maîtrisé, et assurément mieux qu'on ne pouvait le craindre compte tenu de la complexité de la matière, du caractère fuyant de la définition de l'acceptabilité, et de la faiblesse des moyens et du management en place pour traiter les dossiers.

*c) Mais la situation n'est pas suffisamment cadrée*

Malgré la bonne volonté, et même la volonté de bien faire qui anime les COTOREP visitées par la mission, le sentiment d'une insuffisance de cadrage domine.

Un exemple particulièrement significatif est l'absence de ligne claire en ce qui concerne les demandeurs âgés. Si l'on doit reconnaître qu'en l'état actuel des textes, rien n'empêche une personne dont le taux d'incapacité est d'au moins 80% de commencer ou continuer à percevoir l'AAH quel que soit son âge, la question se pose pour les demandeurs qui ont un taux reconnu se situant en-deçà : que veut dire l'incapacité de se procurer un emploi, condition de l'octroi du « L821-2 », pour une personne ayant dépassé l'âge de la retraite ? Les COTOREP visitées n'ont pas pris d'elles mêmes de dispositions de limitation par l'âge,

bien que les secrétaires et médecins aient généralement de fortes réserves personnelles sur ces cas. Le résultat est que des demandeurs d'âge très respectable peuvent encore entrer dans le dispositif, et que ceux qui y sont entrés plus tôt y demeurent : dans les faits, le basculement sur le régime vieillesse se fait sans doute, mais il laisse subsister, lorsque c'est possible, une AAH différentielle dont la rationalité, voire la légitimité, sont discutables. On peut rappeler ici que 7% des allocataires (qui représentent certes moins en montant) ont dépassé l'âge de 60 ans.

Un autre exemple concerne la manière de traiter les cas « limites », qu'il s'agisse de demandeurs que leur situation d'exclusion sociale a rendus dépressifs, et qui « parviennent » au taux de 50% par l'addition de déficiences dont aucune, prise séparément, ne serait réellement invalidante, ou des personnes (surtout féminines) qui, n'ayant jamais travaillé (en dehors de travaux domestiques qui peuvent être éprouvants) et atteignant la cinquantaine, souffrent de la conjonction de rhumatismes sérieux et d'une baisse des revenus familiaux, - du fait par exemple du chômage du conjoint -, qui leur permet de rentrer dans les conditions d'acceptabilité. Sur ces cas (et d'autres) quelques directives interprétatives ou données de jurisprudence seraient nécessaires pour endiguer des flux de demandes qui paraissent aujourd'hui recevables, et que la situation générale de notre société ne pourra, dans les années à venir, que faire gonfler.

Ces considérations renvoient à la nécessité d'une définition plus claire du handicap que celle qu'en donnent la combinaison du barème et des termes de la loi, pour mieux baliser le terrain de l'exclusion et pouvoir laisser hors champ le handicap proprement social. Il est normal que la composante « sociale » existe (un handicap est vécu au sein d'une société, et la société définit - et parfois créé - le handicap), mais jusqu'à quel point doit-elle jouer ? Faute de le préciser, il est difficile de parler de dérive, même si celle-ci existe de fait par rapport à ce que pourrait être une pratique mieux cadrée.

Enfin, pour sortir d'un mode de traitement qui apparaît artisanal face à un problème devenu industriel, des réformes peuvent être proposées. Tel est l'objet de la partie III ci-dessous.

## **TROISIEME PARTIE : PROPOSITIONS**

Si les constats dressés et le diagnostic établi par la mission d'inspection générale sont nuancés, il n'en ressort pas moins la nécessité d'importantes améliorations,

Deux voies sont, à cet égard, possibles:

- maintenir le système actuel d'attribution de l'AAH en s'efforçant de continuer à corriger ses principaux défauts par des aménagements ;
- entreprendre une réforme en profondeur instaurant de nouveaux modes de gestion dans le cadre d'une conception globale de l'appréciation du handicap de l'adulte et de la gestion des prestations en espèces qui lui sont attribuées à ce titre.

### **IV. DES AMENAGEMENTS**

Les aménagements proposés découlent des analyses des deux parties précédentes et concernent les divers aspects de l'attribution de l'AAH :

- amélioration de la connaissance des bénéficiaires de l'AAH,
- rationalisation du travail des secrétariats et des commissions,
- renforcement de la qualité médicale et professionnelle de l'appréciation du handicap,
- révision et bonne application du barème d'appréciation du handicap,
- limite d'âge à l'attribution de l'AAH,
- rééquilibrage du contentieux,
- renforcement des contrôles des CAF,
- distorsions au regard de l'allocation de logement et du complément d'AAH.

#### **4.1. Amélioration de la connaissance des bénéficiaires de l'AAH**

Les informations exploitables en ce qui concerne les demandeurs et les bénéficiaires de l'AAH sont essentiellement administratives et ne permettent pas de cerner les caractéristiques des handicaps et leur évolution éventuelle, alors même que des renseignements sur les handicaps sont détenus dans les dossiers des COTOREP.

Il paraît donc indispensable d'organiser une saisie adaptée de ces renseignements pour mieux cerner cette catégorie de la population ainsi que d'assurer un suivi des COTOREP permettant d'apprécier le respect de l'égalité d'application du barème en vigueur. Cette saisie peut se limiter à quelques codes relatifs à la pathologie du handicap: il suffirait alors d'améliorer, comme le prévoient, d'ores et déjà, des travaux en cours, **le système de codage** figurant dans le système informatique afin de le rendre opérant. La mission propose de **refondre le classement par type de pathologie selon la grille suivante**, établie à partir du handicap principal : déficiences intellectuelles, troubles du psychisme ou du comportement, déficiences liées à l'épilepsie, déficiences liées à l'audition, déficiences du langage et de la parole, déficiences de la vision, déficiences de la fonction cardio-respiratoire, déficiences de la fonction et de la sphère digestive, déficiences de la fonction urinaire, déficiences métaboliques et enzymatiques, déficiences du système immunitaire et hématopoïétique, déficiences motrices et de l'appareil locomoteur, déficiences esthétiques.

**Par ailleurs, il semble à la mission que le questionnaire utilisé pour mener une enquête statistique portant sur l'ensemble des COTOREP pourrait servir de base et de modèle en vue de l'élaboration d'un véritable tableau de bord de l'AAH.**

Il conviendra de **structurer l'organisation des données** afin de pouvoir suivre aussi bien les flux que les stocks, cela aussi bien dans les COTOREP que dans les caisses d'allocations familiales

Il semblerait, toutefois, souhaitable d'aller au-delà de ce minimum indispensable, en **informatisant la gestion médicale de l'appréciation du handicap**, à partir de supports standardisés et informatisés qui seraient les outils de travail des médecins et permettraient de dégager des données statistiques très précises au plan de la COTOREP, susceptibles d'être consolidées nationalement. Cette informatisation devrait, bien entendu, respecter les contraintes du secret médical. Elle devrait également prendre en compte l'informatisation des praticiens médicaux qui devraient pouvoir, dans un avenir à déterminer, remplir directement des formulaires informatisés transférables par télématique aux médecins des COTOREP. La combinaison des données du médecin traitant et des médecins de COTOREP apporterait dès lors une information d'une extrême richesse statistique.

Sur le plan administratif, **une connexion informatique** serait, en outre, utile entre les CAF, les caisses de MSA et les COTOREP pour bien cerner parmi les personnes s'étant vu reconnaître un droit médical à l'AAH par la COTOREP ceux qui bénéficient effectivement de l'AAH.

Enfin, les informations centralisées nationalement devront être communiquées au niveau local afin de permettre en particulier aux COTOREP de se situer et de réfléchir sur leur pratique



ainsi que sur celles des services à l'origine des demandes, notamment à partir de réunions qui pourraient être organisées par les directions régionales et par l'établissement d'un **tableau de bord** annuel assorti de commentaires sur les écarts par rapport aux moyennes qui devraient être présentés annuellement en session plénière de la COTOREP.

Des **enquêtes nationales sur les handicapés** n'en seront pas moins nécessaires, notamment celle envisagée par l'INSEE. Leur méthodologie devra toutefois bien tenir compte de la spécificité de cette population, pour laquelle comme vient de le montrer l'étude menée par le CTNERHI on ne peut se contenter de questionnaires envoyés par la voie postale, sauf à avoir des biais considérables qui limitent notablement l'intérêt de l'enquête.

#### **4.2. Rationalisation du travail des secrétariats de COTOREP et des commissions.**

Il ne s'agit pas d'imposer un modèle unique d'organisation à des directions qui essaient avec plus ou moins de bonheur d'assurer un fonctionnement adapté des COTOREP. Il convient toutefois qu'elles appliquent, lorsqu'elles ne l'ont pas déjà fait, les décrets et circulaires ministérielles sur l'unité de secrétariat et d'équipe technique.

Le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité devrait au minimum inviter ses deux services déconcentrés en charge des COTOREP à conclure des conventions qui pourraient pour partie s'inspirer d'un modèle national afin d'assurer un fonctionnement efficace de ces instances qui devraient se voir doter d'un **unique responsable administratif**, le secrétaire de la COTOREP, et d'un **unique médecin coordonnateur** nommés conformément aux textes sur proposition conjointe des deux directeurs par le Préfet. La notation et l'appréciation de ces responsables devraient également être conjointes. Un comité de supervision technique de la COTOREP réunissant les deux directeurs devrait se réunir au moins une fois par an sur la base du rapport d'activité de la COTOREP afin de prendre les mesures nécessaires au bon fonctionnement de cette dernière.

Un **dossier administratif unique** et un **dossier médical unique** par demandeur devrait être une règle absolue. Les demandes multiples devraient faire l'objet d'un examen unique et simultané, sauf exception, dans le cadre d'une seule section qui pourrait être intitulée "section commune" et dont la mise en place exige une modification réglementaire.

