



N° 1864

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 13 octobre 2004.

AVIS

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES SUR LE PROJET DE **loi de finances pour 2005** (n° 1800)

TOME XII

**SANTÉ, FAMILLE, PERSONNES ÂGÉES
et PERSONNES HANDICAPÉES**

PERSONNES HANDICAPÉES

PAR MME GENEVIEVE LÉVY,

Députée.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
I.- LES CRÉDITS BUDGÉTAIRES	7
A. L'ALLOCATION POUR ADULTES HANDICAPÉS MOBILISE 76 % DES CRÉDITS D'INTERVENTION DU SECRÉTARIAT D'ÉTAT AUX PERSONNES HANDICAPÉES.....	7
1. Une croissance continue des crédits de l'AAH.....	8
2. Une revalorisation ciblée de l'AAH est nécessaire.....	9
3. Une évolution de l'AAH engagée par le projet de loi.....	12
4. La suppression du complément d'AAH.....	12
B. LE SOUTIEN PERSONNALISÉ AUX PERSONNES HANDICAPÉES À LEUR DOMICILE ET EN MILIEU SCOLAIRE.....	13
1. Les auxiliaires de vie.....	13
2. Le soutien à l'intégration en milieu scolaire ordinaire.....	14
3. Le soutien médico-social à domicile.....	15
C. LES DIFFICULTÉS DE FINANCEMENT DES STRUCTURES D'ACCUEIL POUR ENFANTS ET ADULTES HANDICAPÉS.....	15
1. Les difficultés de gestion des établissements.....	15
2. La création de places relancée par le gouvernement.....	18
D. LE SOUTIEN À L'INTÉGRATION PAR LE TRAVAIL DES PERSONNES HANDICAPÉES.....	20
II.- L'ACTION DÉCENTRALISÉE EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES	21
A. L'ÉVOLUTION DE LA GESTION DÉCENTRALISÉE DU SOUTIEN AUX PERSONNES HANDICAPÉES.....	21
B. L'APPROFONDISSEMENT DE LA DÉCENTRALISATION DE LA POLITIQUE EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES.....	24
TRAVAUX DE LA COMMISSION	29
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	33

INTRODUCTION

L'article 49 de la loi organique du 1^{er} août 2001 fixe une date butoir pour le retour des réponses aux questionnaires budgétaires : au plus tard huit jours francs à compter du dépôt du projet de loi de finances, soit cette année le 9 octobre 2004. A cette date, seules 7 réponses aux 18 questions (**39 %**) étaient parvenues à la rapporteure pour avis des crédits des personnes handicapées.

Au 28 octobre 2004, la situation ne s'était guère améliorée malgré les relances répétées : seules trois nouvelles réponses avaient été adressées, ce qui portait le taux de réponse à 55 %, pour un examen des crédits en commission le 2 novembre. Le questionnaire budgétaire avait pourtant été adressé le 20 juillet 2004 à la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées.

La rapporteure pour avis a été placée dans une situation d'autant plus difficile qu'il n'a pas été répondu à des questions sur les crédits mêmes du secrétariat d'Etat aux personnes handicapées, sur des dépenses de l'Etat et celles des départements à destination des personnes handicapées et sur les conséquences budgétaires de dispositions législatives votées.

Le 2 novembre, cinq réponses supplémentaires sont parvenues. La rapporteure pour avis ne disposait donc pas de réponses pour quatre de ses questions au moment de l'examen des crédits par la commission, soit un taux de réponse de 79 %.

I.- LES CRÉDITS BUDGÉTAIRES

Le compte social du handicap pour 2003 totalise, selon les statistiques provisoires disponibles ⁽¹⁾, 28,4 milliards d'euros de dépenses, soit 6,1 % des prestations de protection sociale. Cette dépense se répartit en 21,92 milliards pour les prestations d'invalidité et 6,48 milliards pour la couverture des accidents du travail. Dans les prestations versées au titre de l'invalidité, les dépenses les plus importantes sont, dans l'ordre décroissant, les suivantes : les rentes d'invalidité (6,61 milliards d'euros, soit 30,2 % des dépenses d'invalidité), les prestations médico-sociales d'hébergement (4,73 milliards, soit 21,6 %), l'allocation pour adultes handicapés (AAH) et son complément (4,43 milliards, soit 20,9 %), les frais d'hébergement et l'aide sociale (2,10 milliards, soit 9,5 %), les pensions militaires d'invalidité (1,31 milliard, soit 6,0 %) et les garanties de ressources aux travailleurs handicapés (1,0 milliard, soit 4,6 %). De 1995 à 2003, ce sont les indemnités journalières pour accident du travail ou maladie professionnelle (+ 74 %), les dépenses d'allocation d'éducation spéciale (+ 74 %), les frais d'hébergement et l'aide sociale aux personnes handicapées (+ 52 %), les rentes d'invalidité (+ 48 %), l'AAH (+ 46 %) et les garanties de ressources aux travailleurs handicapés (+ 46 %) qui ont le plus progressé en euros constants.

Les crédits budgétaires destinés aux personnes handicapées sont répartis entre plusieurs ministères : le secrétariat d'Etat aux personnes handicapées (6,38 milliards d'euros), le ministère de la santé (200 millions de dépenses en personnel et moyens de fonctionnement des services ; 12,65 millions pour les établissements nationaux pour jeunes sourds et aveugles), le ministère du travail (1,32 milliard), le ministère des anciens combattants (2,76 milliards). Il s'y ajoute les dépenses fiscales d'un montant de 847 millions d'euros en 2002. Le secrétariat d'Etat n'a pas fourni le montant des crédits demandés par les différents ministères pour 2002, ni la prévision de dépense fiscale.

Environ 40 % de la dépense budgétaire de l'Etat sont destinés à financer l'allocation pour adultes handicapés (4,85 milliards d'euros).

A. L'ALLOCATION POUR ADULTES HANDICAPÉS MOBILISE 76 % DES CRÉDITS D'INTERVENTION DU SECRÉTARIAT D'ÉTAT AUX PERSONNES HANDICAPÉES

L'allocation pour adultes handicapés (AAH) garantit un revenu minimal à toute personne âgée d'au moins 20 ans ⁽²⁾ reconnue comme handicapée par une commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et qui ne peut pas prétendre à un avantage de vieillesse ou d'invalidité ou à une

(1) Chiffres provisoires tirés des comptes de la sécurité sociale publiés dans l'annexe G du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

(2) 16 ans si le demandeur n'est plus à charge de sa famille au regard des règles d'attribution des prestations familiales. A 60 ans, l'AAH est suspendue à partir de la perception d'un avantage vieillesse.

rente d'accident du travail au moins égal à l'AAH. L'allocation est versée sous condition de ressources ⁽¹⁾ par la Caisse nationale des allocations familiales ou la Mutualité sociale agricole, qui sont remboursées par le budget de l'Etat avec les crédits inscrits au chapitre 46-35, article 40. Les droits sont en général ouverts pour une longue période (cinq ans en moyenne).

L'AAH est le socle du soutien dû par la collectivité nationale aux adultes handicapés. Cette prestation créée en 1971 et restructurée par la loi du 30 juin 1975 est d'autant plus capitale que ses allocataires disposent de faibles revenus en général : 63,2 % des bénéficiaires reçoivent une AAH à taux plein. Il est donc compréhensible que cette prestation sociale focalise de nombreuses revendications.

L'AAH représente un cinquième des dépenses sociales d'invalidité. Cette proportion est constante.

1. Une croissance continue des crédits de l'AAH

L'AAH répond à une demande forte. De 1996 à 2003, le nombre de demandes d'allocations adressées aux COTOREP a cru en moyenne de 3,95 % par an en passant de 242 086 à 317 446. Si la croissance du nombre des allocations accordées a été très forte de 1996 à 1997 (+ 7,5 %), elle s'est amenuisée pour se stabiliser depuis 2000 entre 2 et 4 %.

Evolution du nombre de bénéficiaires et des dotations de l'allocation aux adultes handicapés

<i>(tous régimes)</i>	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003 (LFI)	2004 (LFI)	2005 (PLFI)
Nombre de bénéficiaires <i>(au 31 décembre)</i>	649 000	668 000	694 000	713 000	735 000	752 900	766 500	nd	—
<i>Evolution</i>	+ 3 %	+ 2,9 %	+ 3,9 %	+ 2,7 %	+ 3,1 %	+ 2,4 %	+ 1,8 %	nd	—
Dotations budgétaires (en exécution) <i>(en M€)</i>	3 410,28	3 565,63	3 776,01	4 024,65	4 097,07	4 427,72	4 526,34	4 661,42	4 846,68
<i>Evolution</i>	+ 3,9 %	+ 4,6 %	+ 5,9 %	+ 6,6 %	+ 1,8 %	+ 8,1 %	+ 2,2 %	+ 3,0 %	+ 3,9 %
Montant mensuel (taux plein) au 1 ^{er} janvier <i>(en €)</i>	523,37	529,14	539,73	545,13	557,12	569,38	577,92	587,74	—

Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Le projet de budget pour 2005 a été bâti sur les hypothèses suivantes : revalorisation du minimum vieillesse de 1,5 % (indice des prix), croissance de 2,2 % du nombre des bénéficiaires au titre du régime général, diminution de 5 % des exploitants agricoles bénéficiaires. La dotation de 4,84 milliards d'euros intègre une mesure d'économie d'environ 44 millions, non précisée à ce jour.

