



N° 2569

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 12 octobre 2005.

AVIS

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES SUR LE PROJET DE **loi de finances pour 2006** (n° 2540)

TOME XI

SOLIDARITÉ ET INTÉGRATION

HANDICAP ET DÉPENDANCE

PAR MME MARYVONNE BRIOT,

Députée.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
I.- L'EFFORT PUBLIC CROISSANT EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES ET DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES	7
A. LE VOLUME DES DÉPENSES EN 2005	7
B. UNE CROISSANCE ATTENDUE POUR 2006.....	9
C. L'EMPLOI DES CRÉDITS TIRÉS DU BUDGET DE L'ÉTAT	10
II.- LES RESSOURCES D'EXISTENCE DES PERSONNES HANDICAPÉES ET DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES	11
A. LA NOUVELLE GARANTIE DE RESSOURCES POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES.....	11
1. Le nouveau régime juridique	11
2. La croissance des dépenses.....	12
B. L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE	15
C. LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES D'AIDE PAR LE TRAVAIL ET LES REVENUS DES PERSONNES QUI Y SONT EMPLOYÉES.....	17
1. La réforme du financement des établissements et services d'aide par le travail	18
2. Les difficultés financières résultant de la réforme	19
3. Les inégalités entre les travailleurs en établissement et service d'aide par le travail	21
III.- LES ACTIONS DE MAINTIEN À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE	23
A. LES SOINS INFIRMIERS À DOMICILE	25
B. LES SERVICES MÉDICO-SOCIAUX D'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE	27
C. L'ACCUEIL TEMPORAIRE OU DE JOUR EN ÉTABLISSEMENT	28
TRAVAUX DE LA COMMISSION	33

INTRODUCTION

Le présent rapport pour avis porte sur le programme « Handicap et dépendance » de la mission « Solidarité et intégration ». Les autres programmes de cette mission – « Politiques en faveur de l'inclusion sociale », « Accueil des étrangers et intégration », « Actions en faveur des familles vulnérables », « Protection maladie », « Egalité entre les hommes et les femmes » et « Conception et conduite des politiques sanitaires et sociales » – relèvent du rapport pour avis « Solidarité et intégration » présenté par M. Dominique Tian.

Le projet de loi de finances pour 2006 applique pour la première fois les nouvelles règles et la nouvelle présentation budgétaire arrêtées par la loi organique du 1^{er} août 2001.

Les crédits des personnes handicapées ne sont plus individualisés. Ils sont intégrés dans le programme 157 « handicap et dépendance » de la mission « solidarité et intégration », qui couvre également les crédits consacrés par l'Etat à l'accompagnement des personnes en situation de dépendance.

L'article 49 de la loi organique du 1^{er} août 2001 fixe comme date butoir pour le retour des réponses aux questionnaires budgétaires, le 10 octobre 2005.

La rapporteure pour avis a demandé que les réponses lui parviennent le 1^{er} octobre 2005. A cette date, **aucune réponse** ne lui était parvenue. A la date butoir, ce pourcentage était de **29 %** (6 réponses, dont une partielle, sur 21 questions).

Au 20 octobre 2005, soit cinq jours avant l'examen des crédits en commission, le taux de réponse était de 57 % (12 réponses, dont trois incomplètes). Le 24 octobre 2005, soit 24 heures avant l'examen des crédits en commission, le taux de réponse était de 66 % (14 réponses, dont quatre incomplètes).

Le questionnaire budgétaire a été adressé le 7 juillet 2005 au ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.

I.- L'EFFORT PUBLIC CROISSANT EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES ET DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

La rapporteure pour avis a consacré deux ensembles de questions de son questionnaire budgétaire au financement des dépenses en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes. Elle n'a pas eu de réponse à ces questions.

Question 1B. – Dresser l'état de l'effort financier des personnes publiques (ministères et dépenses fiscales, CNSA, départements, protection sociale) en faveur des personnes handicapées pour les années 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 et 2006 (prévisions) selon le tableau ci-après :

	<i>millions d'euros</i>
Ministères :	
Santé	
Travail	
Anciens combattants	
Dépense fiscale	
CNSA :	
Départements :	
Autres collectivités locales :	
Protection sociale :	
ONDAM et assurance maladie	
Invalidité	
Accident du travail	
Allocations familiales	
Agefiph :	
Autres (préciser lesquels) :	

Question 1C. – Pour les années 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 et 2006 (prévisions), donner le niveau de l'effort fourni par les différents régimes de sécurité sociale en faveur des personnes handicapées et le type d'actions conduites au titre des assurances sociales ou de leur action sociale.

Question 17. – Dresser un tableau des dépenses de l'Etat, des collectivités locales, des caisses de sécurité sociale et des personnes morales de droit privé du secteur de l'action sociale (associations, mutuelles, etc.) consacrées au traitement de la dépendance des personnes âgées. Quelles sont les prévisions d'évolution des postes de dépenses et des parts des différents financeurs ?

A. LE VOLUME DES DÉPENSES EN 2005

Le fascicule budgétaire de la mission interministérielle Solidarité et intégration contient cependant un état des dépenses publiques. Il montre que les pouvoirs publics consacrent, en 2005, 43 milliards d'euros aux dépenses en faveur des personnes handicapées ou dépendantes.

La rapporteure pour avis ne dispose pas des données permettant d'effectuer une comparaison par rapport à l'effort financier réalisé en 2004. Cependant, en 2004, selon les informations fournies il y a un an par le gouvernement, le total des dépenses publiques en faveur des personnes handicapées s'élevait à 29,09 milliards d'euros : 11,31 milliards au titre de l'Etat

(39 %), 840 millions au titre de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (3 %), 410 millions au titre de l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) (1,4 %), 13,3 milliards au titre de la sécurité sociale (46 %) et 3,23 milliards au titre des départements (11 %).