Une réforme plus importante que préconise la mission serait **d'unifier les deux sections**, des formations spécialisées souples pouvant être constituées pour des appréciations indépendantes des autres comme l'attribution des cartes d'invalidité aux personnes âgées. En revanche, l'ensemble des demandes de l'AAH au titre de l'article L 821-2 devrait être examiné simultanément au regard de la reconnaissance de travailleur handicapé, même si cela n'est pas expressément demandé. Cela permettrait d'articuler de manière plus satisfaisante la reconnaissance comme travailleur handicapé et l'attribution de l'AAH au titre du L 821-2, et de l'apprécier au sein d'une instance collégiale

comprenant des spécialistes de la réinsertion professionnelle, après un examen médical systématique. La cohérence serait ainsi assurée entre les dispositions du code du Travail qui prévoit qu'est considérée comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales (article L 323-10) et les dispositions de l'article L821-2 du code de la Sécurité sociale qui dispose qu'une personne atteinte d'une incapacité permanente de moins de 80%, mais d'au moins 50%, a droit à l'AAH, si elle est, compte tenu de son handicap, dans l'impossibilité, reconnue par la COTOREP, de se procurer un emploi. Enfin, cette réforme contribuerait à **rendre tout leur sens aux dispositions de l'article L.821-2, et à l'évaluation du handicap fondée sur la notion "d'incapacité à se procurer un emploi"**, appréhendée de manière formelle et superficielle aujourd'hui par la deuxième section.

L'unification des deux sections permettrait également de placer clairement les COTOREP sous **une autorité administrative unique** qui serait le directeur du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et manifesterait le primat à donner à l'insertion professionnelle des handicapés. Le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales resterait bien entendu membre de la COTOREP en tant que responsable de l'insertion sociale et garant du respect de la législation sanitaire et sociale en matière d'attribution de prestations s'imputant sur le budget des affaires sociales.

### **4.3. Renforcement de la qualité médicale et professionnelle de l'appréciation du handicap.**

#### *4.3.1. Un médecin coordonnateur*

L'existence d'un médecin coordonnateur unique est fondamentale à cet égard et implique que les mesures réglementaires et financières nécessaires soient prises afin que chaque COTOREP en soit dotée, ce qui implique au minimum **la création d'emplois de médecins contractuels** à durée déterminée. Il ne paraît néanmoins pas souhaitable qu'un médecin effectue, à temps plein, toute une carrière, dans cette seule fonction: c'est pourquoi doit être écartée l'idée de création d'un corps de médecins de COTOREP.

Le médecin coordonnateur devrait, si possible, avant d'être nommé dans cette fonction, avoir acquis une compétence dans ce domaine, soit par sa formation, soit par l'exercice de fonctions similaires, par exemple comme vacataire, en tous cas dans les COTOREP ayant recours à plusieurs médecins. Il pourra, soit être recruté parmi des médecins conseil, des médecins du travail ou des médecins de main d'oeuvre, soit parmi des médecins ayant la vue d'ensemble la plus large possible de la clinique médicale et possédant des connaissances actualisées des possibilités thérapeutiques médicales ou chirurgicales et des technologies compensatrices des handicaps.

Les directeurs régionaux devraient organiser avec le concours des médecins inspecteurs de santé publique et des praticiens prêtant leur concours aux tribunaux du contentieux de l'incapacité, des réunions régulières des médecins coordonnateurs afin de **favoriser une cohérence régionale dans l'appréciation des handicaps.**

Le médecin coordonnateur sera l'interlocuteur privilégié du secrétaire général de la COTOREP. Il sera le **réfèrent médical** des médecins travaillant à la COTOREP, coordonnera leur activité médicale et veillera à l'harmonisation des critères d'appréciation du handicap, notamment par des réunions de coordination médicale et par l'organisation de la présentation des avis médicaux en commissions.

#### *4.3.2 Le fonctionnement de l'équipe technique*

Le médecin qui instruit, en matière d'AAH, la demande sur le plan médical devrait rester seul responsable de l'avis médical, même si, dans le cadre d'une équipe médicale et sociale, il s'entoure d'autres avis. L'instruction peut se faire sur pièces pour les demandeurs déjà examinés ou pour des dossiers parfaitement clairs en provenance de médecins traitants connus pour leur sérieux. S'il s'agit d'une première demande, un examen médical devrait, en règle générale, être pratiqué par un médecin de la COTOREP ou si nécessaire par un médecin expert..

L'appel, en matière d'AAH, à une équipe technique associant un autre médecin ou un travailleur social, ne paraît pas devoir être systématique. Il n'est nécessaire que pour les cas complexes (psychiatrie, L 821-2...).

La participation d'un médecin-conseil de la sécurité sociale est généralement très utile, mais, en pratique, elle est devenue exceptionnelle en section 2 et se limite à la section 1. Une unification des sections serait de nature à faciliter cette participation pour l'attribution de l'AAH.

Compte tenu des examens médicaux pratiqués actuellement et du temps consacré à des équipes techniques, il conviendra d'apprécier **l'accroissement nécessaire des vacations médicales et les crédits correspondants.**

**Pour éviter les contournements actuels, le niveau des vacations mérite d'être ajusté** avec des règles clarifiées liées au temps de travail effectif.

Un ratio déterminant les moyens en personnel médical (équivalent temps plein) par rapport au nombre de dossiers devrait être établi afin de répondre de manière plus équitable aux besoins des COTOREP.

### 4.3.3 La rédaction des avis médicaux

- **Le questionnaire médical** rempli par le médecin traitant, s'il a déjà été amélioré, semble **susceptible de nouveaux progrès**.

Les événements intervenus, de nature à avoir fait évoluer l'état de handicap, devraient faire l'objet d'un questionnement explicite qui oblige le médecin traitant à les mentionner ( par exemple une opération chirurgicale).

La rubrique du certificat médical qui sollicite une appréciation par le médecin traitant du taux d'incapacité de son patient doit être corrigée: d'une part, la plupart des médecins ne connaissent pas le guide barème et ne sont donc pas à même de porter cette appréciation, d'autre part, la mention d'un taux précis généralement favorable risque d'inciter le patient à former des recours contre une appréciation plus stricte de la COTOREP.

Les éléments de nature à cerner l'autonomie du handicapé pourraient être développés selon l'exemple du questionnaire mis au point par la COTOREP de Valenciennes.

Enfin, il conviendra d'envisager la saisie informatisée de ce questionnaire dans le cadre de l'informatisation des transmissions du corps médical.

- **Un formulaire d'avis du médecin de COTOREP** (en liaison, le cas échéant, avec l'équipe technique) **devra être mis au point** afin de conserver un historique précis des analyses médicales et de consolider l'harmonisation des évaluations des taux de handicap. Son informatisation devrait être mise au point parallèlement.

Elle supposera l'équipement des médecins de COTOREP en matériel informatique, leur formation et la **mise au point de logiciels de gestion médicale**, conciliant le secret médical et les connections administratives et statistiques nécessaires.

## 4.4. Révision et bonne application du barème d'appréciation du handicap

Le guide barème et son interprétation devraient être adaptés à plusieurs égards:

- S'agissant des **déficiences de l'audition**, le barème précise que la mesure de la déficience doit être faite sans appareillage. Cette façon de procéder ne permet pas de prendre en compte les progrès récents et à venir des prothèses auditives. Il paraît donc nécessaire, notamment pour les adultes, d'affiner la rédaction du chapitre III du barème afin de ne pas se limiter pour cette catégorie

de handicaps à une simple mesure de la déficience et de la **pondérer par l'appréciation de l'incapacité réelle.**

- S'agissant de l'appréciation du handicap des personnes séro positives pour le virus VIH, le guide barème en son chapitre VI section 6 préconise une démarche médicale d'évaluation qui est cohérente avec sa propre logique.

En revanche, la circulaire d'application du guide barème n° 93-36 B du 23 novembre 1993 donne une précision relativement ambiguë dans son paragraphe traitant des personnes infectées par le virus VIH qui devraient bénéficier "automatiquement d'un taux supérieur à 50%" lorsque sont présents des troubles du comportement, de l'humeur, de la vie émotionnelle et affective.

Cette précision apportée par la circulaire pour les seuls malades séro-positifs trouvait sa justification en 1993 à une époque où les possibilités de stabilisation de la maladie apparaissaient relativement limitées. Les progrès thérapeutiques qui modifient actuellement considérablement le pronostic individuel de cette affection devraient pouvoir justifier une application normale du barème dont il faut rappeler qu'il permet la prise en compte des troubles de l'humeur et du comportement associés à un état pathologique.

La mission préconise donc que, pour ces affections, le texte du guide barème soit appliqué tel qu'il a été rédigé puisqu'il permet de prendre en compte par application de la règle de Balthazard les handicaps associés. Le texte de la circulaire suggérant une démarche spécifique pour les seuls malades séro-positifs au virus VIH paraît donc désormais inapproprié.

- L'imprécision du barème en ce qui concerne l'appréciation du handicap entre 50% et 79% dont le caractère autoréférentiel dans un certain nombre de situations a été soulevé précédemment rend souhaitable de préciser les conditions d'application de l'article L821-2 afin d'assurer une plus grande uniformité.

La circulaire n° 49 SS du 9 Mai 1978 s'était efforcée de préciser la notion d'impossibilité de se procurer un emploi compte tenu du handicap, mais elle n'est plus opérationnelle compte tenu de l'évolution des conditions d'emploi, des modifications du code du travail (article L 323-10), de la mise en place du nouveau barème et de la jurisprudence développée dans le cadre du contentieux de l'incapacité.

Il apparaît donc nécessaire sur ces divers points de donner des orientations précises aux services instructeurs des COTOREP constituant un appui effectif à la décision. Ces orientations pourraient être illustrées de décisions de jurisprudence et d'exemples significatifs.