(1) 7 102,71 euros pour les personnes célibataires, 14 205,42 euros pour les personnes mariées et 3 551,36 euros supplémentaires par enfant à charge.

Les évolutions sont différentes selon que l'AAH est accordée sur le fondement de l'article L. 821-1 du code de la sécurité sociale (taux d'incapacité au moins égal à 80 %) ou de l'article L. 821-2 (personne ayant un taux d'incapacité compris entre 50 et 80 % et dont le handicap ne lui permet de se procurer un emploi) : dans le premier cas, le nombre d'accords d'AAH est relativement stable depuis 1995 ; dans le second cas, il y a eu une croissance continue. Toutefois, en 2003, le secrétariat d'Etat a constaté une inversion des évolutions, le nombre d'accords au titre de l'article L. 821-1 ayant cru de 2,8 % tandis que les AAH accordées en application de l'article L. 821-2 ont augmenté de 18 %. Au total, en 2003, les AAH accordées sur le fondement de l'article L. 821-2 représentaient 41 % de l'ensemble des accords, contre 33,4 % en 1994 et 37 % en 1999.

2. Une revalorisation ciblée de l'AAH est nécessaire

L'AAH est revalorisée chaque année au 1^{er} janvier comme le minimum vieillesse, lui-même étant revalorisé comme les pensions de retraite qui sont indexées sur l'évolution des prix à la consommation hors tabac. Dès lors, si le pouvoir d'achat de leurs allocataires est préservé, on assiste année après année à un décrochage par rapport au salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) et dans une moindre mesure par rapport au revenu minimum d'insertion (RMI), comme le montre le tableau ci-après.

Evolution comparée de l'AAH – base 100 en 1998

<i>(au 1^{er} janvier, sauf indication)</i>	AAH mensuel		Prix hors tabac (*)	RMI mensuel		SMIC mensuel net 35 h		SMIC mensuel net 39 h	
	<i>en €</i>	<i>indice</i>	<i>indice</i>	<i>en €</i>	<i>indice</i>	<i>en €</i>	<i>indice</i>	<i>en €</i>	<i>indice</i>
1998	529,14	100,0	99,5	325,92	100,0	–		804,98	99,0
Juillet 1998	529,14	100,0	100,0	325,92	100,0	–		821,10	101,0
1999	539,73	102,0	99,6	335,70	103,0	–		818,51	100,7
2000	545,13	103,0	101,1	342,41	105,1	–		828,69	101,9
2001	557,12	105,3	102,3	349,95	107,4	767,40	105,2	855,14	105,2
2002	569,38	107,6	104,4	356,95	109,5	799,69	109,6	890,98	109,6
2003	577,92	109,2	106,3	362,30	111,2	815,98	111,8	909,22	111,8
2004	587,74	111,1	107,8	367,73	112,8	859,95	117,9	958,23	117,9
Juillet 2004	587,74	111,1	109,3	367,73	112,8	909,52	124,6	1013,44	124,6

Nota : le montant de RMI figurant dans le tableau est celui alloué aux personnes seules. Il est majoré de 208,94 € pour la première personne supplémentaire dans le foyer, de 125,36 € par personne supplémentaire au-delà et de 167,15 € par personne supplémentaire à partir de la 3^e personne hors conjoint ou concubin ; il est cependant réduit à 367,73 € après abattement du forfait logement.

() Prix à la consommation hors tabac, base 100 = année 1998 (source INSEE, série France entière)*

En réponse à une question budgétaire de la rapporteure pour avis, le secrétariat d'Etat a établi la comparaison suivante entre les ressources de personnes célibataires, locataires d'un logement indépendant (à loyer mensuel de 350 €) selon qu'elles sont bénéficiaires de l'AAH, du RMI ou sont rémunérées au SMIC.

**Comparaison entre les ressources de personnes célibataires, locataires d'un logement indépendant
(au loyer de 350 €) selon qu'elles sont bénéficiaires de l'AAH, bénéficiaires du RMI ou rémunérées au SMIC (chiffres 2004)**

BÉNÉFICIAIRE DE L'AAH		BÉNÉFICIAIRE DU RMI	PERSONNE RÉMUNÉRÉE AU SMIC
Taux supérieur ou égal à 80 %	Taux compris entre 50 % et 80 %		
RESSOURCES PERÇUES Revenus d'activité = 0 € AAH = 587,74 € Complément d'AAH : 94,04 € Allocation logement : 235,68 € (*) CMU : non Total mensuel : 917,46 € Total annuel : 11 009,52 €	RESSOURCES PERÇUES Revenus d'activité = 0 € AAH = 587,74 € Allocation logement : 235,68 € (*) CMU : non Total mensuel : 823,42 € Total annuel : 9 881,04 €	RESSOURCES PERÇUES Revenus d'activité = 0 € RMI après abattement du forfait logement : 367,73 € Allocation logement : 235,68 € (*) CMU : oui Total mensuel : 603,41 € Total annuel : 7 240,92 €	RESSOURCES PERÇUES Revenus d'activité = 909,52 € Allocation logement : 63 € (*) CMU : non Total mensuel : 972,52 € Total annuel : 11 670,24 €
IMPÔTS Impôt sur le revenu : 0 € Redevance télévision : exonération Taxe d'habitation : exonération	IMPÔTS Impôt sur le revenu : 0 € Redevance télévision : 116,50 € Taxe d'habitation : exonération	IMPÔTS Impôt sur le revenu : 0 € Redevance télévision : 116,50 € Taxe d'habitation : exonération	IMPÔTS Impôt sur le revenu : 0 € Prime pour l'emploi : 474 € (*) (crédit d'impôt) Redevance télévision : 116,50 € Taxe d'habitation : oui, montant variable
TOTAL (Ressources – impôts) Annuel : 11 009,52 € Soit total mensuel : 917,46 €	TOTAL (Ressources – impôts) Annuel : 9 764,54 € Soit total mensuel : 813,71 €	TOTAL (Ressources – impôts) Annuel : 7 124,42 € Soit total mensuel : 593,7 €	TOTAL (Ressources – impôts) Annuel : 12 027,74 € – taxe d'habitation Soit total mensuel : 1 002,3 € – taxe d'habitation mensualisée

(*) Montant estimés donnés à titre indicatif.

Source : secrétariat d'Etat aux personnes handicapées.

La quasi-totalité des associations représentatives des personnes handicapées dénonce l'écart croissant entre l'évolution de l'AAH et celle du SMIC. Aujourd'hui l'AAH représente 58 % du montant du SMIC net (39 heures) ; ce rapport était de 65,7 % en 1998 et de 78 % en 1982.

Lors de la discussion en première lecture de l'article 3 du projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées à l'Assemblée nationale, le 3 juin 2004, les amendements proposant une indexation de l'AAH sur le SMIC ont été retirés à la demande du gouvernement qui avait fait valoir que la revalorisation de l'AAH ne relevait pas du domaine de la loi et que le projet de loi contenait des mesures augmentant le revenu des bénéficiaires de l'AAH (création de la prestation de compensation, abattement sur le revenu d'activité pour le calcul de l'AAH).

Néanmoins la rapporteure pour avis estime que des progrès devraient être faits en faveur de deux catégories d'allocataires de l'AAH.

Tout d'abord, les adultes qui, en raison de leur handicap, n'ont aucune perspective d'embauche professionnelle et dont l'horizon financier se résume jusqu'à l'âge de 60 ans à la perception de l'AAH à taux plein. Ces personnes, sauf à disposer d'une fortune familiale ou du revenu du travail d'un conjoint, sont souvent dans une situation de dénuement qui accentue leur isolement social. Une enquête menée en 2002 auprès des personnes de âgées de 20 à 59 ans vivant à domicile en métropole a montré que 25 % des personnes déclarant avoir au moins une déficience n'allaient voir aucun spectacle culturel ou sportif ou de divertissement alors que le taux parmi les personnes ne déclarant pas de déficience était de 13 %. Une autre enquête de 2001 indiquait que 25 % des personnes de 20 à 59 ans déclarant avoir au moins une déficience ne partaient pas en vacances alors que le taux parmi les personnes ne déclarant pas de déficience était de 11,6 %. L'Association des paralysés de France a évalué que plus du quart des allocataires de la seule AAH ne font que cinq sorties dans l'année.