Dépense publique en faveur des personnes handicapées et dépendantes

(en millions d'euros)

	2005	Part
Dépenses de l'Etat	9 349	21,7 %
Programme 157 Handicap et dépendance	7 375	17,1 %
Allocations aux adultes handicapés (AAH)	4 847	11,3 %
Centres d'aide par le travail (CAT)	1 140	2,6 %
Garantie de ressources des travailleurs handicapés (CAT)	960	2,2 %
Fonds spécial d'invalidité	300	0,7 %
Hors programme 157	1 974	4,6 %
Pensions militaires invalidité	1 186	2,8 %
Programme Vie de l'élève – actions élèves handicapés	187	0,4 %
GRTH (ateliers protégés)	162	0,4 %
Dépenses de la CNSA	2 446	5,7 %
APA (transfert aux départements)	1 348	3,1 %
Transferts à l'assurance maladie	518	1,2 %
Transferts vers l'Etat par fonds de concours	507	1,2 %
Dépenses de l'AGEFIPH	398	0,9 %
Dépenses de la sécurité sociale	23 972	55,7 %
Dépenses d'assurance maladie (nettes des transferts CNSA)	22 859	53,1 %
Dépenses d'assurance vieillesse (action sociale)	550	1,3 %
Caisse nationale des allocations familiales (allocation d'éducation spéciale, allocation de présence parentale)	563	1,3 %
Dépenses des départements (nettes des transferts CNSA)	6 847	15,9 %
Personnes handicapées	3 407	7,9 %
Frais d'hébergement en établissement	2 613	6,1 %
Allocation compensatrice pour tierce personne	641	1,5 %
Personnes âgées dépendantes	4 788	11,1 %
Allocation personnalisée d'autonomie	2 452	5,7 %
Aide sociale à l'hébergement	758	1,8 %
TOTALE DE LA DÉPENSE PUBLIQUE	43 011	100 %

Source : Programme 157 (fascicule budgétaire de la mission Solidarité et intégration).

Cet état n'est pas exhaustif. Par exemple, le ministère des affaires étrangères règle des dépenses d'assistance à l'étranger en faveur des personnes handicapées (4 millions d'euros), le ministère de l'enseignement supérieur prend en charge des frais de transport d'étudiants handicapés (1,5 million d'euros). En outre, l'Etat consent de nombreuses dépenses fiscales directement en faveur des personnes handicapées ou dépendantes ; le programme 157 les chiffre à 3,34 milliards d'euros pour 2005, en progression de 100 millions par rapport à 2004.

En outre, le ministère des finances n'a pas inclus dans le tableau les dépenses de santé des anciens combattants dans la mesure où la fraction bénéficiant aux personnes invalides ne peut pas être estimée.

Les dépenses des communes et des régions n'ont pas non plus été retracées. Elles restent toutefois d'un montant faible : 16 millions d'euros pour chacune de ces deux collectivités territoriales selon la Cour des comptes, en 2001.

B. UNE CROISSANCE ATTENDUE POUR 2006

Pour 2006, les dépenses publiques devraient progresser très fortement. Tout d'abord, quatre actions nouvelles seront engagées au moyen des crédits gérés par la CNSA auxquels s'ajouteront des crédits des départements, des caisses d'action sociale et, pour la quatrième action, des établissements concernés :

- la prestation de compensation du handicap (503 millions d'euros) ;
- la mise en place des maisons départementales des personnes handicapées (20 millions d'euros) ;
- le soutien au handicap psychique au travers de l'aide destinée aux groupes d'entraide mutuelle (20 millions) ;
- l'aide au financement d'opérations d'investissement et d'équipement pour la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements entrant dans le champ des objectifs de l'ONDAM médico-social géré par la CNSA (enveloppe non déterminée qui sera prélevée sur les crédits non consommés de la CNSA qui s'élèvent à 500 millions à la fin 2005 auxquels s'ajouteront 188 millions au titre de l'exercice 2006).

Un autre facteur de croissance de l'effort financier de l'Etat sera l'arrivée en année pleine de la garantie de ressources des personnes handicapées mise en application au 1^{er} juillet 2005 et des avantages de retraite supplémentaires ouverts par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (*cf.* partie II ci-après).

En outre, les départements devraient accroître leurs interventions en faveur des personnes handicapées à la suite du vote de la loi du 11 février 2005, notamment au titre de la prestation de compensation et la mise en place des maisons départementales des personnes handicapées.

L'année 2006 sera d'ailleurs une année de montée en puissance des nouveaux dispositifs d'accompagnement des personnes handicapées. La totalité des dispositions nouvelles ne prendra pleinement effet qu'au long de cette année.

En dernier lieu, la loi du 11 février 2005 a imposé des prescriptions sur l'accessibilité des habitations, des lieux ouverts au public et des lieux de travail (article 41). De même une obligation de mise en accessibilité des transports

collectifs dans un délai de dix ans a été imposée par l'article 45 de la loi. Ces éléments sont de nature à accroître fortement les investissements en faveur des personnes handicapées.

C. L'EMPLOI DES CRÉDITS TIRÉS DU BUDGET DE L'ÉTAT

Dans cet ensemble de 43 milliards d'euros, les crédits figurant au budget de l'Etat – programme 157, Handicap et dépendance, de la mission Solidarité et intégration – servent essentiellement à financer deux types d'actions majeures :

– les ressources d'existence des personnes handicapées (5,49 milliards d'euros répartis entre l'allocation pour adultes handicapés à hauteur de 5,18 milliards et le Fonds spécial invalidité à hauteur de 304 millions) ;

– le financement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT), ex-centres d'aides par le travail, à hauteur de 1,25 milliard d'euros, et de la garantie de ressources des travailleurs handicapés qui y sont accueillis, à hauteur de 980 millions.