#### 4.5. Limite d'âge à l'attribution de l'AAH

A compter de 60 ans, les bénéficiaires de l'AAH doivent faire valoir leur droit aux avantages de vieillesse qui leur assurent un minimum de ressources égal au montant de l'AAH. Toutefois, les différences de plafond de ressources de ces minima permettent, à l'heure actuelle, un cumul des avantages de vieillesse ou d'invalidité avec l'AAH, dans la limite globale du montant de l'AAH. Par conséquent, une personne, dotée de quelques ressources extérieures, inférieures au plafond de ressources de l'AAH, pourra cumuler une allocation différentielle d'AAH avec des avantages de vieillesse inférieurs au montant de l'AAH du fait du plafond de ressources généralement inférieur du minimum de vieillesse.

On peut s'interroger sur le maintien de cet avantage aux personnes handicapées de plus de 60 ans. Ce cumul complexe et coûteux en gestion génère, en outre, des demandes d'AAH par des personnes de plus de 60 ans, conseillées notamment par le personnel des conseils généraux. L'appréciation du handicap pour cette catégorie de personnes soulève de délicats problèmes pour les COTOREP au regard d'un barème non conçu pour ces personnes. Les personnes de plus de 60 ans représentent, dans l'échantillon de l'enquête menée par la mission, entre 8 et 9,5% des premières demandes acceptées selon les années.

Il apparaît donc souhaitable de **ne plus ouvrir droit à l'AAH à compter de 60 ans**, ce qui suppose une modification législative.

Il convient de s'interroger également sur le maintien du **versement d'une AAH différentielle à ceux qui en bénéficiaient avant 60 ans**. Bien que le montant de l'allocation différentielle puisse ne pas être négligeable du fait des différences en matière de plafond de ressources, **la logique serait d'y mettre fin dès lors que les bénéficiaires peuvent prétendre au minimum-vieillesse**.

#### 4.6. Rééquilibrage du contentieux

Les recours contentieux dans le cadre d'une justice gratuite ne peuvent à l'heure actuelle qu'être favorables aux bénéficiaires.

**Les représentants de l'Etat** ne déposent pas de recours, ni contre les décisions des commissions qui reconnaissent un taux supérieur à l'avis de l'équipe technique, cas, il est vrai, relativement exceptionnels, ni à titre reconventionnel envers les recours des demandeurs insatisfaits. Ils n'exercent pas d'appel contre les décisions des tribunaux du contentieux de l'incapacité.

Ils **pourraient être invités, lorsque des recours se justifient, à en déposer**. Il conviendrait aussi de donner aux COTOREP les moyens de se défendre devant les tribunaux du

contentieux de l'incapacité où elles ne sont généralement pas représentées et ne fournissent que des observations écrites inégalement bien motivées.

Une **diffusion des décisions juridictionnelles** de principe de la Cour nationale, lesquelles devraient être davantage motivées, serait aussi précieuse pour le Ministère et les COTOREP afin de bien appliquer les textes ou de les faire évoluer, compte tenu des interprétations des juridictions.

Il conviendra de veiller à ce que, conformément aux textes, les recours contre les décisions des COTOREP en matière d'AAH soient bien portés devant les TCI, même lorsque les demandeurs sont ressortissants de la Mutualité sociale agricole, ce qui ne paraît pas respecté dans toutes les régions actuellement. Il serait enfin souhaitable de **mener à son terme la réforme du contentieux** de l'incapacité engagée par la loi du 18 janvier 1994.

#### **4.7. Renforcement des contrôles des CAF et des caisses de mutualité sociale agricole**

**Des contrôles informatisés** complémentaires mériteraient d'être développés entre les CAF et les CPAM pour contrôler les limites de cumul en matière d'invalidité : ils supposent une modernisation du logiciel de gestion des pensions d'invalidité des CPAM. La constitution d'un **fichier national des bénéficiaires de l'AAH** sur le modèle de ce qui a été fait pour le RMI mériterait d'être étudiée, compte tenu du coût potentiel de fraudes sur une allocation aussi importante.

Le plan de contrôle annuel des caisses devrait pour les mêmes motifs ne pas négliger cette allocation et envisager les actions nécessaires compte tenu des évolutions statistiques constatées, comme les suspensions pour hospitalisation.

#### **4.8. Limitation des distorsions au regard de l'allocation de logement et du complément d'AAH.**

Une personne en situation d'invalidité se trouve aujourd'hui dans une situation financière très sensiblement différente selon qu'elle bénéficie de l'allocation aux adultes handicapés ou d'une pension d'invalidité d'un niveau similaire. Dans le second cas, la prise en compte des ressources pour le calcul de l'allocation de logement conduit à décompter la totalité de la pension d'invalidité, avantage contributif imposable, alors que dans le premier cas l'AAH n'étant pas imposable n'est pas pris en compte comme ressource. Pour un montant de loyer principal de 1700F, l'allocation de logement sera dans le premier cas de 1577,08 F, dans le second cas de 806,95 F. En outre, les pensions d'invalidité sont soumises au droit commun du recouvrement de la CSG et de la CRDS.

Le complément d'AAH (555 F) versé à la personne, qui perçoit une AAH, qui présente un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80% et qui dispose d'un logement indépendant pour lequel elle perçoit une aide personnelle au logement, vient encore creuser cet écart.

Il paraîtrait souhaitable de faire entrer très **progressivement** l'AAH dans les bases de ressources des prestations sociales ou mieux de la **rendre imposable** avec les quelques adaptations de législation nécessitées au regard de la législation sociale. Par ailleurs, une réflexion sur le **complément d'AAH** pourrait conduire à **le lier à l'existence de surcoûts** avec la difficulté que l'allocation compensatrice a déjà cette vocation ou à la transformer afin de financer une action sanitaire et sociale sous forme d'aides techniques en particulier qu'accorderaient, dans le cadre d'une enveloppe financière, les caisses servant cette prestation.

\*

Même si ces aménagements étaient menés à bien, resterait la **difficulté d'une gestion éclatée** entre des administratifs et des personnels médicaux vacataires, entre des techniciens et des commissions censées représenter la société civile et décider de milliers de taux médicaux de handicaps, entre l'Etat et les caisses gestionnaires, entre diverses prestations aux handicapés adultes. Plus de 20 ans après la création de l'AAH, les progrès de gestion nécessaires restent encore importants et l'administration d'Etat mal adaptée à une instruction de masse d'avantages médico-sociaux. C'est pourquoi une alternative, consistant en une réforme plus fondamentale, susceptible toutefois de gradation, mérite d'être étudiée.



## V. UNE REFORME PLUS FONDAMENTALE

La création de l'AAH par la loi d'orientation sur les handicapés de 1975 s'est ajoutée à des dispositifs existants en matière de handicap, sans les prendre bien en compte. Une assurance-invalidité et une assurance-accidents du travail étaient, en particulier, déjà gérées par les caisses primaires d'assurance-maladie et le contrôle médical de la sécurité sociale. Cette gestion qui n'a jamais fait l'objet de sérieuses contestations ne pourrait-elle être prise en considération aujourd'hui pour construire un projet de rénovation fiable et durable de l'allocation aux adultes handicapés, susceptible d'être également lié à une modernisation des assurances-invalidité des régimes de sécurité sociale? Elle peut l'être à des degrés différents, permettant après des expériences progressives une réforme graduelle:

- transfert de l'instruction médicale vers le contrôle médical de la sécurité sociale et articulation avec la réinsertion professionnelle,
- unification des méthodes d'appréciation en matière de handicap et d'invalidité,
- transfert de l'attribution de l'AAH aux organismes de sécurité sociale,
- unification des allocations du fonds spécial d'invalidité et de l'AAH
- devenir des autres avantages gérés par la 2de section de la COTOREP
- vers un régime universel de prestation incapacité ?

### 5.1. Transfert de l'instruction médicale vers le contrôle médical de la sécurité sociale et articulation avec la réinsertion professionnelle

La première étape qui prend tout son sens si elle est suivie des autres **serait le transfert de l'instruction médicale vers le contrôle médical** de la sécurité sociale, **assortie d'une étroite articulation avec la réinsertion professionnelle** chaque fois que cette dernière s'avère possible.

#### 5.1.1 *Des avantages importants*

Le transfert de l'instruction médicale des demandes d'AAH vers le contrôle médical présenterait des avantages importants:

-Les médecins-conseil ont un niveau de formation et une compétence éprouvée en matière d'évaluation de l'invalidité et du handicap; ils constituent une structure permanente et solide; recrutés par concours, ils font carrière dans la sécurité sociale à travers diverses fonctions et tâches, dont l'appréciation de l'incapacité ne constitue qu'un type ou qu'une période professionnelle; ils disposent d'informations médicales de plus en plus développées sur les bénéficiaires de l'assurance-maladie qui les mettent à même d'apprécier à partir de ces connaissances la situation des intéressés

qu'ils examinent toutefois individuellement avant de les admettre dans l'une des trois catégories de pensions d'invalidité ou de fixer un taux d'incapacité d'accident du travail. Même s'ils n'utilisent pas le barème médical de l'AAH, son application ne leur poserait pas de difficultés particulières.

-Le développement du codage des actes et les liaisons informatisées SESAM VITALE avec le corps médical devraient encore renforcer leurs moyens d'appréciation.

### *5.1.2. Plusieurs inconvénients à mesurer*

Toutefois, les priorités du contrôle médical tendent actuellement à l'éloigner de l'examen individuel des patients pour des actions globales de gestion du risque et des coupes transversales sur les pratiques médicales des praticiens libéraux ou des services hospitaliers. Le domaine de l'incapacité devrait donc devenir encore plus secondaire, alors même qu'aujourd'hui la supervision de l'appréciation du handicap laisse encore à désirer et que l'échelon médical national n'a pas su mettre en place une gestion interne du risque pour étudier et réduire les disparités d'appréciation qui existent également à travers la France.

La rémunération des médecins-conseil est très supérieure à celle des médecins vacataires et représenterait, si la gestion de l'AAH venait à leur être confiée, un surcoût de gestion qu'il appartiendrait à l'Etat de financer; il pourrait toutefois être atténué, au moins dans un premier temps, par l'appel aux médecins vacataires des COTOREP, encadrés par des médecins-conseil.