Ensuite, les adultes accueillis ou placés dans un établissement social, médico-social ou de santé ne touchent qu'un reliquat de l'AAH, souvent qualifié de « reste à vivre ». Ce pécule est égal à 12 % de l'AAH, soit 70,52 € par mois, en cas de séjour de plus de 45 jours dans une maison d'accueil spécialisée, ce qui correspond exactement à la somme également laissée à une personne handicapée emprisonnée pour plus de 45 jours ! On mesure l'espace de vie personnelle laissée à un adulte disposant de 2,35 euros par jour ⁽¹⁾ ...

Les reliquats laissés aux allocataires hospitalisés pendant plus de 60 jours sont les suivants : 80 % de l'AAH (470,19 euros) si l'allocataire est marié, 65 %

(1) La rapporteure pour avis relève d'ailleurs que la rémunération minimale versée aux détenus effectuant des travaux les plus basiques (cuisine, entretien, buanderie, maintenance des locaux) dans les établissements pénitentiaires était de 4,80 à 9,68 € par jour en 2001 selon la technicité des travaux et le temps consacré.

(382,50 euros) s'il est célibataire, veuf ou divorcé. Si l'allocataire doit acquitter le forfait hospitalier, le reliquat tombe à 17 % de l'AAH, soit 99,91 euros. Il faut en outre préciser qu'aucune limitation à l'abattement n'est prévue en cas d'enfant ou d'ascendant à charge.

3. Une évolution de l'AAH engagée par le projet de loi

Le projet de loi sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, adopté en première lecture par le Sénat le 1^{er} mars 2004 et l'Assemblée nationale le 15 juin puis en seconde lecture par le Sénat le 21 octobre, améliore sur deux points importants le régime de l'AAH :

– un abattement sur les revenus tirés de l'activité professionnelle en milieu ordinaire sera effectué pour le calcul de l'allocation (4^o de l'article 3 du projet de loi). Cette mesure atténuera la dégressivité de l'AAH et valorisera l'exercice d'une activité à temps partiel qui procure des revenus modestes. Le coût de cette mesure est estimé à 43,5 millions d'euros ;

– le complément de l'AAH pourra être maintenu lorsque son bénéficiaire perçoit une AAH à taux réduit en raison de revenus tirés d'une activité professionnelle, le complément étant maintenu jusqu'au renouvellement ou l'extinction du droit à l'AAH. Cette mesure devrait lever les réticences de certaines personnes handicapées qui ne veulent pas exercer d'activité professionnelle du fait que celle-ci réduira voire supprimera l'AAH qu'elles perçoivent. Cette réforme favorisera donc l'insertion dans la vie sociale par le travail tout en procurant un revenu même limité (rétribuant un temps partiel, par exemple) sans pénalisation financière.

Par ailleurs, l'article 2 de ce projet de loi crée la prestation de compensation. Celle-ci offrira une aide pour la prise en charge des dépenses supplémentaires entraînées par le handicap selon des tarifs fixés en fonction de la nature de ces dépenses et permettra ainsi de réserver l'AAH à la couverture des frais nécessités par la vie courante. L'AAH jouera ainsi pleinement son rôle de minimum social.

La prestation de compensation sera financée et servie par le département. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie versera chaque année, selon des critères définis par la loi, les dotations complémentaires nécessaires pour le financement de la prestation.

4. La suppression du complément d'AAH

Le complément d'AAH, institué en 1994, est lié à l'attribution et l'évolution de l'AAH : il vise à compenser le coût de la vie autonome dans un logement indépendant pour lequel une aide personnelle au logement a été allouée. Il est versé en sus d'une allocation accordée à taux plein aux personnes ayant un taux d'invalidité au moins égale à 80 %, et d'un hébergement indépendant pour lequel elles reçoivent une aide personnelle. Le complément n'est pas servi pendant

les périodes de réduction ou de suspension de l'AAH (hospitalisation, hébergement en maison d'accueil spécialisé,...). Son montant est égal à 16 % de l'AAH (94,04 euros au 1^{er} janvier 2004).

Au 31 décembre 2003, 155 000 allocataires bénéficiaient du complément d'AAH. Ils étaient 152 000 fin 2002. Le coût budgétaire de cette prestation est de 177,93 millions d'euros en 2004.

Le 3 juin 2004, lors de la discussion de l'article 3 du projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement supprimant l'attribution du complément de l'AAH. L'abrogation de l'article L. 821-1-1 du code de la sécurité sociale tire les conséquences de la création de la prestation de compensation (article 2 du projet de loi). Cette nouvelle prestation pourra en effet financer les dépenses liées à l'aménagement du domicile ou les frais occasionnés par l'occupation d'un logement indépendant. L'éligibilité à cette prestation de complément est plus large que celle de l'actuel complément d'AAH.

Les allocataires du complément d'AAH à la date d'entrée en vigueur de la future loi conserveront le bénéfice de cette prestation.

La suppression de l'attribution d'un complément d'AAH pour les personnes qui n'en sont pas à ce jour allocataires se traduira, pour l'année 2005, le gouvernement ayant retenu l'hypothèse d'une entrée en vigueur de la réforme en cours de vote au 1^{er} janvier 2005, par une économie budgétaire estimée à 19 millions d'euros.

B. LE SOUTIEN PERSONNALISÉ AUX PERSONNES HANDICAPÉES À LEUR DOMICILE ET EN MILIEU SCOLAIRE

1. Les auxiliaires de vie

L'exécution du plan triennal 2001-2003 en faveur des enfants, adolescents et adultes handicapés a permis de renforcer très substantiellement les moyens alloués aux auxiliaires de vie. Aux 1 864 forfaits existant au lancement du plan, 961,5 ont été ajoutés en 2001, 938,5 en 2002 et 1 297 en 2003. Ces nouveaux forfaits créés en 2003 étaient plus spécifiquement destinés à des personnes très lourdement handicapées et s'inséraient dans un dispositif expérimental permettant d'affecter aux personnes handicapées des forfaits doublés ou triplés (forfaits dits « renforcés »).

La loi de finances pour 2004 a mobilisé 4,96 millions d'euros pour créer 514 forfaits classiques supplémentaires et 500 forfaits renforcés.

Le gouvernement n'a fourni aucun chiffre sur le montant des crédits consacrés par le projet de loi de finances pour 2005 aux auxiliaires de vie.

Les crédits budgétaires de l'Etat permettent de subventionner à hauteur de 9 650 euros par an chaque poste équivalent temps plein d'auxiliaire de vie. Le

gouvernement (fascicule budgétaire des crédits de la santé, analyse de l'agrégat 25) estime que cette subvention couvre en moyenne la moitié des dépenses : il retient une hypothèse d'un coût moyen horaire des aides humaines de 13 euros ; ce coût peut être inférieur dans les contrats négociés de particulier à particulier mais il est souvent supérieur dans les structures mandataires. Le forfait prévu dans le projet de loi de finances permet donc de financer l'emploi d'un auxiliaire de vie pendant 742 heures par an, soit 46 % d'un équivalent temps plein annuel de 1 600 heures.

Cependant, des associations gestionnaires ont indiqué à la rapporteure pour avis que le coût d'emploi d'un auxiliaire de vie leur revenait à environ 20 euros de l'heure tandis que la subvention de l'Etat ne leur apportait que 6 à 7,40 euros selon le nombre d'heures de travail hebdomadaire (1 600 heures ou 1 300 heures).

2. Le soutien à l'intégration en milieu scolaire ordinaire

Le plan triennal 2001-2003 a permis de créer 583 postes d'auxiliaires de vie scolaire en 2001, 165 en 2002 et 165 en 2003. Ces postes ont commencé à être financés en 2001 par prélèvement sur les crédits des auxiliaires de vie. Afin de pérenniser ces emplois, en exécution de la loi n° 2003-400 du 30 avril 2003 relative aux assistants d'éducation, le ministère de l'éducation nationale a mis à disposition, à la rentrée scolaire 2003-2004, 6 000 postes d'assistants d'éducation. Des personnels d'association ont été employés à cette fin : 186 d'entre eux ont rejoint le dispositif d'assistants d'éducation à la rentrée 2003-2004, avec un financement partiel du ministère de la santé. La rentrée 2004-2005 devrait permettre de poursuivre cette politique. Pour 2004, les reliquats de crédits dégagés sur le chapitre 46-35, article 20 du budget de la direction générale de l'action sociale ont permis la création de 144 forfaits d'auxiliaires de vie.

Le gouvernement n'a fourni aucun chiffre sur le montant des crédits consacrés par le projet de loi de finances pour 2005 aux auxiliaires de vie scolaire.

Par ailleurs, en 2003, 38 postes d'auxiliaires de vie universitaire ont été créés. Le dispositif est maintenu pour la rentrée 2004-2005 à titre exceptionnel et à enveloppe constante (6 811 euros par an et par poste).