Les autres interventions budgétaires mobilisent des moyens plus réduits :

– 13,8 millions d'euros sont consacrés aux dépenses de fonctionnement des futures maisons départementales des personnes handicapées créées par la loi n° 2005-172 du 11 février 2005 dont les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées absorberont les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et les commissions départementales d'éducation spéciale ;

– 91 millions d'euros sont consacrés au financement des instituts nationaux des jeunes sourds et des jeunes aveugles (13 millions), des sites pour la vie autonome alimentant les futurs fonds de compensation gérés par les maisons départementales des personnes handicapées (14 millions), des auxiliaires de vie (55,7 millions) et des subventions d'investissement pour des établissements pour personnes handicapées (5,3 millions)

– 17 millions de crédits de paiement et 26,5 millions d'autorisations d'engagement sont destinés à des associations de soutien aux personnes âgées (660 000 euros), au financement de la lutte contre la maltraitance (300 000 euros) et à des établissements pour personnes âgées (16,2 millions).

– 5,5 millions d'euros sont utilisés pour verser des subventions à des associations gestionnaires de réseaux pour personnes handicapées (2,9 millions), aux centres régionaux d'aide à l'enfance et à l'adolescence inadaptée (2,25 millions) et aux centres d'information sur la surdité (390 000 euros).

II.- LES RESSOURCES D'EXISTENCE DES PERSONNES HANDICAPÉES ET DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Les ressources d'existence des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes reposent sur deux minima sociaux : l'allocation aux adultes handicapés et l'allocation personnalisée d'autonomie. Par ailleurs, le revenu du travail en établissement ou service d'aide par le travail mérite un examen particulier en raison du soutien spécial apporté par l'Etat à la rémunération garantie aux travailleurs exerçant leur activité dans ces établissements.

A. LA NOUVELLE GARANTIE DE RESSOURCES POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES

1. Le nouveau régime juridique

L'article 16 de la loi ° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a réformé substantiellement le régime du complément d'allocation aux adultes handicapés. Une garantie de ressources pour les personnes handicapées a été créée ; elle est composée de deux allocations :

– L'allocation aux adultes handicapés (AAH), dont le service n'a pas été modifié. L'AAH garantit un revenu minimal à toute personne âgée d'au moins 20 ans⁽¹⁾ reconnue comme handicapée par une commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et dorénavant, à compter de leur mise en place, par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, et qui ne peut pas prétendre à un avantage de vieillesse ou d'invalidité ou à une rente d'accident du travail au moins égal à l'AAH. L'allocation est versée sous condition de ressources⁽²⁾ par la Caisse nationale des allocations familiales ou la Mutualité sociale agricole, qui sont remboursées par le budget de l'Etat. Les droits sont ouverts pour une période de un à cinq ans (les droits sont ouverts le plus souvent pour cinq ans). Environ 64 % des bénéficiaires perçoivent une AAH à taux plein.

– Un complément de ressources versé aux bénéficiaires de l'AAH à taux plein dont le handicap ne leur permet pas d'avoir un emploi sur le marché du travail. Le complément est accordé au vu de leur capacité de travail, appréciée par la nouvelle commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, qui doit être inférieure à un pourcentage fixé par décret (le décret n'a pas encore

(1) 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.

(2) 7 193,88 euros pour les personnes célibataires, 14 387,76 euros pour les personnes mariées, concubines ou pacsées et 3 596,94 euros supplémentaires par enfant à charge.

été publié). Le bénéficiaire doit également disposer d'un logement indépendant et ne pas percevoir de revenu d'activité professionnelle propre.

La loi du 11 février 2005 a également maintenu le service de l'ancien complément d'AAH sous la forme d'une majoration pour la vie autonome. Les conditions de versement sont inchangées : la personne handicapée doit occuper un logement indépendant, percevoir l'AAH à taux plein et ne pas percevoir de revenu d'activité professionnelle propre.

Les décrets d'application de l'article 16 de la loi du 11 février 2005 ont été publiés. Il s'agit des décrets n^{os} 2005-724 et 2005-725 du 29 juin 2005.

2. La croissance des dépenses

Le décret n^o 2005-725 du 29 juin 2005 a fixé le montant mensuel de la garantie de ressources à 766 euros et le montant mensuel de la majoration pour la vie autonome à 100 euros.

La création de la garantie de ressources s'est donc traduite, pour les personnes qui ne sont pas en mesure d'avoir une activité professionnelle compte tenu de leur handicap, par un revenu supplémentaire de 166,51 euros par mois. Si cette même personne percevait le complément d'AAH, qui était égal à 16 % de l'AAH, le revenu supplémentaire perçu grâce à la réforme est de 70,59 euros par mois.

Ces allocations sont revalorisées, comme l'AAH, chaque année mais au 1^{er} janvier.

Les crédits consacrés par l'Etat au service de l'AAH ont augmenté continûment depuis plus de dix ans. Le coût de la réforme de mise en place par la loi du 11 février 2005 est évalué à 90 millions d'euros pour 2006, soit 1,7 % du volume global des crédits.

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	2004	2005 (LFI)	2006 (PLFI)
Nombre de bénéficiaires (au 31 décembre)	649 000	668 000	694 000	713 000	735 000	752 900	766 400	786 200	797 000	798 250
<i>Evolution</i>	+ 3 %	+ 2,9 %	+ 3,9 %	+ 2,7 %	+ 3,1 %	+ 2,4 %	+ 1,8 %	+ 2,6 %	—	
Dotations budgétaires (en exécution) (en M€)	3 410,28	3 565,63	3 776,01	4 024,65	4 097,07	4 427,72	4 526,34	4 762,78	4 846,68	5 186,87
<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 (en euros)	523,37	529,14	539,73	545,13	557,12	569,38	577,92	587,74	599,49	

Source : ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.

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, selon la rédaction du code antérieure à la loi du 11 février 2005, dont le handicap ne lui permet de se procurer un emploi ; désormais le critère de l'absence d'emploi depuis au moins deux ans a été substitué à cette ancienne condition trop subjective) ; depuis 1999, la seconde catégorie croît deux fois plus vite que la première : + 4 % en moyenne contre + 2 %. Le projet de loi considère que 70 % des crédits de l'AAH sont versés à la première catégorie et 30 % à la seconde catégorie.