L'inconvénient le plus important souligné par les adversaires de ce transfert est la dissociation qu'il entraînerait entre l'attribution d'une prestation sociale et la réinsertion professionnelle des handicapés qui doit être prioritaire. L'unité réalisée par la COTOREP serait remise en cause. Cet argument, au regard des constats dressés, apparaît très relatif compte tenu du fonctionnement pratique de nombreuses COTOREP. Par ailleurs, dans la plupart d'entre elles, un médecin-conseil participe activement à l'équipe technique de la première section. La dissociation de l'appréciation du handicap n'entraînerait pas nécessairement plus de dualité qu'actuellement; le médecin-conseil pourrait, au contraire, jouer un rôle de trait d'union et, appuyé sur un secrétariat efficace, favoriser une insertion plus rapide que par les processus actuels d'instruction.

Il s'ajoute, enfin, des réticences de certaines associations de handicapés qui contestent la compétence en matière de handicap des médecins-conseil de la sécurité sociale et leur arrogance bureaucratique.

La Mission d'inspection préconise **l'organisation d'expérimentations**, afin de bien mesurer les avantages et inconvénients d'un tel transfert, qui devront être négociées principalement entre l'Etat et la CNAMTS. Elle sera à relier aux mesures préconisées d'unification de l'appréciation et des allocations.

## **5.2. Une méthode d'appréciation médicale unifiée en matière de handicap et d'invalidité.**

Un transfert de l'instruction médicale de l'attribution de l'AAH au contrôle médical de la sécurité sociale devrait logiquement s'accompagner d'une **harmonisation des modes d'appréciation du handicap entre l'assurance-invalidité et l'AAH.**

Les définitions retenues pour apprécier le handicap sont proches. La principale différence réside dans l'existence d'un barème pour l'AAH et dans son absence pour l'assurance-invalidité et dans la référence théorique à des taux d'incapacité différents. Un groupe de travail pourrait être mis en place pour harmoniser ces critères et mettre au point un barème commun, marquant clairement l'importance du critère médical de capacité de travail ou de gain restante du demandeur sans exclure les facteurs objectifs d'âge, d'aptitudes et de formation professionnelle.

Une unification pourrait s'assortir d'un **renforcement de la formation des médecins à cette appréciation.** Il conviendrait également de s'interroger sur la méthode la plus adaptée d'appréciation, décision solitaire du médecin-conseil ou appui en tant que de besoin sur une petite équipe technique.

La reconnaissance d'une incapacité justifiant l'attribution de l'allocation resterait toujours temporaire et pourrait être **subordonnée à l'acceptation de soins, réadaptation, rééducation, formation ou offre d'emploi** susceptible d'améliorer cette capacité et dès lors de mettre un terme au bénéfice de l'allocation, quitte à instituer un intéressement transitoire à l'exercice d'une activité rémunérée pour limiter les effets de seuil liés au caractère non imposable de l'AAH.

## **5.3. Un transfert de l'attribution de l'AAH aux organismes de sécurité sociale**

Au-delà d'un transfert de l'instruction médicale, **c'est la décision et la gestion administrative de l'attribution médicale** en même temps que le paiement de l'allocation **qui pourraient être confiés aux caisses de sécurité sociale.**

Une unification de la gestion ne pourrait qu'accélérer l'efficacité de l'instruction et la rapidité du paiement et permettrait des gains de productivité appréciables, dès lors qu'elle serait assurée par un organisme habitué à une gestion de masse et doté des moyens adaptés, sans être subordonné aux contraintes budgétaires et de recrutement de personnel des services de l'Etat.

Elle poserait néanmoins la question de la **participation des usagers** à cette gestion, point auquel sont très sensibles les associations qui s'efforcent de représenter les handicapés. Il pourrait

être envisagé de les associer aux **commissions de recours amiables des caisses** à qui les recours contre ces décisions seraient soumis avant de faire intervenir le contentieux de l'incapacité. La caisse et l'échelon du contrôle médical présenteraient, en outre, un rapport annuel devant la COTOREP qui conserverait toutes ses attributions en matière d'orientation et de reclassement professionnel. Ce rapport ferait état tant de l'appréciation des taux de handicap et des prestations versées que des efforts de prévention, réadaptation et reclassement réalisés en liaison avec la COTOREP.

Un transfert poserait aussi la question du choix de l'organisme de sécurité sociale compétent qui pourrait soit rester pour l'AAH la CAF, étroitement articulée avec le contrôle médical, soit la CPAM, déjà en charge des pensions d'invalidité et qui, d'ici quelques années, devrait disposer d'excédents de personnel approprié à ce mode de gestion.

#### **5.4. Unification de l'allocation du fonds spécial d'invalidité (FSI) et de l'AAH**

Le bénéficiaire d'une pension d'invalidité inférieure au montant du minimum invalidité, égal au montant de l'AAH, doit faire valoir son droit à l'allocation du FSI et, de ce fait, ne pourra, en général, obtenir d'AAH, le montant obtenu étant le même. Néanmoins, lorsque du fait des conditions de ressources, les avantages d'invalidité sont d'un montant inférieur à celui de l'AAH, celle-ci s'ajoute à ces avantages à titre différentiel, sans que le total de ces deux avantages puisse excéder le montant de l'AAH. Il peut désormais s'y ajouter, en outre, le complément d'AAH, sans évoquer les distorsions mentionnées précédemment relatives aux allocations de logement.

La coexistence de ces deux législations génèrent une certaine injustice et une réelle complexité de gestion. Les bénéficiaires de pension d'invalidité qui ont été amenés à contribuer dans le cadre de l'assurance invalidité doivent demander en priorité l'allocation du FSI qui, en droit, est soumise à récupération sur succession, ce qui n'est pas le cas de l'AAH: il est vrai que dans les caisses où ce point a été examiné la récupération sur succession n'est pas pratiquée sur l'allocation du FSI, mais en droit elle devrait l'être. Par ailleurs, les différences de plafond et de base de ressources rendent souvent intéressantes, pour les pensionnés d'invalidité qui disposent d'autres ressources que leurs prestations sociales, l'obtention d'une AAH différentielle qui oblige à un examen en COTOREP, puis à une gestion par la CAF, parallèle à la gestion par la CPAM des avantages d'invalidité: cette complexité et ces coûts de gestion paraissent superfétatoires.

Il est donc proposé par la Mission d'Inspection générale **d'unifier les allocations du Fonds spécial d'invalidité et l'AAH**, sur les règles de l'AAH. En droit, cette fusion d'avantages financés par le budget de l'Etat ne devrait pas générer de surcoût significatif. Les seuls surcoûts proviendraient des quelques récupérations sur succession qui seraient encore pratiquées, des droits que des pensionnés d'invalidité mal renseignés ne feraient pas valoir et de l'ouverture du droit au complément de l'AAH. Ils pourraient être couverts par la proposition d'une limite d'âge de 60 ans pour se voir ouvrir un droit à l'AAH et, le cas échéant, par une adaptation du complément de

l'AAH, de certaines modalités de calcul du plafond de ressources ou du caractère non imposable de l'AAH.

### **5.5. Devenir des modes d'appréciation des autres avantages décidés par la seconde section des COTOREP**

Les avantages autres que l'AAH resteraient de la compétence de la COTOREP, sous réserve du taux d'incapacité qui aurait été déterminé pour l'attribution de l'AAH et qui s'imposerait pour les autres avantages demandés, allégeant ainsi le travail. Des conventions pourraient toutefois être négociées avec les échelons locaux du contrôle médical et les caisses pour leur confier la détermination du taux pour d'autres avantages.

### **5.6. Vers un régime universel de prestations d'incapacité**

L'unification de la gestion des avantages d'invalidité et de l'AAH ainsi que la fusion de l'allocation du FSI et de l'AAH pourraient prendre pleinement leur sens dans un projet ambitieux de régime universel de prestations d'incapacité **uniformisant des régimes très disparates et lacunaires d'assurance invalidité et l'AAH en un régime unique** calqué sur le régime général, rénové en ce qui concerne le minimum-invalidité selon la proposition formulée et complété, le cas échéant, d'un niveau complémentaire par accords collectifs ou adhésion individuelle.

Afin d'échapper aux aléas du marché du travail (elle couvrirait les chômeurs), cette assurance de la sécurité sociale pourrait être **financée par la contribution sociale généralisée**, dont la base servirait dans la limite d'un plafond de prestations au calcul de la pension d'invalidité (les cotisations actuelles seraient diminuées à due concurrence). A défaut d'une CSG individuelle suffisante pour assurer le minimum invalidité ou d'une contribution supplétive dans le cadre par exemple d'une contribution invalidité du parent au foyer qui pourrait être supportée par les CAF comme pour l'assurance vieillesse du parent au foyer ou d'une adhésion volontaire financée par le conjoint, continuerait d'être versée une allocation minimale d'incapacité **financée par l'Etat**.

Sous réserve d'études, l'assurance-invalidité pourrait, à compter de 60 ans, se transformer en une **assurance-grande dépendance**.

Un groupe de travail pourrait être constitué pour l'étude de la réforme fondamentale proposée dont les modalités doivent être approfondies et certaines pratiques de gestion expérimentées.

Indépendamment ou parallèlement à des travaux en ce sens, il est souhaitable que soient décidés, dès à présent, certains des aménagements suggérés afin d'assurer une meilleure connaissance des handicaps des demandeurs et des bénéficiaires de l'AAH, une meilleure gestion et attribution de l'AAH ainsi qu'une correction des distorsions en matière de réparation du handicap.