Du point de vue des équipements, le budget du ministère de l'éducation nationale a mobilisé 25 916 333 euros sur trois ans pour renforcer le parc de matériels pédagogiques et techniques adaptés afin d'améliorer l'intégration des élèves handicapés en milieu scolaire ordinaire. Ces crédits sont affectés en fonction d'une évaluation des besoins des élèves handicapés réalisée par les inspections académiques et les rectorats. Pour 2004, 23 millions d'euros ont été délégués par le ministère de l'éducation nationale aux inspections académiques pour le premier degré et aux rectorats pour le second degré.

Les crédits destinés aux classes d'intégration scolaire relèvent du ministère de l'Education nationale.

3. Le soutien médico-social à domicile

En matière d'action médico-sociale précoce, le plan triennal 2001-2003 a prévu une enveloppe de crédits d'assurance maladie (ONDAM) d'un montant de 45,73 millions d'euros destinée à augmenter les capacités des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et des services de soins et d'éducation spéciale à domicile (SESSAD). Près de 12,2 millions d'euros ont été consacrés, par an, au développement des SESSAD, auxquels s'est ajoutée, en 2003, une enveloppe complémentaire de 4 millions d'euros. Le bilan du plan triennal, réalisé en avril 2004, montre que l'ensemble de ces crédits a permis de financer 3 150 places nouvelles de SESSAD. L'enveloppe annuelle des CAMSP, d'un montant de 3 millions d'euros, a, quant à elle, permis de financer 35 projets augmentant la capacité d'accueil et de prise en charge des centres.

La 28 janvier 2004, le gouvernement a présenté un programme d'action pour les années 2004 à 2007 dans le double but de favoriser la prise en charge précoce des enfants lourdement handicapés et de faciliter leur maintien ou leur intégration en milieu ordinaire. Ce plan prévoit la création de 22 projets de CAMSP par an sur ses quatre années et de 1000 places de SESSAD en 2004 et 1 250 places par an sur les trois années 2005-2007. Un effort de création de places pour des autistes devrait être fait ; le secrétariat d'Etat n'a pas communiqué de données quantifiées.

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sont plus largement ouverts aux personnes handicapées, grâce au décret n° 2004-613 du 25 juin 2004. Dix millions d'euros de crédits d'assurance maladie (ONDAM) sont affectés à la création de 1 018 nouvelles places en 2004 ; elles s'ajoutent aux places spécifiquement destinées aux personnes handicapées qui ont été financées dans le cadre du plan triennal 2001-2003.

C. LES DIFFICULTÉS DE FINANCEMENT DES STRUCTURES D'ACCUEIL POUR ENFANTS ET ADULTES HANDICAPÉS

1. Les difficultés de gestion des établissements

Les pouvoirs publics consacrent en France 27 milliards d'euros à la prise en charge du handicap de 2,2 millions adultes et de 180 000 enfants. Douze milliards d'euros sont versés pour le financement des établissements qui accueillent 220 000 adultes (4 500 établissements) et 125 000 enfants (3 000 établissements). Les trois quarts de leurs dépenses sont consacrés au personnel ; ces 9 milliards d'euros étaient financés à hauteur de 59 % par l'assurance maladie (5,3 milliards), de 21 % par l'Etat (1,9 milliard) et de 20 % par les départements (1,8 milliard). Les personnels des établissements, totalisant 200 000 emplois équivalent temps plein, étaient majoritairement employés par des associations (86 %).

Le syndicat national des associations de parents d'enfants inadaptés gestionnaires d'établissements et de services (SNAPEI) a mesuré l'évolution de la masse salariale des établissements sociaux et médico-sociaux relevant de la convention collective 66 (9,72 milliards d'euros en 2004) au regard des financements obtenus des pouvoirs publics. Pour l'année 2005, le tableau ci-après présente l'évolution mécanique de cette masse salariale hors de toute prévision d'actes de gestion des établissements.

*Estimation de l'évolution des besoins de financement
des personnels d'établissements*

<i>(augmentation en % de la masse salariale)</i>	2004			2005
	Due	Obtenue	Non financée	Evolution mécanique
Dispositif ARTT				
Blocage du point	2,34 %	- 1,00 %	1,24 %	-
Gel de la majoration familiale	0,33 %	0	0,33 %	0,11 %
Sortie du dispositif ARTT (fin des aides Aubry)	0,30 %	-	0,30 %	3,50 %
Valeur du point				1,00 %
Centres d'aide par le travail	1,58 %	0	1,58 %	
Autres établissements	1,58 %	- 0,544 %	1,58 %	
GVT				
Centres d'aide par le travail	1,20 %	0,60 %	0,60 %	1,10 %
Autres établissements	1,20 %	0,80 %	0,40 %	
Effet prix	0,375 %	0,375 %	0	0,498 %
Mesures législatives et réglementaires				
Association pour la gestion du régime d'assurance des créances des salariés (AGS)	0,10 %	0	0,10 %	
Jour de solidarité	0,162 %	0	0,162 %	0,162 %
Formation professionnelle	-	-	-	-
Sous-total				6,37 %
Centres d'aide par le travail	6,387 %	1,975 %	3,412 %	
Autres établissements	6,387 %	2,175 %	4,214 %	
Mesures conventionnelles				
Travail de nuit	0,12 %	0,12 %	0	0,119 %
Apprentissage	0,10 %	0	0,10 %	0,10 %
Astreintes	0,026 %	0	0,026 %	0,026 %
Médecins spécialistes	0,08 %	0	0,08 %	0,08 %
Sous-total	0,254 %	0,12 %	0,134 %	0,325 %
TOTAL				6,695 %
Centres d'aide par le travail	6,641 %	2,095 %	3,546 %	
Autres établissements	6,641 %	2,295 %	4,348 %	

Source : SNAPEI, 7 septembre 2004

Compte tenu de ces taux et de la répartition des financements entre l'assurance maladie, l'Etat et les départements indiqués ci-dessus, les besoins de financement seraient les suivants pour 2005.

**Estimation des besoins en dotations budgétaires
pour le financement des personnels d'établissements**

<i>(en millions d'euros)</i>	Financement par l'Etat (PLF 2005)	Financement par l'assurance maladie (PLFSS 2005)	Impact sur les finances des départements
Besoins conventionnels (1)	47,1	136,59	44,745
Sortie dispositif ARTT	70	203	66,5
Mesures sociales (2)	35,2	102,08	33,44
TOTAL	152,3	441,67	144,685

(1) Evolution de la valeur du point, blocage de la majoration familiale, accords de branche sur l'apprentissage, sur les astreintes, sur le travail de nuit, sur les médecins spécialistes.

(2) Effet prix, GVT, journée de solidarité.

Source : SNAPEI, 7 septembre 2004.

Alors que les besoins de financement en personnel augmentent mécaniquement de 6,7 % en 2005, le ministère des finances propose d'accroître les dépenses de 2 %. La fin du dispositif Aubry sur les 35 heures entraîne à elle seule une réduction de 3,5 % des aides, ce qui impose une révision drastique des moyens, voire une remise en cause des conventions collectives ⁽¹⁾.

Faute de financements à hauteur des besoins exigés par l'application des dispositifs législatifs et réglementaires, des conventions collectives et des accords salariaux, les associations gestionnaires d'établissements sont contraintes de réaliser des économies de gestion tant sur les dépenses en personnel que par des mesures d'ordre qualitatif. Ces mesures d'économie consistent le plus souvent en l'absence de remplacement des départs en retraite, voire des licenciements purs et simples en cas de situation de crise, en la réduction des services rendus aux personnes handicapées, la réduction des heures d'ouverture et la révision de l'évaluation des handicaps afin d'admettre les personnes dont le handicap est le moins coûteux pour le budget de l'établissement. Cette dernière mesure d'économie est particulièrement inquiétante puisque la mise en place du budget global d'établissement se renforce depuis la mise en œuvre de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, même si cette loi a assaini les

(1) Les travailleurs handicapés en centre d'aide par le travail (CAT) n'ont pas le statut de salarié et n'entrent donc pas dans le champ d'application de la législation sur le temps de travail. Les travailleurs handicapés en CAT sont réputés avoir travaillé la durée légale prévue par le code du travail dès lors qu'ils ont effectué le temps de travail inscrit au règlement intérieur de l'établissement. La circulaire 60 AS du 8 décembre 1978 préconisait une répartition du temps de présence en CAT entre 35 heures d'activités professionnelles, y compris le soutien qui s'y rapporte, et 5 heures d'activités extra-professionnelles, liées à l'insertion sociale.

Dans ce contexte et par assimilation, les dispositions relatives à la réduction du temps de travail du personnel des CAT ont été rendues applicables aux travailleurs handicapés admis dans ces établissements par la circulaire n° 2000-24 du 16 octobre 2000 et celle du 3 août 2001, afin d'éviter une discrimination entre les travailleurs handicapés et le personnel de ces établissements, au détriment des personnes admises en CAT. Après concertation des partenaires du secteur, la plus grande souplesse a été recommandée dans la mise en œuvre des modalités pratiques d'application de la réduction du temps de travail. L'objectif est de concilier l'intérêt pour les travailleurs handicapés de bénéficier de la nouvelle durée légale du travail et la nécessité de préserver la vocation médico-sociale du CAT, par les heures de soutien et la qualité de la prise en charge des personnes accueillies.

comptes des associations en ne permettant plus de financer les déficits d'une année sur les recettes des exercices suivants.