La revalorisation des ressources d'existence permise par la réforme de la loi du 11 février 2005 était indispensable en raison du décrochage de l'AAH par rapport à l'évolution du salaire minimum de croissance (SMIC) et dans une moindre mesure par rapport au revenu minimum d'insertion (RMI), comme le montre le tableau ci-après. Le pouvoir d'achat de l'AAH a toutefois été préservé.

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
2005	599,49	113,3	109,5	374,35	114,9	907,67	124,4	1013,44	124,6
Juillet 2005	599,49	113,3	111,0	374,35	114,9	957,74	131,3		

Nota : le montant de RMI figurant dans le tableau est celui alloué aux personnes seules après abattement du forfait logement : le montant brut est de 425,40 euros. Il est majoré de 212,70 euros pour la première personne supplémentaire dans le foyer, de 127,60 euros par personne supplémentaire au-delà et de 170,16 euros par personne supplémentaire à partir de la troisième personne hors conjoint ou concubin.

(*) *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 ministère a établi la comparaison suivante entre les ressources de personnes célibataires, locataires d'un logement indépendant (à loyer mensuel d'au moins 250 euros) selon qu'elles sont bénéficiaires de l'AAH, du RMI ou sont rémunérées au SMIC. Il montre l'effort de l'Etat pour rapprocher le revenu disponible des personnes handicapées du revenu disponible des bénéficiaires du SMIC.

**Comparaison entre les ressources de personnes célibataires, locataires d'un logement indépendant
(au loyer de 250 euros) selon qu'elles sont bénéficiaires de l'AAH, bénéficiaires du RMI ou rémunérées au SMIC (chiffres 2005)**

BÉNÉFICIAIRE DE L'AAH		BÉNÉFICIAIRE DU RMI	PERSONNE REMUNÉRÉE au SMIC
Taux supérieur ou égal à 80 %	Taux compris entre 50 % et 80 %		
Ressources perçues Revenus d'activité = 0 € AAH = 599,49 € Majoration pour la vie autonome (MVA) : 100 € Complément de ressources : 166,51 € Allocation logement : 235,68 € (*) CMU : non Total mensuel : 835,17 € ou 935,17 € si MVA ou 1 001,68 € si complément Total annuel : 10 022,04 € ou 11 222,04 € si MVA ou 12 020,16 € si complément	Ressources perçues Revenus d'activité = 0 € AAH = 599,49 € Allocation logement : 235,68 € (*) CMU : non Total mensuel : 835,17 € Total annuel : 10 022,04 €	Ressources perçues Revenus d'activité = 0 € RMI après abattement du forfait logement : 374,35 € Prime de fin d'année : 152,45 € Allocation logement: 235,68 € (*) CMU : oui Total mensuel : 622,73 € Total annuel : 7 472,81 €	Ressources perçues Revenus d'activité = 932,71 € Allocation logement : 63 € (*) CMU : non Total mensuel : 976,37 € Total annuel : 11 716,44 €
Impôts Impôt sur le revenu : 0 € Redevance télévision : exonération Taxe d'habitation : exonération Réduction d'abonnement téléphonique : 7,49 € par mois Réduction d'abonnement électrique : 30 à 50 % sur les 100 premiers KWH	Impôts Impôt sur le revenu : 0 € Redevance télévision : exonération Taxe d'habitation : exonération Réduction d'abonnement téléphonique : 7,49 € par mois Réduction d'abonnement électrique : 30 à 50 % sur les 100 premiers KWH	Impôts Impôt sur le revenu : 0 € Redevance télévision : exonération Taxe d'habitation : exonération Réduction des abonnements téléphonique et électrique : 134 € par an	Impôts Impôt sur le revenu : 0 € Prime pour l'emploi : 515 € (*) (crédit d'impôt) Redevance télévision : 116,50 € Taxe d'habitation : oui, montant variable
Total (Ressources – impôts) Annuel : 10 111,9 € ou 11 311,92 € si MVA ou 12 110,04 € si complément Soit total mensuel : 917,46 € ou 942,66 € si MVA ou 1 009,17 € si complément	Total (Ressources – impôts) Annuel : 10 111,92 € Soit total mensuel : 842,66 €	Total (Ressources – impôts) Annuel : 7 606,81 € Soit total mensuel : 633,90 €	Total (Ressources – impôts) Annuel : 12 114,94 € moins la taxe d'habitation Soit total mensuel : 1 059,58 € moins la taxe d'habitation mensualisée

(*) Montant estimés donnés à titre indicatif.

Source : ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.

Pour les personnes bénéficiaires d'une pension d'invalidité au titre d'un régime de sécurité sociale, et qui, de ce fait, ne sont pas éligibles à l'AAH, le fonds spécial d'invalidité verse une allocation supplémentaire permettant de porter leurs ressources mensuelles personnelles à la somme de 599,49 euros et 1 075,45 euros pour un couple marié.

Par ailleurs, la loi du 11 février 2005 a permis de corriger quelques injustices de revenus. Tout d'abord, le « reste à vivre » des adultes hébergés ou placés dans un établissement social, médico-social ou de santé, qui ne touchaient qu'un reliquat égal à 12 % de l'AAH à taux plein (le code de l'action sociale et des familles fixait un plancher de 1 % de l'AAH) s'ils ne travaillaient pas et 30 % de l'AAH s'ils travaillaient, a été substantiellement revalorisé : il a été porté respectivement à 30 % et 50 % de l'AAH par le décret n° 2005-725 du 29 juin 2005.

Une difficulté subsiste pour les personnes handicapées accueillies en maison d'accueil spécialisée ou hospitalisées : elles acquittent elles-mêmes leur forfait journalier dont l'augmentation est programmée sur les années à venir. Le gain obtenu sur le « reste à vivre » risque d'être entièrement absorbé par ces augmentations.