Michel Gagneux

Michel Laroque

Sylvain Picard

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Pierre Lubek

François Werner

Membres de l'Inspection générale des finances

## **Liste des annexes**

1. Lettre de mission
2. Enquête nationale sur les demandes d'A.A.H.
3. Données chiffrées et cartographiques

## **Annexe 1**

### **Lettre de mission**



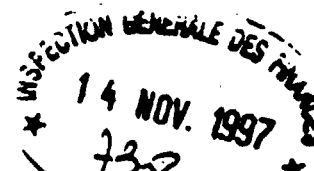
*République Française*

*Le Ministre de l'Emploi  
et de la Solidarité*

*Le Ministre de l'Economie,  
des Finances et de l'Industrie*

*Le Secrétaire d'Etat au  
au Budget*

Paris, le 07 NOV. 1997



NOTE

pour

Monsieur le Chef de l'inspection générale  
des finances

Monsieur le Chef de l'inspection générale  
des affaires sociales

OBJET : Mission d'enquête sur l'allocation aux adultes handicapés.

Nous souhaitons qu'une mission conjointe de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des finances étudie plusieurs aspects à l'allocation adultes handicapés.

La mission analysera le fonctionnement et la politique d'attribution des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), ainsi que le profil des demandeurs de l'allocation aux adultes handicapés.

A la suite de l'entrée en vigueur, en 1994, d'un nouveau barème d'évaluation des déficiences et incapacités pour l'ouverture des divers droits et avantages réservés aux personnes reconnues handicapées, la mission s'attachera à évaluer son utilisation par les médecins des COTOREP

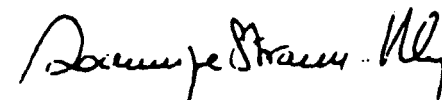
La mise en place de la prestation spécifique de dépendance (PSD) est de nature à alléger la charge d'activité des COTOREP. Sur la base d'un échantillon représentatifs de départements, la mission analysera l'ampleur de cet allègement et les modalités du redéploiement des moyens ainsi dégagés sur le traitement et le suivi des demandes d'allocation aux adultes handicapés.

Les propositions de la mission pourront également porter sur l'amélioration de la gestion de l'allocation aux adultes handicapés par les caisses d'allocations familiales (CAF), sur l'adéquation du fonctionnement des COTOREP, notamment au plan médical, aux besoins réels des personnes handicapées et sur les possibilités d'harmonisation, à terme, avec les autres formes de réparation du handicap.

Les résultats de cette mission devront nous parvenir avant la fin de l'année 1997.



Martine AUBRY



Dominique STRAUSS-KAHN

Christian SAUTTER



## **Annexe 2**

### **Enquête nationale sur les demandes d'A.A.H.**

## Enquête nationale sur les demandes d'AAH

### 1/ Composition de l'échantillon.

L'enquête a porté sur 5% des dossiers par département sur les années 1995, 1996 et 1997. Certains départements n'ont pas répondu et les données inexploitable ont été exclues du champ de l'étude.

	95		96		97	
Nombre de dossiers	8133		7735		9103	
Nombre d'hommes	3926	soit 48,3%	3759	soit 48,6%	4560	soit 50%
Nombre de femmes	4197	soit 51,7%	3976	soit 51,4%	4543	soit 50%

Répartition par tranche d'âge de l'échantillon :

	95	96	97
Plus de 50 ans	2340	2349	2695
dont hommes	838 soit 35,8%	847 soit 36,1%	1105 soit 41%
femmes	1502 soit 64,2%	1502 soit 63,9%	1590 soit 59%
De 36 à 49 ans	2803	2581	3056
dont hommes	1432 soit 51,1%	1278 soit 49,5%	1559 soit 51%
femmes	1371 soit 48,9%	1303 soit 50,5%	1497 soit 49%
Moins de 35 ans	2653	2622	2953
dont hommes	1476 soit 55,6%	1500 soit 57,2%	1701 soit 57,6%
femmes	1177 soit 44,4%	1122 soit 42,8%	1252 soit 42,4%

Nombre de premières demandes et de renouvellements :

	95	96	97
Nombre de premières demandes	3827 (47,1%)	3403 (44%)	4357 (47,9%)
Nombre de renouvellements	4292 (52,9%)	4329 (56%)	4743 (52,1%)

Nombre de taux supérieurs à 80%, de 50 à 79% et de taux inférieurs à 50% dans l'ensemble des demandes :

	95	96	97
Nombre de taux supérieurs à 80%	50,6%	49,6%	46,7%
Nombre de taux 50-79%	33,9%	35,4%	38%
Nombre de taux inférieurs à 50%	15,5%	15%	15,3%

## 2/ Pourcentage de premières demandes présentées par des plus de 60 ans

Il s'agissait de mesurer l'effet que pourrait avoir une disposition interdisant l'entrée des plus de 60 ans dans le dispositif de l'AAH

	95	96	97
<b>Nombre de premières demandes</b>	3684	3298	4196
<b>1<sup>ère</sup> demandes des + de 60 ans</b>	258	234	278
<b>Proportion</b>	7%	7,1%	6,6%

En pourcentage des premières demandes acceptées par la COTOREP :

	95	96	97
<b>1<sup>ère</sup> demandes acceptées</b>	2040	1813	2288
<b>1<sup>ère</sup> dem. acceptées des + de 60 ans</b>	182	174	183
<b>Proportion</b>	8,9%	9,6%	8%

## 3/ Part des L 821-1 et des L 821-2 dans les demandes acceptées :

Toutes demandes confondues :

	95	96	97
<b>L 821-1</b>	69,7%	66,6%	64,8%
<b>L 821-2</b>	30,3%	33,4%	35,2%

Dans les premières demandes :

	95	96	97
<b>L 821-1</b>	65,3%	64%	60,8%
<b>L 821-2</b>	34,7%	36%	39,2%

Part du L 821-2 par tranche d'âge (premières demandes) :

	95	96	97
<b>20-29 ans</b>	29,7%	32,4%	37,4%
<b>30-39 ans</b>	38,1%	39,7%	43%
<b>40-49 ans</b>	36,7%	39,9%	42,8%
<b>50-59 ans</b>	42,3%	42,8%	41,2%
<b>60 ans et plus*</b>	17,2%	14,9%	24,1%
<b>*effectifs faibles</b>			

#### 4/ Part de chaque pathologie par code ITAC (premières demandes)

Le code ITAC, dans sa conception et dans la manière dont il est utilisé, est apparu totalement inadapté aux besoins d'information. Les tableaux ci-joints doivent donc être pris avec prudence et ont été limités au minimum. Seule la catégorie des troubles psychiatriques apparaît claire : elle sera la seule examinée plus précisément.

	95	96	97
déf. motrice d'origine neurologique	6,4%	7%	5,6%
déf. motrice d'or. ostéoarticulaire	5,9%	5,5%	5,2%
maladie invalidante interne	12,1%	13,3%	11%
handicap visuel	1,9%	1,6%	1,8%
handicap auditif	2,1%	1,5%	2,2%
<b>troubles psychiatriques</b>	<b>12,4%</b>	<b>14,2%</b>	<b>13,2%</b>
déficiência intellectuelle	11,3%	9,9%	11,2%
handicaps associés (2 au maximum)	11%	10,5%	9,6%
polyhandicap (plus de 2)	6,8%	4,4%	5,7%
inconnu	26%	26,6%	31,6%

Part de la catégorie « troubles psychiatriques » dans les catégories L821-1 et L 821-2 :

	95	96	97
L 821-1	9,1%	11,2%	10%
L 821-2	18,8%	20,2%	18,1%

Part de la catégorie « troubles psychiatriques » dans chaque tranche d'âge :

	95	96	97
20-29 ans	17,3%	17,8%	17,2%
30-39 ans	15,5%	18,1%	20,2%
40-49 ans	12,3%	16,7%	14,6%
50-59 ans	10,1%	8,9%	7,5%
60 ans et plus	3,6%	9,8%	2,9%

#### 6/ Rapport entre les avis du médecin et la décision de la COTOREP :

Nombre de décisions favorables prises après un avis réservé ou négatif du médecin (premières demandes)

	95	96	97
Décisions modifiées	159	120	160
Pourcentage dans l'ensemble	7,6%	6,5%	6,9%

## des accords

Les cas inverses (avis favorables/décisions défavorables) sont très rares (1 par an dans l'échantillon).

### 7/ Proportion d'examens cliniques

En 1997, 30,8% des personnes ayant présenté une demande d'AAH ont fait l'objet d'un examen clinique par un médecin de la COTOREP ou désigné par elle.

23,7% des personnes bénéficiant de l'article L 821-1 ont été vues. Cette proportion monte à 37,8% pour les personnes susceptibles de bénéficier de l'article L 821-2.

Par pathologie, les personnes atteintes de troubles psychiatriques ne sont pas plus l'objet d'examen clinique que les autres (28% en 1997).

### 8/ Durée d'attribution

Définir une durée moyenne d'attribution ne présente pas d'intérêt. En revanche, l'échantillon permet de cerner les durées courtes (2 ans et moins), moyennes (3 à 5 ans) et longues (6 ans et plus), pour les décisions favorables rendues en 1997 :

	Total des accords	Accords sur L821-1	Accords sur L821-2
Durée de moins de 2 ans	20,5%	12,3%	34,3%
Durée de 3 à 5 ans	57,3%	55,7%	61%
Durée de 6 ans et plus	22,2%	32%	4,7%

Si l'on regarde les chiffres sur les seules premières demandes, le résultat est légèrement différent :

Année 1997	Total des accords	Accords sur L821-1	Accords sur L821-2
Durée de moins de 2 ans	28,%	20,4%	40,8%
Durée de 3 à 5 ans	56,3%	57,2%	55,3%
Durée de 6 ans et plus	15,6%	24,4%	3,9%
Année 1996	Total des accords	Accords sur L821-1	Accords sur L821-2
Durée de moins de 2 ans	27%	18,5%	41,9%
Durée de 3 à 5 ans	56,6%	56,8%	55,6%
Durée de 6 ans et plus	16,4%	24,7%	2,5%
Année 1995	Total des accords	Accords sur L821-1	Accords sur L821-2
Durée de moins de 2 ans	24,3%	16,4%	39,9%
Durée de 3 à 5 ans	56,9%	58,2%	56%
Durée de 6 ans et plus	18,8%	25,4%	4,1%

## 9/ Rejets de renouvellement

	<b>95</b>	<b>96</b>	<b>97</b>
<b>Proportion de dossiers de renouvellement rejetés</b>	<b>10,2%</b>	<b>8,9%</b>	<b>10,9%</b>

Proportion de dossiers rejetés selon l'article concerné :

Les renouvellements présentés au titre de l'article L821-1 sont presque systématiquement acceptés (taux de rejet de 0,7% en 1997 soit 17 dossiers). Les rejets de renouvellement concernent donc presque exclusivement des cas de l'article L821-2 qui sont rejetés dans 26,3% des cas.