Une tarification à la personne selon son handicap pourrait éviter cette dérive. Une expérimentation menée dans quatre-vingts établissements de la région Rhône-Alpes montre, selon les premiers éléments établis par le Conservatoire des arts et métiers, qu'il existe une forte corrélation entre le budget d'un établissement et le niveau de handicap traité. Resterait à déterminer un tarif pour chaque type de handicap. L'analyse des budgets de ces établissements montre également que l'application du budget global créerait un écart de 2,8 entre le décile des budgets des établissements les mieux dotés et le décile des budgets des établissements les moins dotés. Un test sur ces quatre-vingts établissements montrerait enfin qu'une tarification à la personne permettrait de financer 10 % de places supplémentaires.

Par ailleurs, alors que les progrès de la médecine permettent de prolonger très significativement la vie des personnes atteintes de handicaps graves, la programmation des créations de places dans les établissements accueillant des adultes risque de se révéler très insuffisante pour le traitement de ces personnes, parmi lesquelles doivent être signalés les autistes. En effet, trop souvent les enfants autistes sont placés en hôpital psychiatrique en atteignant l'âge adulte faute de places disponibles dans les établissements pour adultes adaptés. Avec l'allongement de la durée de vie des personnes lourdement handicapées, le problème touche également désormais les établissements hébergeant les personnes âgées qui trop souvent ne sont pas en mesure d'accueillir de manière satisfaisante ces personnes.

Les établissements souffrent également d'une pénurie de personnels qualifiés. La contrainte des 35 heures et les restrictions budgétaires ont conduit les associations gestionnaires à recruter des personnes non diplômées qui sont moins rémunérées (il a même été signalé à la rapporteure pour avis que des établissements avaient été amenés à recruter des candidats au concours d'élèves éducateurs). Les embauches sont réduites au minimum et les prévisions de budgets n'ont pas suivi l'évolution des salaires.

2. La création de places relancée par le gouvernement

Le gouvernement a élaboré un plan de création de 40 000 places sur 2003-2007 dans les établissements accueillant des personnes handicapées (foyers d'accueil médicalisés, maisons d'accueil spécialisées, centres d'aide par le travail, instituts médico-éducatifs, foyers de vie, ...). Le rythme de création de places sera ainsi doublé par rapport à la période 1998-2002.

Toutefois, le gouvernement estime que les besoins en termes de places en établissements médico-sociaux pour les adultes handicapés restent aujourd'hui difficiles à cerner. La mise en œuvre du système de gestion informatisée OLYMPE dans les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) permettra, à l'avenir, de disposer de statistiques plus

fiables et plus précises sur les orientations et leur mise en œuvre. Les maisons départementales du handicap contribueront également à améliorer la connaissance des besoins.

Pour 2005, les crédits permettront de créer 1 250 places en services d'éducation spéciale et de soins à domicile, 2 500 en maisons d'accueil spécialisées ou en foyers d'accueil médicalisé et 1 250 dans les services médico-sociaux.

***Bilan par régions du plan pluriannuel de création de places
en maisons d'accueil spécialisées (MAS) et en foyers d'accueil médicalisé (FAM)***

RÉGIONS	Places en MAS et FAM prévues par le plan (*)	Places financées			Places installées		
		MAS	FAM	Total	MAS	FAM	Total
Alsace	196	55	140	195	55	134	189
Aquitaine	304	86	310	396	60	229	289
Auvergne	89	17	115	132	14	59	73
Bourgogne	133	28	143	171	0	141	141
Bretagne	208	49	113	162	31	64	95
Centre	241	74	240	314	22	227	249
Champagne-Ardenne	89	53	0	53	50	0	50
Corse	20	0	0	0	0	0	0
Franche-Comté	69	46	0	46	38	0	38
Ile-de-France	1 998	760	481	1 241	589	333	922
Languedoc-Roussillon	221	89	118	207	61	82	143
Limousin	30	26	0	26	8 (**)	0	8
Lorraine	212	99	82	181	84	82	166
Midi-Pyrénées	125	56	84	140	53	84	137
Nord-Pas de Calais	459	196	188	384	75	165	240
Basse-Normandie	81	65	0	65	55	0	55
Haute-Normandie	147	22	239	261	22	207	229
Pays-de la Loire	225	93	97	190	91	72	163
Picardie	173	99	86	185	81	41	122
Poitou-Charentes	159	65	58	123	55	55	110
PACA	575	259	212	471	218	31 (**)	249
Rhône-Alpes	536	228	387	615	177	286	463
Guadeloupe	117	53	0	53	26	0	26
Martinique	83	38	30	68	14	0	14
Guyane	46	16	0	16	0	0	0
Réunion	64	41	0	41	27	0	27
FRANCE	6 600	2 613	3 123	5 736	1 906	2 292	4 198

(*) Le total comprend les places en MAS et FAM prévues par les circulaires budgétaires (5 960 places) ainsi que les places de la réserve nationale (équivalent à 640 places).

(**) Les retards dans l'installation des places créées dans les régions Limousin et PACA sont liés aux années de financement : 46 % des 26 places en MAS créées dans le Limousin ont été financées en 2003 et 75 % des 212 places en FAM créées en PACA ont été financées ces deux dernières années.

Source : Secrétariat d'Etat aux personnes handicapées.

D. LE SOUTIEN À L'INTÉGRATION PAR LE TRAVAIL DES PERSONNES HANDICAPÉES

De 1999 à 2003, deux plans pluriannuels ont permis de financer la création de 10 000 places en centre d'aide par le travail (CAT). Au 30 avril 2004, 9 487 des 10 000 places créées étaient effectivement installées et occupées. La répartition des nouvelles places a été guidée par le souci de rééquilibrage territorial afin de réduire les écarts entre régions, notamment l'Ile-de-France très déficitaire. Fin 2004, le taux d'équipement entre les départements métropolitains variera toutefois encore de 1 à 8 (1,73 places pour 1 000 habitants à Paris pour 13,78 places en Lozère, la moyenne nationale étant de 3,17 places ⁽¹⁾).

La loi de finances pour 2004 a ouvert les crédits pour la création de 3 000 places supplémentaires. Le même effort sera reconduit en 2005, mais la création des 3 000 places sera financée par un concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Le projet de loi de finances pour 2005 propose d'augmenter les crédits de 13,87 millions d'euros (+ 1,23 %) afin de financer les revalorisations salariales prévues par les conventions collectives du travail.

Concernant les ateliers protégés, 2 500 places nouvelles sont annoncées par le gouvernement.

Par ailleurs, les articles 4, 18 et 19 du projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées suppriment la garantie de ressources des travailleurs handicapés (GRTH) employés en CAT, en atelier protégé et en milieu ordinaire.

Pour les personnes handicapées accueillies en CAT, il est substitué à la GRTH une rémunération garantie.

En entreprise adaptée – nouvelle dénomination de l'atelier protégé – le travailleur handicapé bénéficiera d'un salaire contractuel au moins égal au SMIC, l'aide au poste versée par l'Etat devant compenser la suppression du complément de rémunération.

En milieu ordinaire, la disposition législative permettant à l'employeur, après autorisation, de verser un salaire réduit à une personne handicapée dont le rendement professionnel est diminué est supprimée. Dès lors le droit commun des conventions collectives du travail s'appliquera et les travailleurs handicapés, quel que soit leur rendement, pourront bénéficier du SMIC ou du salaire minimum conventionnel. Les entreprises recevront une compensation par une aide au poste.

(1) 2,96 places en Alsace, 3,46 en Aquitaine, 3,79 en Auvergne, 3,43 en Bourgogne, 3,60 en Bretagne, 3,39 en région Centre, 3,58 en Champagne-Ardenne, 2,65 en Corse, 3,76 en Franche-Comté, 2,24 en Ile-de-France, 3,65 en Languedoc-Roussillon, 4,78 en Limousin, 3,79 en Lorraine, 3,49 en Midi-Pyrénées, 3,94 en Nord-Pas-de-Calais, 4,44 en Basse-Normandie, 2,98 en Haute-Normandie, 3,29 en Pays de la Loire, 3,75 en Picardie, 3,67 en Poitou-Charentes, 2,70 en PACA, 3,15 en Rhône-Alpes, 1,74 en outre-mer.

II.- L'ACTION DÉCENTRALISÉE EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES

La rapporteure pour avis a consacré deux questions de son questionnaire budgétaire aux financements des collectivités locales et surtout des départements en direction des personnes handicapées. Il n'a été apporté aucune réponse à ces deux questions.

Question n° 12 : Communiquer le montant des dépenses des collectivités locales, particulièrement des départements, en faveur des handicapés depuis 2001. Indiquer les perspectives de clarification des compétences entre les différents échelons d'administration.