En outre, afin de favoriser l'insertion professionnelle progressive, le service de l'AAH n'est plus supprimé dès qu'un salaire, quel qu'il soit, est perçu. Désormais, un abattement est appliqué sur l'AAH en fonction de l'importance du revenu professionnel : 40 % pour un revenu annuel inférieur à 300 fois le SMIC horaire (2 409 euros), 30 % jusqu'à 700 fois le SMIC (5 621 euros), 20 % jusqu'à 1 100 fois le SMIC (8 833 euros) et 10 % jusqu'à 1 500 fois le SMIC (12 045 euros).

B. L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

La rapporteure pour avis a consacré une question de son questionnaire budgétaire aux dépenses consacrées au versement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Elle n'a pas eu de réponse à cette question.

Question 18A. – Quelles sont les dépenses globales consacrées au versement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) depuis 2002 : sommes totales et répartition entre les contributeurs. Quelles sont les prévisions d'évolution pour 2005 et 2006 ?

Question 18B. – Evaluer les coûts de gestion de l'APA par les départements.

Au 30 juin 2005, le ministère de la santé et des solidarités comptait 891 000 bénéficiaires de l'APA : 711 000 percevant directement l'allocation et 180 000 en bénéficiant via le versement sous forme de dotation qui en est fait à l'établissement dans lequel ils sont hébergés (formule de la dotation budgétaire globale retenue par 60 départements).

Le taux de croissance du nombre d'allocataires a donc été 8 % sur les douze derniers mois. Le chiffre atteint dépasse d'environ 10 % les prévisions faites lors du vote de 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.

59 % des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile et 41 % en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). La moitié de ces EHPAD pratiquent la dotation globale. L'APA dont bénéficient les personnes hébergées en EHPAD sert à financer le tarif dépendance de l'établissement ; en moyenne l'APA permet de couvrir 68 % de ce tarif (72 % pour les personnes classées en GIR 1 ou 2 et 58 % pour les GIR 3 ou 4 : cf. ci-après). Selon le ministère, le reste à charge est rarement supérieur au montant minimal prévu pour rester à la charge de la personne âgée dépendante et qui est égal au tarif dépendance applicable aux personnes classées en GIR 5 ou 6.

85 % des bénéficiaires de l'APA ont au moins 75 ans et 44 % ont au moins 85 ans.

Le montant de l'allocation varie en fonction de la perte d'autonomie de la personne âgée (classement selon la grille AGGIR d'autonomie gérontologique groupe iso-ressources ⁽¹⁾), du destinataire de l'allocation (la personne elle-même ou l'établissement d'hébergement) et des ressources dont dispose l'allocataire (montant permettant de déterminer la participation restant à la charge du bénéficiaire).

Le tableau suivant retrace les montants d'APA qui sont distribués par les départements en fonction du degré de perte d'autonomie de l'allocataire.

(1) – GIR 1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ;
– GIR 2 : personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ou celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservées leurs capacités motrices ;
– GIR 3 : personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle ;
– GIR 4 : personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillement ;
– GIR 5 et GIR 6 : personnes très peu ou pas dépendantes.

Montants mensuels d'APA versés et nombre de bénéficiaires (au 30 juin 2005)

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
Nombre de bénéficiaires					
A domicile	15 000	103 000	119 000	287 000	524 000
En établissement	58 000	154 000	62 000	93 000	367 000
Ensemble	73 000	257 000	181 000	380 000	891 000
Montant mensuel de l'APA à domicile (en euros)					
Montant moyen	916	740	560	348	492
Montant à la charge des départements	782	625	477	300	421
Participation financière du bénéficiaire	134	115	82	48	71
Part des bénéficiaires acquittant un ticket modérateur	62	67	67	68	67
Participation financière du bénéficiaire acquittant un ticket modérateur	215	171	122	70	106
Barème national au 1 ^{er} janvier 2005	1 148,09	984,08	738,06	492,04	—
Montant mensuel de l'APA en EHPAD (*) (en euros)					
Part acquittée par le département	347		172		275
Part acquittée par le bénéficiaire	132		124		128
Ensemble (**)	478		296		403

(*) Ne concerne que les EHPAD ne faisant pas l'expérimentation de la dotation budgétaire globale.

(**) Y compris le tarif dépendance de l'établissement applicable aux GIR 5 et 6.

Source : enquête trimestrielle de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

En 2005, les départements consacrent, sur leur propre budget, environ 4 milliards d'euros au financement de l'APA. Ces dépenses enregistreraient une croissance de l'ordre de 10 % sur l'année.

Pour 2005, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie versera aux départements une contribution de 1,34 milliard d'euros pour le financement de l'APA. Pour 2006, une enveloppe de 1,4 milliard est budgétée.

C. LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES D'AIDE PAR LE TRAVAIL ET LES REVENUS DES PERSONNES QUI Y SONT EMPLOYÉES

Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT), anciens centres d'aides par le travail, sont des établissements médico-sociaux offrant à la fois des activités productives et un soutien médico-social renforcé à des personnes handicapées âgées d'au moins 16 ans n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et ayant besoin d'un soutien médico-social et éducatif afin de développer leurs potentialités et favoriser leur épanouissement personnel et social. La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, mise en place par la loi du 11 février 2005 en substitution de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), autorise l'accueil de la personne handicapée lorsque sa capacité de travail ne lui permet pas, même momentanément ou à temps partiel, de travailler dans une entreprise ordinaire ou une entreprise adaptée. La loi a supprimé le critère d'accès tenant à la capacité inférieure au tiers de celle d'un travailleur valide.

Le nombre des places offertes en ESAT augmente régulièrement : il y en avait 84 372 fin 1995, 89 547 fin 1997, 93 811 fin 1999, 97 311 fin 2001, 101 811 fin 2003, 104 811 fin 2004. Le gouvernement en prévoit 107 811 fin 2005 et 110 311 fin 2006. il existe environ 1 400 ESAT en France.