Pourcentage de rejets de renouvellement par tranche d'âge (article L821-2 seulement) :

	<b>97</b>
<b>20-29 ans</b>	<b>21,3%</b>
<b>30-39 ans</b>	<b>23,1%</b>
<b>40-49 ans</b>	<b>27,8%</b>
<b>50-59 ans</b>	<b>29,5%</b>
<b>60 ans et plus</b>	<b>21,1%</b>

## 10/ Proportion de handicap compris entre 50 et 79% donnant lieu à rejet

	<b>95</b>	<b>96</b>	<b>97</b>
<b>Proportion de handicap entre 50 et 79% rejetés</b>	<b>35,3%</b>	<b>27,7%</b>	<b>32,6%</b>

Proportion de rejet pour des handicaps situés entre 50 et 79% pour chaque tranche d'âge :

	<b>97</b>
<b>20-29 ans</b>	<b>27,3%</b>
<b>30-39 ans</b>	<b>28,3%</b>
<b>40-49 ans</b>	<b>34,8%</b>
<b>50-59 ans</b>	<b>37,3%</b>
<b>60 ans et plus</b>	<b>28,9%</b>



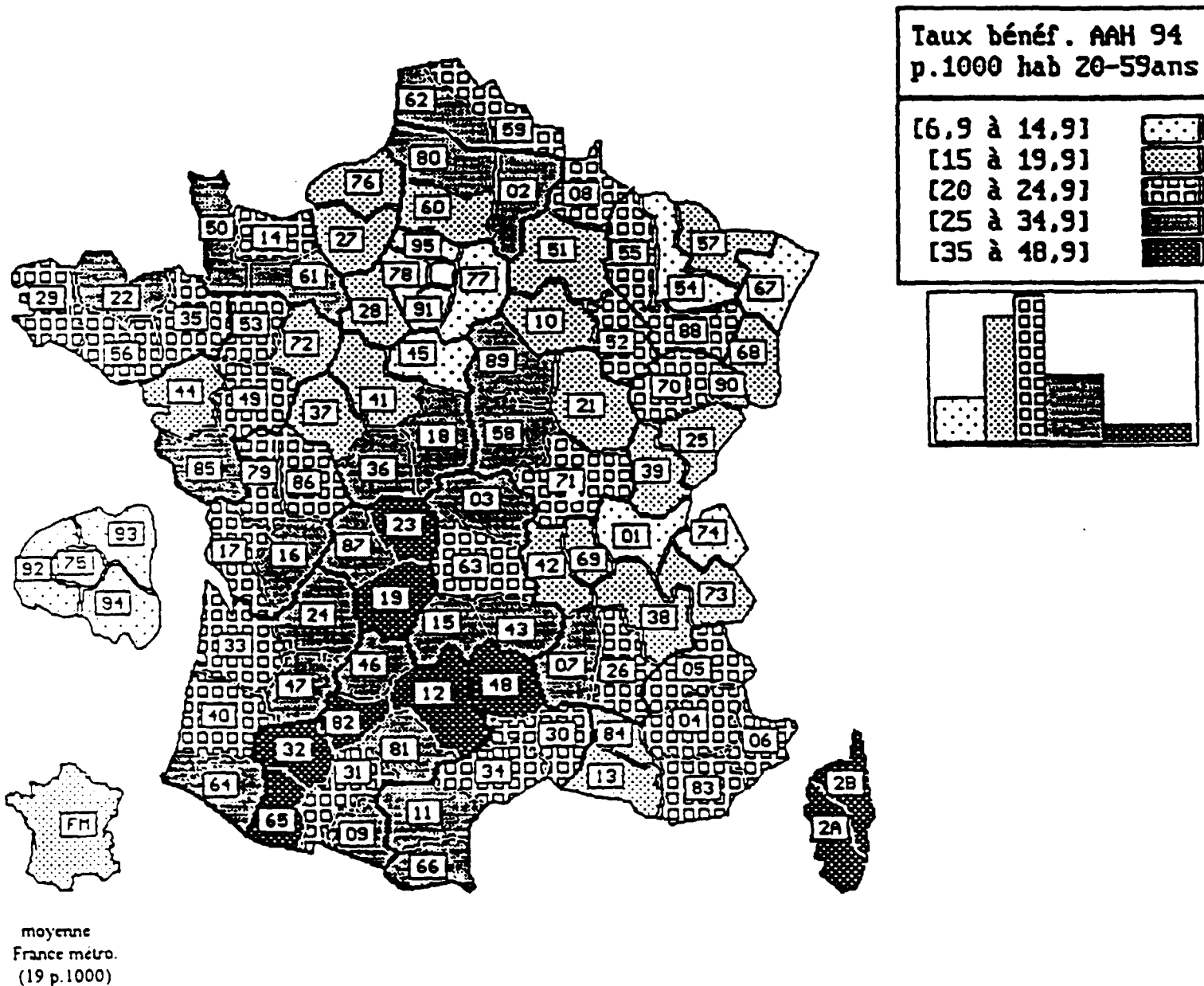
## **Annexe 3**

### **Données chiffrées et cartographiques**

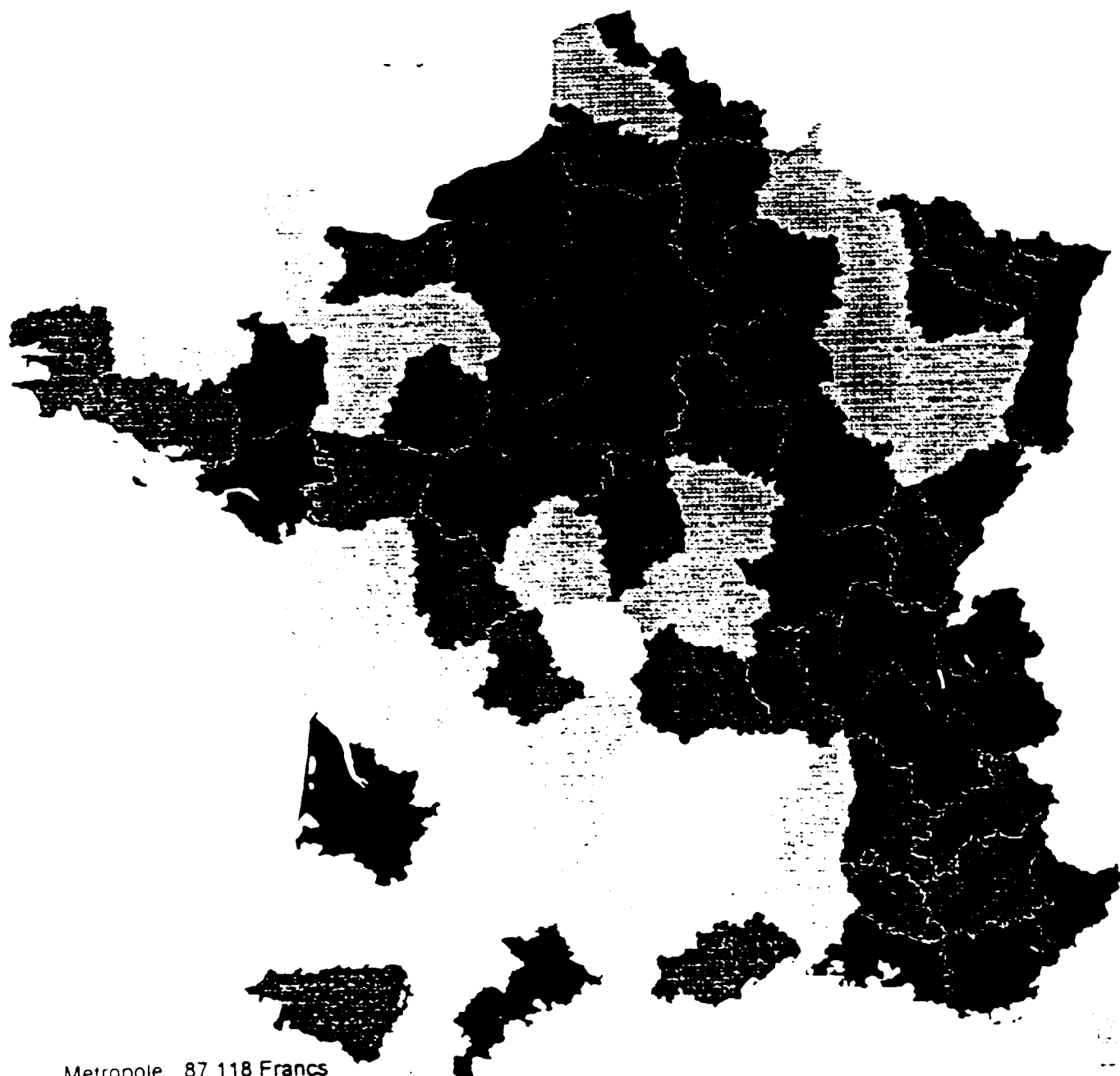
**Taux de bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (A.A.H.) au 31 déc. 1994 par département (pour 1000 pers. de 20 à 59 ans recensés en 1990).**