Question n° 19 : Faire une note sur l'évolution du rôle des départements dans le domaine de la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées (thème retenu par la rapporteure pour avis pour son avis budgétaire). Prendre en compte les éléments nouveaux devant résulter des textes actuellement en cours de navette au Parlement. Préciser les circuits de financement : Etat, régions, caisses, départements, etc.

A. L'ÉVOLUTION DE LA GESTION DÉCENTRALISÉE DU SOUTIEN AUX PERSONNES HANDICAPÉES

Depuis la loi fondatrice du 30 juin 1975, l'Etat a été considéré comme l'initiateur, le coordinateur, l'ordonnateur et le banquier du soutien aux personnes handicapées. Indéniablement, son action a porté ses fruits en permettant la mise en place de normes d'accessibilité, des aides financières et humaines et des structures de soutien aux enfants et adultes handicapés, dans leur vie courante, à l'école, au travail ou dans des établissements spécialisés. Il a également apporté une assistance aux associations.

Certes, les structures administratives de l'Etat ont été mises en place selon un modèle déconcentré : les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et les commissions départementales d'éducation spéciale (CDES), créées par la loi d'orientation du 30 juin 1975, ont été implantées dans chaque département.

Cependant, les lois de décentralisation ont, à partir du 1^{er} janvier 1984, confié aux collectivités locales, et tout particulièrement au département, des missions primordiales en matière de soutien aux personnes handicapées par le transfert de compétences étatiques en matière d'action sociale et médico-sociale.

La loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 a tout d'abord transféré au département la compétence de droit commun pour les prestations d'aide sociale légale et a laissé à l'Etat des compétences d'attribution. Depuis vingt ans, les conseils généraux et leurs présidents ont ainsi su développer, dans la limite de leurs moyens, des politiques actives, novatrices et proches des besoins des personnes handicapées. En 1999, avant la réforme de la prise en charge de la perte

d'autonomie des personnes âgées, les dépenses d'action sociale des départements représentaient 54 % de leurs budgets de fonctionnement alors qu'elles mobilisaient seulement 48 % de leurs crédits de fonctionnement en 1984.

Le mouvement de décentralisation n'a certes pas été permanent puisque la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle a retransféré à l'Etat et aux organismes de sécurité sociale l'aide médicale et certaines prestations destinées aux personnes handicapées (mais également aux enfants et aux personnes âgées), avec réduction à due concurrence de la dotation générale de décentralisation versée aux départements et, le cas échéant, du produit des impôts qui leur était affecté.

La loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie a confié aux départements la charge d'attribuer et gérer l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Le département apparaît en effet comme l'échelon le mieux adapté pour la gestion de la perte d'autonomie qui exige une connaissance des besoins courants des demandeurs, qui ne peut être acquise que par la proximité, et une réponse adaptée à l'environnement de l'allocataire.

Ces principes de gestion doivent pouvoir inspirer la politique en faveur des personnes handicapées.

La loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées a transféré la mission de financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées à un nouvel établissement public national, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Cette caisse se substitue au fonds de financement de l'APA, dont les droits et obligations lui ont été transférés.

La loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux responsabilités locales a enfin renforcé le rôle du département en matière d'action sociale légale. L'action légale couvre les prestations prévues par la loi et s'oppose à l'action facultative dont l'initiative appartient à ses promoteurs, Etat, collectivités territoriales ou organismes de sécurité sociale. L'aide sociale facultative consiste essentiellement en l'aide à domicile, l'aide au logement, l'aide à l'amélioration de l'habitat, le secours alimentaire, l'aide financière au paiement des taxes et factures, l'insertion sociale et professionnelle, l'accompagnement scolaire.

La loi n° 2004-809 du 13 août 2004 a érigé le département en collectivité coordinatrice des actions de politique d'action sociale. La mise en œuvre de la politique d'action sociale dans le département est confiée au conseil général, qui doit cependant tenir compte des compétences de l'Etat et des organismes de sécurité sociale en ce domaine. La loi a transféré au département la responsabilité de l'élaboration du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale.

Cependant, en matière de personnes handicapées, l'action du département reste en retrait par rapport à la place conservée par l'Etat et surtout la sécurité sociale.

La compétence de droit commun du département pour les personnes handicapées repose sur ses attributions suivantes : la protection maternelle et infantile (dont les centres d'action médico-sociale précoce), l'aide sociale à l'enfance et ses établissements, l'allocation compensatrice pour tierce personne, l'allocation personnalisée à l'autonomie, les établissements ou services pour adultes handicapés.

L'action sociale confiée à l'Etat en ce même domaine repose sur la gestion de l'allocation simple aux personnes âgées, l'allocation différentielle aux personnes handicapées, les frais d'hébergement, d'entretien et de formation professionnelle des personnes handicapées dans les établissements de rééducation professionnelle, les frais de fonctionnement des centres d'aide par le travail, l'aide sociale au logement.

Le tableau ci-après montre la répartition des prestations de compensation du handicap (invalidité et accident du travail) entre l'Etat, le département et la sécurité sociale depuis que le compte social du handicap a été mis en place par la direction de la sécurité sociale.

Ventilation des dépenses par financeurs principaux

<i>(en millions d'euros constants pour 1995 et 2002)</i>	1995		2002		2003 (provisoire)	
Etat	6 177	26,3 %	6 756	24,6 %	6 899	24,3 %
Départements	2 172	9,2 %	2 815	10,2%	2 794	9,8 %
Sécurité sociale	15 031	64,0 %	17 799	64,8 %	18 597	65,5 %
<i>maladie-invalidité</i>	9 088	38,7 %	11 225	40,9%	<i>nd</i>	41 %
<i>famille</i>	297	1,3 %	405	1,5 %	<i>nd</i>	1,5 %
<i>accidents du travail</i>	5 646	24,0 %	6 168	22,4 %	<i>nd</i>	23 %
Divers régimes	106	0,4 %	107	0,4 %	117	0,4 %
TOTAL	23 486	100,0 %	27 476	100,0 %	28 407	100,0 %

Nota : le financeur principal est la collectivité dispensant la prestation ou remboursant la prestation correspondante. Source : DREES, comptes de la protection sociale, compte social du handicap 1995-2002 et compte provisoire pour 2003.

Le compte social du handicap est composé à plus de 70 % de prestations d'assurances sociales (pensions d'invalidité, rentes et indemnités journalières d'accidents du travail). La charge de l'Etat résulte essentiellement du financement des minima sociaux (AAH, AES), dont le poids s'accroît sur la période 1995-2003 tandis que les pensions militaires d'invalidité reculent fortement. Au total, la part de l'Etat dans le compte social du handicap est en diminution régulière depuis 1995 (-2 points) tandis que celle des collectivités territoriales s'accroît (+0,6 point), de même celle des branches maladie-invalidité et famille de la sécurité sociale. La progression de la part de la sécurité sociale est principalement due à la croissance des pensions d'invalidité dans les prestations versées aux personnes handicapées.

La progression de la part des collectivités locales est la conséquence directe de la montée en puissance des dispositifs d'aide et d'action sociale en faveur des personnes handicapées.

B. L'APPROFONDISSEMENT DE LA DÉCENTRALISATION DE LA POLITIQUE EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES

Les dispositions de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ne constituent qu'une première étape de la réforme de la gestion de la perte d'autonomie. Le gouvernement a confié une mission de réflexion sur l'organisation de la prise en charge de la perte d'autonomie et la gouvernance et les objectifs de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) à MM. Raoul Briet, conseiller maître à la Cour des comptes, et Pierre Jamet, directeur général des services du département du Rhône. Cette mission avait également pour rôle d'évaluer les conséquences sur le rôle de la caisse de la future réforme de la loi du 30 juin 1975 sur les personnes handicapées. Les propositions de MM. Raoul Briet et Pierre Jamet figurent dans un rapport remis au Premier ministre le 8 juillet 2004.

Ce rapport propose le transfert aux départements de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées et la reconfiguration des missions régulatrices de l'Etat en mettant en place une agence nationale chargée d'orienter les départements, d'édicter des normes et d'exercer un contrôle, notamment afin de veiller à l'égalité de traitement sur le territoire national et l'équilibre de la répartition des équipements.

Les propositions relatives à ce dispositif décentralisé de gestion de la perte d'autonomie sont reproduites dans l'encadré ci-après.

Extrait du résumé du rapport de la mission de préfiguration de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, conduite par MM. Raoul Briet et Pierre Jamet (mai 2004)

Le dispositif local : une responsabilité encadrée du département

Dans l'esprit de la mission, le département doit se voir transférer la responsabilité de la gestion des dispositifs de prise en charge de la perte d'autonomie. Pour autant, le fait que le département soit identifié comme le responsable en ce domaine ne doit pas laisser penser qu'il en serait l'unique acteur ; bien au contraire, il appartiendra au département de fédérer le réseau des partenaires dont le concours est indispensable pour la satisfaction des objectifs de cette politique (service public de l'emploi, Education nationale, organismes de protection sociale, associations d'utilisateurs...).