La dualité des ESAT, à la fois établissements médico-sociaux et unités de production marchande, a entraîné l'adoption d'un statut spécifique pour les personnes qu'ils accueillent. Le régime juridique des ESAT est défini dans le code de l'action sociale et des familles et les personnes accueillies ne sont pas des salariés régis par le code du travail. Elles n'ont pas le statut de salarié, ne sont pas titulaires d'un contrat de travail et ne peuvent pas faire l'objet d'une mesure de licenciement. Cependant, certaines dispositions du droit du travail ou s'inspirant directement du code du travail s'appliquent : hygiène, sécurité, médecine du travail et, depuis la loi du 11 février 2005 : congés, congé de présence parentale, formation professionnelle, validation des acquis de l'expérience.

La loi du 11 février 2005 a non seulement développé les droits sociaux des travailleurs des ESAT mais également favorisé le passage des travailleurs en ESAT vers le « milieu ordinaire ». Le taux de sortie actuel vers le milieu ordinaire est en effet très faible : moins de 1 % travailleurs de ESAT et moins de 10 % de ceux qui en sortent accèdent à un emploi en milieu ordinaire. Les taux sont encore plus bas pour les travailleurs obtenant un emploi en entreprise adaptée (anciens ateliers protégés).

1. La réforme du financement des établissements et services d'aide par le travail

En 2006, l'Etat consacrera 2,23 milliards d'euros aux ESAT au travers de subventions directes (1,25 milliard) et de compléments de rémunération des personnes qui y sont accueillies (980 millions).

L'aide directe permet d'accorder une subvention moyenne de 11 026 euros par place en 2005 ; elle sera portée à 11 458 euros en 2006. Ces coûts comprennent le financement ouvert par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Les trois quarts des coûts d'un ESAT sont constitués des dépenses en personnel et un quart des autres dépenses de fonctionnement.

La loi garantit aux travailleurs des ESAT une rémunération minimale qu'ils ne pourraient pas obtenir par le jeu des lois du marché en raison de leur productivité très réduite. En contrepartie, le budget de l'Etat verse aux ESAT une subvention dite de garantie de ressources des travailleurs handicapés (GRTH), qui est désormais gérée comme une aide au poste.

L'article 17 de la loi du 11 février 2005 a simplifié le régime de la GRTH. La loi institue désormais une rémunération garantie qui est entièrement versée par l'ESAT sur le fondement d'un « contrat de soutien et d'aide par le travail » pour l'activité de production de biens ou de services marchands du travailleur

handicapé. L'ancien système de la GRTH ne s'applique plus non plus aux entreprises adaptées, anciens ateliers protégés, en application de l'article 38 de la loi du 11 février 2005 qui a mis en place à leur profit une aide au poste.

La part de la rémunération garantie financée par l'ESAT ne peut être inférieure à 5 % du SMIC. Elle est à ce jour en moyenne égale à 12 % du SMIC. La GRTH financée par l'Etat, qui venait en complément de rémunération et est désormais versée globalement à l'ESAT, ne peut dépasser 50 % du SMIC. Toutefois, un système de bonifications, destiné à tenir compte de la productivité individuelle des travailleurs handicapés, permet d'accroître la GRTH jusqu'à 110 % du SMIC dès lors que le salaire pris en charge directement par l'ESAT est supérieur à 15 % du SMIC. Ce complément est versé à l'ESAT sous forme d'une aide au poste.

L'aide au poste accordée par l'Etat aux ESAT varie non seulement en fonction de la rémunération versée par l'ESAT, mais aussi en fonction du temps plein ou du temps partiel de l'activité exercée par le travailleur. Dès lors que le financement est calculé selon le mécanisme de l'aide au poste, l'ESAT reçoit une enveloppe globale correspondant au niveau moyen des rémunérations versées et des activités à temps plein ou à temps partiel.

Afin de compenser l'accroissement des prélèvements sociaux qui pouvait résulter du relèvement des montants des rémunérations et éviter aux travailleurs de devoir demander un complément de ressources sous la forme d'une AAH différentielle, la loi a prévu que les cotisations sociales pourront être calculées sur la base d'une assiette forfaitaire et l'Etat compensera intégralement aux ESAT les charges et cotisations correspondant à la partie de la rémunération garantie égale à l'aide au poste.

Les décrets d'application de la réforme ne sont cependant pas encore parus.

2. Les difficultés financières résultant de la réforme

Pour 2006, le projet de loi de finances budgete un complément moyen de 8 986 euros par place d'ESAT. Cette somme correspond à une garantie de ressource égale à 61 % du SMIC brut.

En votant la loi du 11 février 2005, le législateur a entendu aligner la situation salariale des travailleurs dont le taux d'incapacité est inférieur à 80 % sur celle des personnes ayant un taux d'incapacité de 80 % ou plus. La réforme de la rémunération garantie a donc pour première conséquence de relever la rémunération versée aux personnes pour lesquelles la COTOREP a reconnu un taux d'incapacité compris entre 50 et 80 % et qui travaillent à temps plein dans un ESAT.

La Fédération nationale des associations de parents et amis employeurs et gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées mentales

(FEGAPEI, ex-SNAPEI), auditionnée par la rapporteure pour avis, évaluée à 1 646 euros le différentiel de rémunération devant être financé par les ESAT. Environ 25 000 travailleurs seraient concernés, ce qui se traduirait par un coût financier annuel de 41,15 millions d'euros pour 2006.

Or le projet de loi de finances pour 2006 n'accroît que de 20 millions les crédits destinés aux ESAT. Cette progression résulte de l'application mécanique des règles de revalorisation des rémunérations. La mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 ne serait donc pas complètement financée par l'Etat.

Par ailleurs, si les charges sociales supplémentaires générées par le mécanisme de l'aide au poste sont compensées, le relèvement des rémunérations perçues par les travailleurs peut avoir des conséquences négatives sur la situation financière des personnes handicapées.