**Champs :** *Départements de la France métropolitaine.*

**Sources :** *Bénéficiaires A.A.H. : CNAF - MSA - INSEE RP 1990.*



## Revenu net moyen imposable en 1994

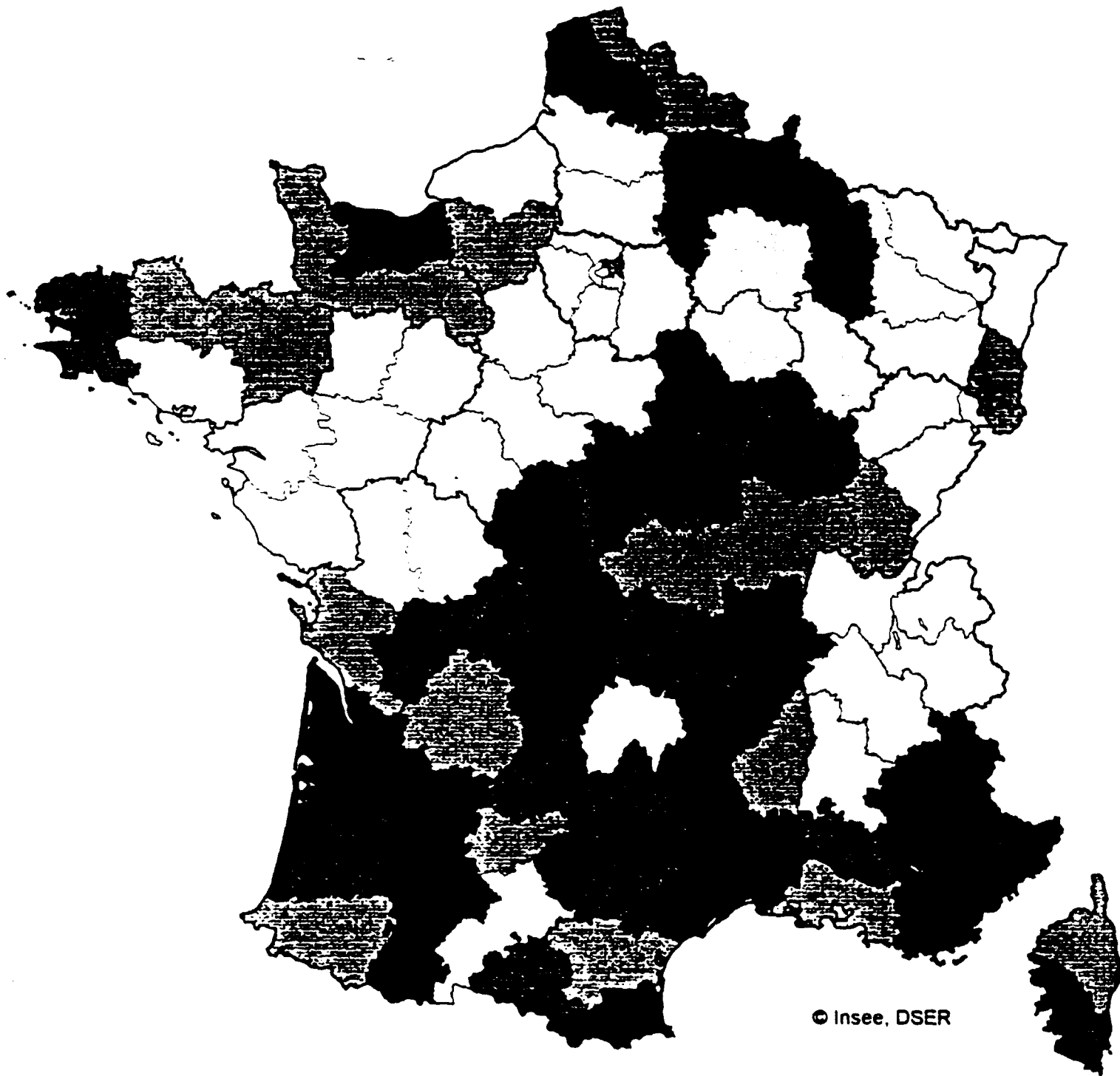


Metropole 87 118 Francs  
en Francs

■	102 600 - 132 600	(7)
■	82 100 - 102 600	(25)
■	75 800 - 82 100	(26)
	70 900 - 75 800	(26)
	62 000 - 70 900	(12)

Copyright Insee

# Premières demandes AAH en 1997 : Indice de pression



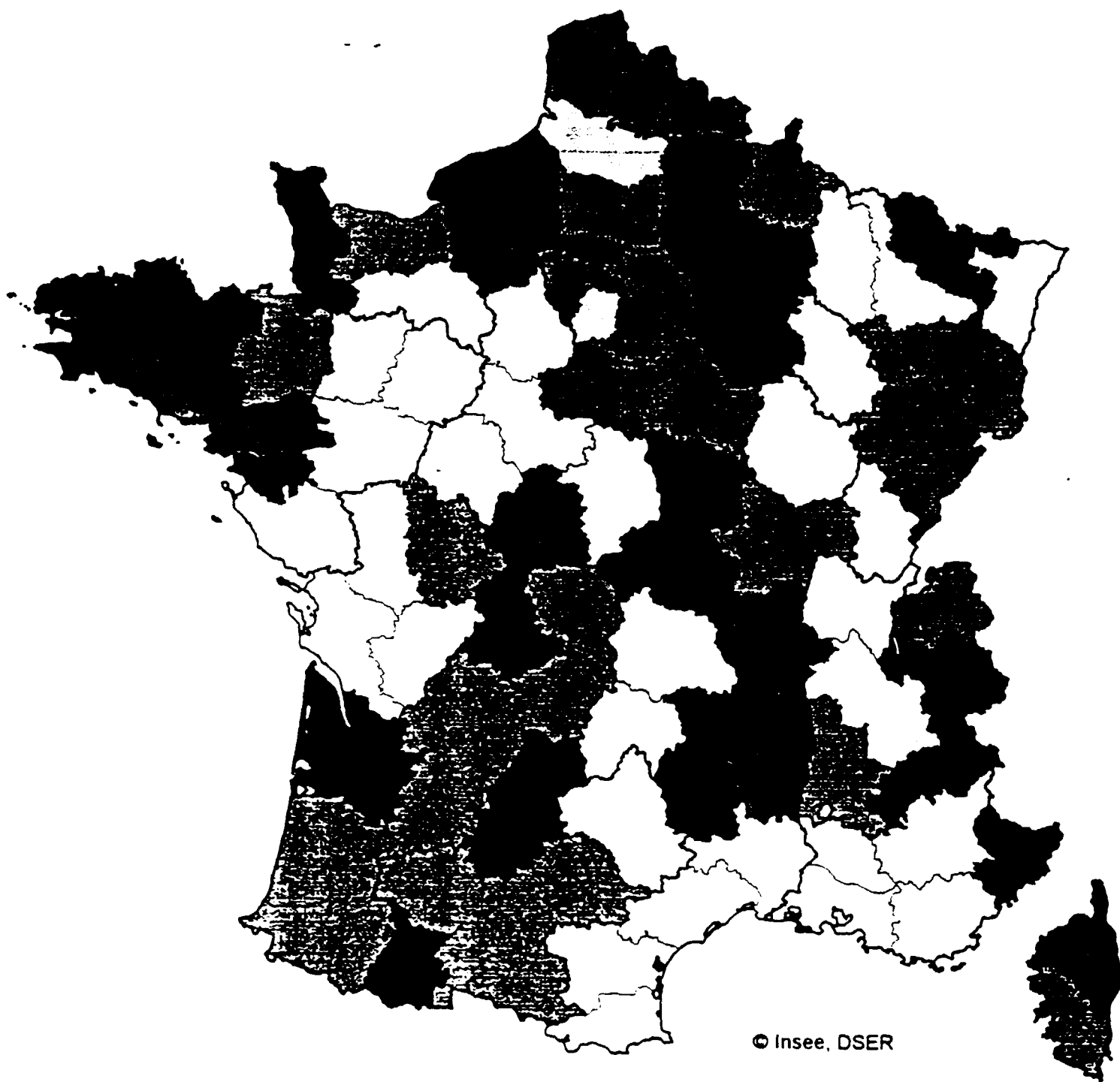
© Insee, DSER

(%)

France 0.36 %

■	0.45 - 0.61	(22)
■	0.4 - 0.45	(16)
▨	0.35 - 0.4	(19)
▨	0.3 - 0.35	(17)
□	0.18 - 0.3	(22)