En premier lieu, le département aura la charge d'assumer la mise en place et la gestion, dans tous ses aspects, de la maison départementale des personnes handicapées, dont il convient de préciser qu'il s'agit d'une fonction répondant à une exigence de proximité, d'information et d'efficacité, et non d'une véritable « maison » au sens physique du terme.

(...)

En second lieu, le département assurera la présidence de la commission des droits et de l'autonomie (CDA) qui remplacera les COTOREP et les CDES et prendra les décisions d'attribution des droits et des prestations qui auront été au préalable proposées par des équipes d'évaluation et retracées dans un plan d'aide. Ces équipes d'évaluation qui devront être composées de personnels

disposant de compétences diversifiées, et en nombre suffisant pour pouvoir se rendre au domicile des personnes feront l'objet d'une « charte constitutive », point d'application essentiel de la formalisation du partenariat dans la maison départementale.

La commission des droits et l'autonomie, scindée en deux sections selon qu'il s'agit, ou non, d'un adulte, devra elle aussi refléter la diversité des acteurs et comporter des représentants de l'Etat, du conseil général, des organismes de sécurité sociale et des autres collectivités territoriales. Compte tenu de leur caractère spécifique lié à l'obligation scolaire, les décisions relatives à l'orientation des enfants handicapés devront recueillir l'avis conforme du représentant de l'Education nationale.

Pour que le département soit pleinement responsable de l'adéquation des réponses et de l'effectivité des décisions prises, il doit disposer de la grande majorité des leviers d'actions en ce domaine : notamment ceux relatifs à la délivrance des prestations (et notamment, en sus de l'APA, la prestation de compensation du handicap) d'une part, et, de l'autre, ceux relatifs aux établissements et services pour personnes âgées dépendantes (EHPAD, SSIAD), pour enfants handicapés (SESSAD, IME, IR), et pour adultes handicapés (FAM, MAS, CAT).

Le schéma proposé par la mission ne retient pas l'idée de délégation de gestion au président de conseil général car, outre sa non-conformité au principe d'autonomie des collectivités territoriales, elle conduit à une confusion accrue des responsabilités alors même que l'objectif recherché est celui d'une identification plus claire.

La mission fait donc le choix d'un large transfert de compétences en ces domaines. En contrepartie, ce choix implique que des mécanismes soient prévus pour assurer une cohérence indispensable avec la planification sanitaire et la bonne articulation dans les établissements et les services, entre les soins spécifiques liés à la perte d'autonomie et ceux de droit commun.

En parallèle à cette réorganisation des responsabilités, il est indispensable de prévoir les modalités d'une régulation locale spécifique de nature à compléter les modes déjà existants (contentieux individuel, contrôle de légalité, corps d'inspection et de contrôle). Un comité départemental de solidarité pour l'autonomie (CDSA), composé, notamment, de représentants des CODERPA et CDCPH, aurait comme mission générale de suivre la gestion par le département du dispositif de prise en charge de la perte d'autonomie aussi bien pour les prestations que pour les équipements. Ce comité disposerait en outre de sources d'information importantes sous la forme d'un état budgétaire annexe et d'un rapport d'ensemble établi par le département. Le comité aura le loisir de s'en saisir, d'en débattre et, le cas échéant, d'alerter la caisse nationale. La régulation locale suppose, en outre, une intervention renouvelée des services de l'Etat qui devrait prendre la forme d'un élargissement, au niveau régional, des compétences d'évaluation des politiques départementales.

La rapporteure pour avis estime que les prestations aux personnes handicapées doivent s'appuyer sur le socle des revenus minimaux garantis (AAH, AES) et sur des prestations en nature ou financière de compensation des handicaps. Cette compensation doit être individualisée et conçue en fonction des besoins de vie de chaque allocataire. Cette approche permet d'adapter aux besoins de la vie courante le soutien aux personnes handicapées sans transformer en assistance les prestations qui leur sont dues.

Cette politique de la compensation est mise en œuvre par le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées en cours d'adoption par le Parlement. Son article 2 crée la prestation de compensation qui sera financée et servie par le département, avec une dotation annuelle de la CNSA.

Cette politique nécessite une gestion de proximité car les acteurs de terrain ont seuls une connaissance précise et directe du cadre de vie et des besoins

matériels des personnes handicapées. Confier à une responsabilité locale la gestion des prestations de compensation est donc le gage d'une meilleure efficacité des interventions publiques (recherche de l'aide la mieux adaptée, contrôle de l'effectivité,...). En outre, la gestion de proximité permet de s'abstraire d'une application territoriale uniforme, selon des barèmes nationaux et souvent sur dossier, qui est de règle au sein des organismes de sécurité sociale.

La gestion décentralisée de l'aide aux personnes handicapées ne tend pas à accroître les inégalités entre les territoires ; au contraire on constate une réduction des écarts dans l'offre de places d'accueil ou d'hébergement, les départements ayant un faible taux d'équipement ayant tendance à investir plus que la moyenne.

La gestion locale exige toutefois la désignation d'un pilote responsable de la coordination des prestations. C'est une garantie d'efficacité. L'échelon communal est trop fractionné et les municipalités peuvent ne pas disposer de moyens de gestion suffisants pour faire face aux besoins croissants. L'échelon régional crée un lien trop distendu pour assurer une gestion de proximité. Le département apparaît donc comme la collectivité la mieux adaptée pour la gestion des aides aux personnes handicapées, d'autant plus qu'il est l'acteur central de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et qu'il tire de la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie une grande expérience en matière de soutien personnalisé à des personnes éprouvant, compte tenu de leur état, des difficultés de vie dans leur environnement.

Le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées propose de mettre en place les structures permettant au département de gérer la prise en charge des compensations des handicaps et définir les projets de vie des personnes handicapées. A cette fin, la maison départementale du handicap est créée ; elle aura la forme d'un groupement d'intérêt public et sera dirigée par le président du conseil général. En outre, une commission des droits et de l'autonomie est mise en place. Cette commission :

- statuera sur la reconnaissance des droits des personnes handicapées. Elle attribuera la prestation de compensation, les représentants du conseil général disposant en cette circonstance de la majorité des voix au sein de la commission ;

- se prononcera sur l'orientation de la personne handicapée et les mesures tendant à assurer son insertion ;

- désignera les établissements d'accueil ou les services répondant aux besoins de la personne handicapée ;

- appréciera l'état de la personne handicapée pour l'attribution du complément de l'allocation d'éducation spéciale et la délivrance des cartes d'invalidité et de priorité ;

- reconnaîtra la qualité de travailleur handicapé ;

– statuera sur la prise en charge des personnes de plus soixante ans hébergées dans les structures pour personnes handicapées adultes.

En seconde lecture du projet de loi sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées devant le Sénat, le gouvernement a fait adopter, le 21 octobre 2004, des amendements définissant les missions de la CNSA, à savoir :

– fournir les moyens financiers aux départements pour verser aux personnes âgées et aux personnes handicapées l'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation créée par l'article 2 du projet de loi ;

– répartir entre les régions et les départements l'enveloppe des crédits de l'assurance maladie résultant de l'ONDAM médico-social qui sont destinés aux personnes âgées et aux personnes handicapées ainsi que le produit de la contribution de la journée de solidarité, les préfets de région étant chargés de répartir les crédits entre les conseils généraux et les DDASS ;

– expertiser les grilles et barèmes des handicaps et dépendances et évaluer les besoins individuels ; à cette fin, la CNSA sera dotée d'un conseil scientifique qui mènera des recherches.

La répartition de l'enveloppe des crédits de l'assurance maladie résultant de l'ONDAM médico-social sera assurée sur la base d'un « programme interdépartemental de prise en charge des handicaps et de la perte d'autonomie ». Il fixera les priorités de financement pour les prestations relevant de la décision tarifaire de l'Etat, compte tenu des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale pour le handicap et la gérontologie. Ce nouveau programme sera élaboré par les préfets de région.

Le gouvernement n'a donc pas, pour l'heure, retenu la proposition de MM. Briet et Jamet de confier au département la maîtrise de la tarification des établissements et des services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées ⁽¹⁾, quand bien même le financement de ces établissements par l'Etat et la branche maladie de la sécurité sociale aurait subsisté, le département pouvant bénéficier d'un transfert de gestion.