Tout d'abord, tandis que l'AAH n'était pas prise en compte dans le calcul du plafond de ressources pour l'attribution de l'allocation logement, la nouvelle rémunération garantie l'est. La seule solution serait que la caisse des allocations familiales ne prenne pas en compte le revenu directement financé par l'aide au poste.

Par ailleurs, alors que le service de l'AAH exemptait son bénéficiaire de l'assujettissement à la taxe foncière et à la taxe d'habitation, la même exonération n'existe pas pour la nouvelle rémunération garantie. Cette taxation peut se révéler lourde de conséquences financières sur le niveau des ressources du travailleur handicapé. Il n'est pas exclu que certains soient conduits, pour de pures raisons financières, à renoncer au travail en ESAT afin de percevoir la seule AAH et continuer à être exonéré de taxe foncière et de taxe d'habitation.

Il a également été signalé à la rapporteure pour avis le problème de la réversion des pensions de fonctionnaires décédés à leurs enfants handicapés. Le droit à la réversion est ouvert sous condition de ressources, or le caractère de revenu du travail attaché à la rémunération garantie risque d'exclure du droit à la réversion certains des bénéficiaires dans l'état antérieur du droit.

Ces conséquences négatives résultent d'un effet de franchissement de seuil. Elles sont indissociables de la volonté de rapprocher au plus les travailleurs handicapés du régime de droit commun des travailleurs français. Cette démarche participe de la volonté qui sous-tend l'ensemble de la loi du 11 février 2005 de ne pas créer un droit différent pour les personnes handicapées mais de les considérer comme des citoyens à part entière auxquels l'Etat, au titre de la solidarité nationale, apporte simplement une compensation des conséquences de leur handicap.

3. Les inégalités entre les travailleurs en établissement et service d'aide par le travail

Le placement en établissement et service d'aide par le travail (ESAT) peut constituer une finalité en soi pour certaines personnes handicapées, notamment les personnes atteintes d'un handicap mental ou psychique. Si le passage vers le milieu ordinaire doit être rendu possible et les allers-retours facilités, il faut néanmoins préserver la situation des travailleurs qui ne peuvent que rester dans l'ESAT dans la mesure où il constitue pour eux un véritable et quasi-unique lieu d'épanouissement.

Certains établissements peuvent verser une rémunération très supérieure ou assurer le rattrapage salarial prévu pour les personnes atteintes d'une incapacité de 50 à 80 %, du fait que leur activité est à forte valeur ajoutée et a un caractère pérenne et que leur production est commercialisée sur un marché très demandeur. Ainsi les ESAT sous-traitants des grandes entreprises industrielles françaises sont-ils privilégiés.

A côté de ces unités économiques performantes, certains ESAT ont la volonté d'embaucher des personnes handicapées dont le rendement est faible afin de les sortir de leur foyer occupationnel. Cette démarche éducative et sociale bénéficie beaucoup aux personnes atteintes d'un handicap mental. Dans ces conditions, il est compréhensible que ces ESAT ne puissent pas financer des compléments de rémunération importants.

Afin d'assurer une répartition équitable des aides au poste financées par le budget de l'Etat, un critère de répartition fondé sur la valeur ajoutée dégagée par l'ESAT pourrait être appliqué. Ainsi, l'établissement dégagant une valeur ajoutée substantielle pourrait maintenir un reversement important et justifié à ses travailleurs, les autres ESAT étant privilégiés pour l'attribution de l'aide au poste.

En dernier lieu, les associations départementales qui gèrent plusieurs établissements (par exemple, les associations départementales de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis – ADAPEI) disposent d'un siège social autorisé par arrêté préfectoral. Les dépenses sont fixées par l'Etat après avis des autorités tarifaires concernées.

Ces dépenses sont supportées par les établissements de l'association en fonction d'une réglementation définie par un décret du 22 octobre 2003.

La quote-part prise en charge par chacune des structures est calculée en fonction des charges brutes approuvées par la section d'exploitation du dernier exercice clos. Or cette répartition pénalise les ESAT dont l'activité nécessite des achats de matières premières.

A titre d'exemple, pour l'ADAPEI de Haute-Saône, le fait que les frais de siège soient répartis sur les charges de production en fonction des charges brutes

fait passer en 2005 la charge des frais de siège supportés par le budget de production de 89 360 euros à 261 429 euros.

Une répartition des frais de siège en fonction de la valeur ajoutée, c'est-à-dire sur la différence entre le chiffre d'affaires et les achats de biens et de services effectués à des tiers extérieurs, permettrait de ne pas pénaliser les ESAT qui achètent une part importante de matières premières pour leur activité de production par rapport à ceux dont les activités reposent sur du conditionnement ou de la sous-traitance.

Au-delà de l'équité économique, cette répartition en fonction de la valeur ajoutée permettrait également de soutenir les activités de production des ESAT dont la rentabilité est difficile, notamment dans les périodes de forte fluctuation du cours des matières premières et de l'énergie.

III.- LES ACTIONS DE MAINTIEN À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

La rapporteure pour avis a consacré un ensemble de questions de son questionnaire budgétaire aux actions de maintien à domicile dont peuvent disposer les personnes âgées en perte d'autonomie. Le ministère n'a apporté aucune réponse à ces questions adressées le 7 juillet 2005, en dépit d'un courrier de rappel du 11 octobre 2005. La rapporteure ne dispose donc que de très peu d'éléments administratifs, financiers et statistiques pour traiter le sujet d'étude particulier qu'elle a retenu cette année.

Question 21A. – (*thème d'étude choisi par la rapporteure*).– Quelles sont les actions de maintien à domicile dont peuvent disposer les personnes âgées en perte d'autonomie ?

Question 21B.– Quelles sont les actions alternatives à l'hospitalisation ou le placement en établissement spécialisé existant en France (par exemple, un accueil de jour en établissement ou une prise en charge temporaire ou journalière dans une structure spécialisée ou non) ? Des actions expérimentales sont-elles conduites en France ?