# Premières demandes AAH en 1997 : Taux d'accord



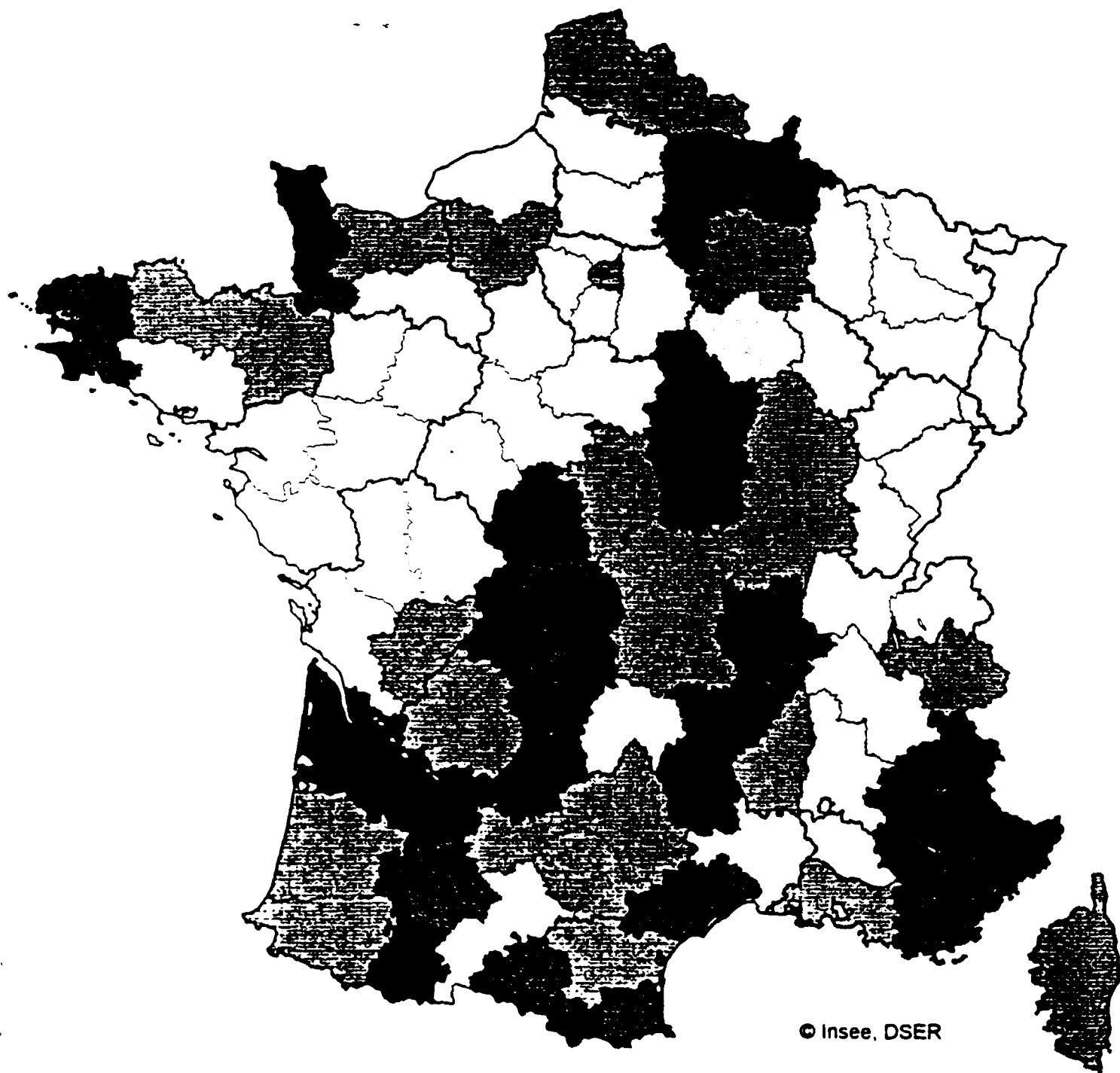
© Insee, DSER

(%)

France : 56.64 %

■	68 - 77.26	(13)
■	58 - 68	(19)
▣	52.2 - 58	(31)
□	47.3 - 52.2	(16)
□	39 - 47.3	(17)

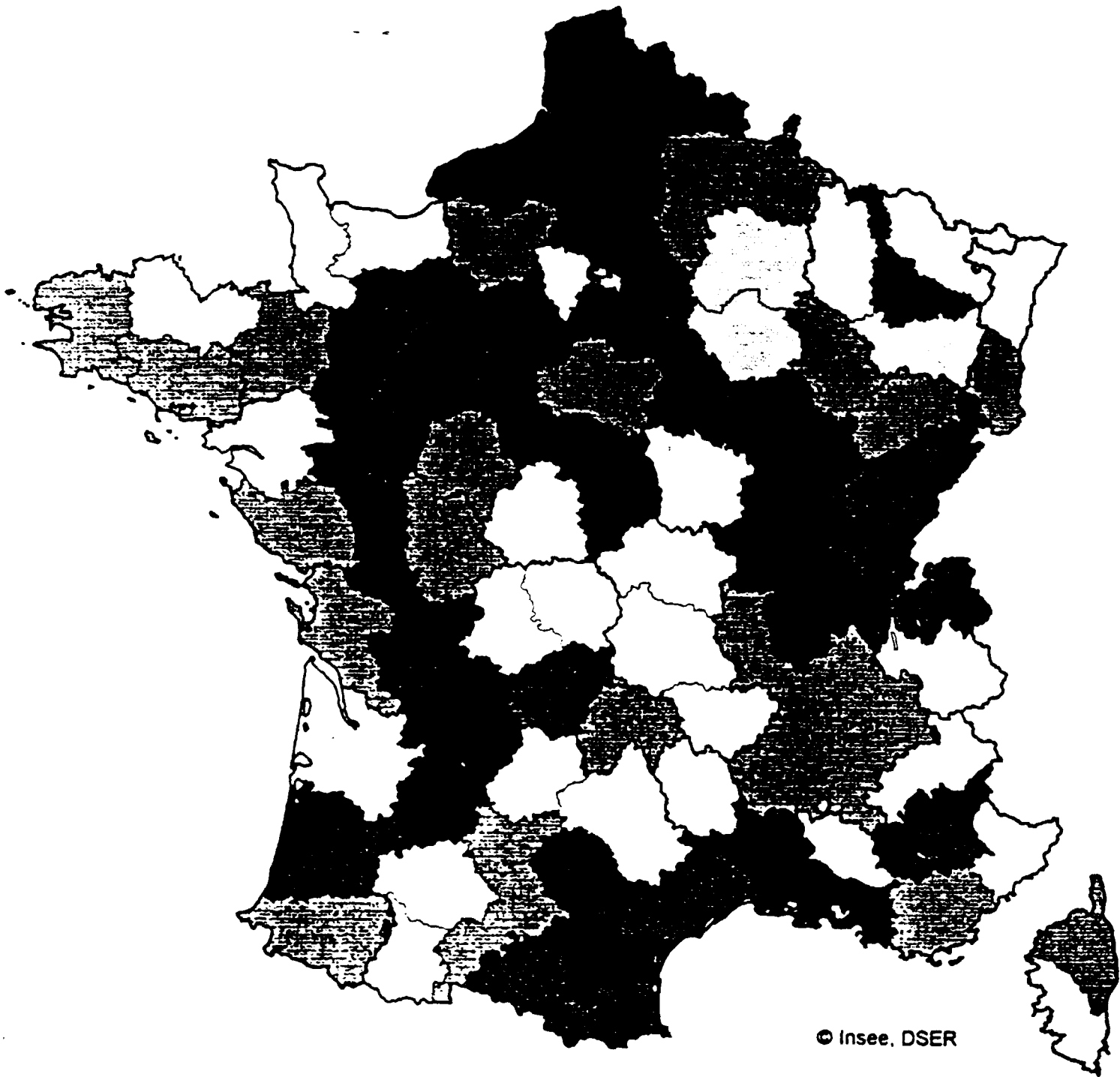
# Premières demandes AAH en 1997 : Indice de facilité



(%)

France	0.20 %
■	0.3 - 0.42 (12)
■	0.25 - 0.3 (15)
▣	0.2 - 0.25 (28)
▬	0.15 - 0.2 (23)
▬	0.09 - 0.15 (18)

# Etude des renouvellements AAH en 1997 : Indice de réexamen



© Insee, DSER

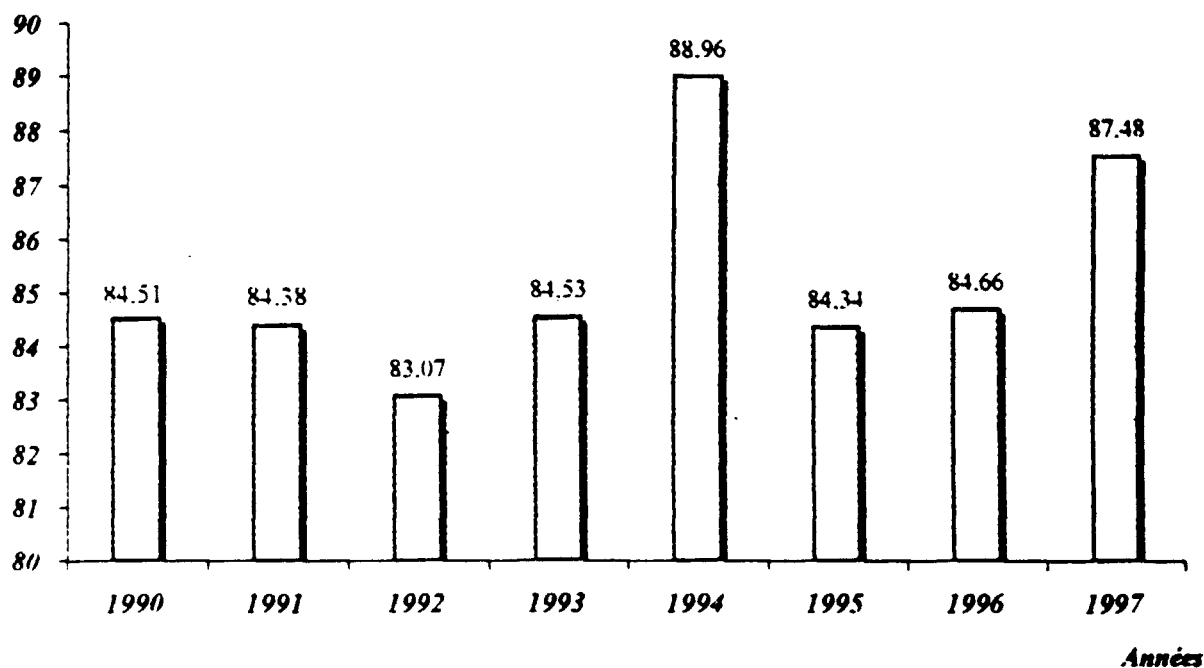
(%)

France : 14.93 %

■	21 - 28.42	(14)
■	15 - 21	(26)
▣	11 - 15	(25)
▬	7 - 11	(19)
□	0 - 7	(12)

## Evolution du Taux de Confirmation de 1990 à 1997

Valeurs en %



Année \ Rejets	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
1419	84,51%							
978		84,38%						
1001			83,07%					
672				84,53%				
524					88,96%			
544						84,34%		
1551							84,66%	
1348								87,48%