Ce dispositif qui devrait être discuté par l'Assemblée nationale en seconde lecture au mois de janvier 2005 confie donc une mission de gestion de proximité au département sous la direction du président de son conseil général : il élaborera avec les personnes handicapées leur projet de vie, définira leurs besoins, attribuera

(1) Foyers d'hébergement, foyers occupationnels, foyers de vie, foyers d'accueil médicalisé, maisons d'accueil spécialisées, instituts médico-éducatifs, instituts de rééducation, établissements pour enfants polyhandicapés, établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients moteurs dits instituts d'éducation motrice, instituts d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences visuelles ou auditives, services d'éducation spéciale et de soins à domicile, centres d'aide par le travail, centres de rééducation professionnelle.

les aides directes aux personnes, coordonnera les établissements et services à destination des personnes handicapées hors ceux dont la tarification est établie par l'Etat. Le département disposera à cette fin de deux instances nouvelles : la maison départementale du handicap et la commission des droits et de l'autonomie, les COTOREP étant dissoutes. Le département recevra les dotations de la CNSA.

Par ailleurs, le préfet de région aura la responsabilité de la programmation financière des créations de places dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux destinés aux personnes handicapées.

Enfin, la CNSA assurera, au nom de l'Etat, mais avec la participation de tous les acteurs du secteur, et notamment les associations, la coordination nationale des moyens mobilisés sur le territoire en faveur des personnes handicapées. La caisse traduira en dotations régionales limitatives l'objectif annuel de dépenses d'assurance maladie des établissements et services sociaux et médico-sociaux de sécurité sociale et les établissements de santé dispensant des soins de longue durée et hébergeant des personnes dépendantes, cet objectif étant fixé par le Gouvernement en fonction du vote du Parlement en loi de financement de la sécurité sociale. Elle sera donc la garante de l'unité de la politique en faveur des personnes handicapées et de l'égalité de traitement financier des territoires.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La commission a examiné pour avis, sur le rapport de Mme Geneviève Levy, les crédits des personnes handicapées pour 2005 au cours de sa séance du mardi 2 novembre 2004.

Un débat a suivi l'exposé de la rapporteure pour avis.

Après avoir relevé que le rapport présenté par Mme Geneviève Levy contenait des points positifs, **Mme Martine Carillon-Couvreur** a fait les remarques suivantes :

– En dépit de l'augmentation du nombre de places dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées annoncée par le gouvernement, ceux-ci continuent de rencontrer des difficultés. Il semble bien en effet que la politique du gouvernement consiste plus en un redéploiement des places existantes que dans une véritable création de places, notamment pour les enfants lourdement handicapés. De la même façon, l'augmentation du nombre de places dans des centres adaptés pour les adultes handicapés doit faire l'objet des garanties nécessaires, d'autant plus que certaines personnes – adultes handicapés âgés, autistes, polyhandicapés – n'ont pas d'autre choix, étant donné leur handicap, que de vivre dans de telles structures.

– Il n'existe à ce jour aucune certitude quant à la mise en place des maisons départementales du handicap. Les COTOREP et les commissions départementales de l'éducation spéciale attendent des moyens supplémentaires pour pouvoir organiser l'accueil, l'évaluation et l'orientation des personnes handicapées dans de bonnes conditions.

– Il serait opportun de réactiver les schémas départementaux qui, par le passé, ont permis d'évaluer les besoins des structures à destination des personnes handicapés et ont ainsi facilité une meilleure répartition des places sur le territoire. Aujourd'hui, ces schémas sont en panne et les projets sont dans l'attente. Les associations de personnes handicapées attendent des éclaircissements sur ce point.

– L'intégration scolaire des enfants handicapés fait certes l'objet d'un affichage d'une volonté politique mais, sur le terrain, les emplois jeunes qui assuraient cette mission n'ont pas tous été remplacés.

M. Jean-François Chossy a approuvé le travail effectué par la rapporteure pour avis : l'avis budgétaire présenté est très argumenté et les propositions qui y sont formulées vont dans le sens d'un progrès pour les personnes handicapées. Plus généralement, on constate que la politique en faveur des personnes handicapées s'oriente autour de trois axes qui, toutes, portent la

marque du Président de la République, M. Jacques Chirac : 1975, 1987 et, bientôt, 2005. Trois interrogations subsistent néanmoins :

– Où en est le financement de l'accueil temporaire des personnes handicapées dont il n'est pas fait mention dans le rapport ?

– L'annonce de la création de 40 000 places supplémentaires dans les structures d'accueil des personnes handicapées dans les cinq années à venir tient-elle compte des besoins nés du rapatriement des Français handicapés actuellement hébergés dans des centres belges sur des fonds publics français ?

– Si la revalorisation de l'AAH ne parviendra sans doute jamais à ce que l'allocation atteigne le montant du SMIC, quelle dépense budgétaire représente la proposition, très constructive, de revalorisation présentée par la rapporteure pour avis en faveur des personnes handicapées dans l'incapacité de travailler et des bénéficiaires du « *reste à vivre* » ?

Mme Paulette Guinchard-Kunstler s'est étonné que le rapport ne mentionne pas la crise de l'emploi et surtout de la formation dans les établissements accueillant des personnes handicapées alors même qu'il présente bien les problèmes de financement des dépenses en personnel. Un rapport récent du Conseil économique et social sur la formation des personnels des établissements médico-sociaux montre en effet que ces établissements sont victimes soit d'une baisse de leurs effectifs, soit d'une baisse de la qualité de leurs personnels liée au développement du recrutement de ceux que l'on nomme des « *faisant fonction* », deux éléments qui contribuent à rendre peu attractifs les métiers de la prise en charge des personnes handicapées. Il conviendrait que la commission mette l'accent sur cette situation de déficit de formation des personnels. Le schéma national établi il y a cinq ans constitue d'ailleurs un excellent dispositif qu'il conviendrait de réactiver.

Par ailleurs, la revalorisation de l'AAH doit être poursuivie et l'analyse de la rapporteure est pertinente. Les parlementaires sont désormais confrontés à une obligation de résultat.

Enfin, si la prestation de compensation constitue indéniablement une bonne mesure, son financement est mal assuré, d'autant plus qu'aucune évaluation des besoins n'a réellement été menée.

Alors que vient de se tenir le 9 octobre dernier la journée nationale du handicap, **M. Bernard Perrut** a tenu à rappeler les quatre principales attentes formulées par les associations de personnes handicapées : l'égalité de traitement entre les valides et les personnes handicapées ; l'existence d'un droit à compensation dont il importe de mieux préciser le contenu ; l'accessibilité généralisée, notamment pour la scolarisation des enfants handicapés ; la mise en place de maisons départementales du handicap dont il faudrait rapidement définir le statut.

Aux différents intervenants, **la rapporteure pour avis** a apporté les éléments de réponse suivants :

– Le gouvernement s’est engagé à publier avant la fin du mois de juin 2005 les décrets d’application de la loi en cours d’adoption, dont celui concernant l’organisation des maisons départementales du handicap.

– L’accueil temporaire des personnes handicapées, le sort des personnes handicapées actuellement hébergées en Belgique et la revalorisation de l’AAH sont en effet des préoccupations majeures pour les personnes handicapées et pour la majorité qu’il convient de relayer au mieux auprès du gouvernement.

– Sur la question du financement de la prestation de compensation, la représentation nationale dispose, à ce jour, de peu d’informations. Toutefois, il est d’ores et déjà acté que 635 millions d’euros provenant des recettes tirées de la suppression d’un jour férié affectés à la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie viendront abonder ce financement. En revanche, aucune étude chiffrant les besoins n’a été présentée à la rapporteure pour avis.

Conformément aux conclusions de la rapporteure pour avis, la commission a émis un *avis favorable* à l’adoption des **crédits des personnes handicapées pour 2005**.

*

ANNEXE

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

- **Alliance maladies rares** : Mme Françoise Antonini, déléguée générale
- **Association des paralysés de France** : Mme Marie-Sophie Desaulle, présidente, et M. Patrice Tripoteau, adjoint à la direction générale
- **Association Polyhandicap France** : Mme Monique Rongières, présidente, et M. Gérard Courtois, secrétaire général
- **Association pour adultes et jeunes handicapés (APAJH)** : M. Fernand Tournan, président, et M. Chatelard, secrétaire général-adjoint
- **Autisme France** : Mme Evelyne Friedel, présidente
- **Collectif des démocrates handicapés (CDH)** : M. Dominique Le Douce, secrétaire général Ile-de-France, et Mme Cécile Karbel, secrétaire nationale-adjointe
- **Fédération française Sésame Autisme** : Mme Christine Meignien, secrétaire générale
- **Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (FNATH)** : M. Marcel Royez, président
- **Groupement des ateliers protégés et Union nationale des entreprises de travail adapté (GAP-UNETA)** : M. Denis Simiand, président, M. Jean-Denis Martin, vice-président, et M. Sylvain Auriou, secrétaire général
- **Handy, rare et polyhandicap** : Mme Sylvie Evrard, présidente, Mme Françoise Viennot, vice-présidente, et Mme Anne-Marie Nicolas, vice-présidente
- **Syndicat national des associations de parents d'enfants inadaptés gestionnaires d'établissements et de services (SNAPEI)** : M. Philippe Calmette, directeur général, et Mme Sophie Mane, responsable des relations institutionnelles
- **Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (UNAPEI)** : M. Laurent Cocquebert, directeur général