Question 21D.– Donner des indications sur le nombre de bénéficiaires de chacune des actions de maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et le degré de dépendance des personnes concernées.

Question 21E.– Donner des indications sur les effectifs en personnels qui sont mobilisés sur ces actions. Distinguer les personnels infirmiers, les médecins (préciser les spécialités concernées), les assistants sociaux.

Question 21F.– Quels sont les crédits consacrés à ces actions de maintien à domicile ? Donner leur évolution depuis l'année 2001. Prévisions pour 2005 et 2006. Préciser l'origine du financement de ces actions (ministère, départements, communes, sécurité sociale, mutuelles, assurances).

La politique d'accompagnement des personnes âgées dépendantes, mais aussi des personnes handicapées, a trop longtemps été exclusivement axée en France sur le placement en établissement sanitaire ou médico-social.

Les pouvoirs publics versent 12 milliards d'euros aux établissements d'accueil pour personnes handicapées (4 900 établissements pour 2,2 millions d'adultes handicapés recensés, 3 000 pour 180 000 enfants recensés), sur les 28,4 milliards qu'ils consacrent à l'accompagnement des personnes handicapées. Ces établissements sont gérés à 86 % par des associations et les trois quarts de leur budget sont absorbés par les dépenses de personnel. Dans ces 9 milliards de dépenses en personnel, 59 % sont financés par l'assurance maladie (5,3 milliards), 21 % par des aides de l'Etat (1,9 milliard) et 20 % par les départements (1,8 milliard). Le taux d'encadrement des établissements pour personnes handicapées est de 1,1. Si la sortie des aides Aubry II d'aménagement-réduction du temps de travail risque de peser lourdement sur les budgets et conduire à des suppressions de postes, la situation de ces établissements est nettement plus favorable que ceux accueillant des personnes âgées dont le taux d'encadrement est de 0,28.

Concernant les personnes âgées, l'Etat consacre 6,5 milliards d'euros aux établissements et services pour personnes âgées dépendantes (5,7 milliards au titre de l'assurance maladie *via* l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ONDAM et 800 millions *via* la contribution sociale d'autonomie financée par la journée de solidarité). Les départements consacrent, sur leurs budgets propres, 760 millions d'euros aux dépenses d'accueil en établissements pour personnes âgées. On compte 10 344 établissements d'hébergement pour personnes âgées ⁽¹⁾ à la fin août 2005, offrant environ 670 000 places.

Historiquement, les établissements et les services ont été structurés et financés en fonction d'une séparation entre l'accompagnement des personnes handicapées et l'accompagnement des personnes âgées. La multidisciplinarité et la polyvalence sont désormais promues et les équipes professionnelles sont appelées à intervenir auprès des deux populations, même si les enveloppes financières restent encore distinctes (*cf.* l'organisation comptable très cloisonnée des charges et des recettes de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie).

Le coût de prise en charge par l'Etat, les collectivités territoriales, l'assurance maladie et les caisses d'action sociale de cette politique, le nombre limité de places disponibles, l'insuffisance de l'encadrement en personnels, l'isolement – quand ce n'est pas la maltraitance – des personnes hébergées en établissement ont fait prendre conscience qu'il existait des solutions alternatives au placement en institution. Deux formules sont principalement utilisées en France : le service infirmier ou médico-social à domicile et l'accueil de jour ou temporaire en établissement.

Cette politique alternative répond elle-même à une demande forte des personnes âgées qui souhaitent reporter au plus tard leur placement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), lorsque leur perte d'autonomie présentera un degré de gravité suffisant.

Il convient toutefois de distinguer les maisons de retraite des logements-foyers qui hébergent peu de personnes âgées dépendantes. Ces dernières structures répondent plus à un besoin social de rompre un isolement et se rapprocher d'une structure de services, tout en conservant la jouissance d'un véritable domicile. Ils ne visent pas à un traitement médico-social d'une perte d'autonomie.

Par ailleurs, le placement en institution peut avoir des conséquences financières lourdes pour les familles ; certaines sont amenées à vendre leur patrimoine immobilier afin de faire face au prix de journée en EHPAD.

(1) Ce total inclut les 2 900 logements-foyers, les 6 300 maisons de retraite, les 130 résidences d'hébergement temporaire et les 1 044 unités de soins de longue durée.

A. LES SOINS INFIRMIERS À DOMICILE

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sont la principale alternative à l'hospitalisation ou au placement en institution médico-sociale existant en France. Leur origine remonte à 1981. Ils ont été conçus pour les personnes âgées mais leur champ d'action a été élargi, à titre dérogatoire en 2001 puis à titre définitif par le décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 « relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile », aux personnes handicapées de moins de 60 ans. Ce décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 a rénové les SSIAD. Une circulaire du 28 février 2005 a précisé les conditions d'autorisation et de fonctionnement des services. Le décret n° 2005-1135 du 7 septembre 2005 a codifié au sein du code de l'action sociale et des familles les dispositions du décret du 25 juin 2004.

Les personnes admises en SSIAD choisissent elles-mêmes l'infirmière libérale ou les autres professionnels de santé prenant en charge les recommandations de leur médecin traitant. Une prescription médicale est donc indispensable pour bénéficier du service. Les soins sont proposés à domicile mais ils peuvent également être dispensés dans des structures collectives non médicalisées.

L'objectif essentiel des SSIAD est de maintenir les personnes âgées et les personnes handicapées dans leur environnement familial et personnel. Ils permettent d'assurer un suivi général de l'état de ces patients et de maintenir un lien social avec des personnes souvent isolées. Une aide à l'accompagnement est donc souvent proposée par les SSIAD en sus des soins infirmiers et des soins d'hygiène générale.

Le gouvernement a pour objectif de porter à 100 000 le nombre de places disponibles en 2007. Pour ce faire, M. Jean-Pierre Raffarin a annoncé, le 6 novembre 2003, dans le cadre du plan Vieillesse et solidarité du gouvernement, la création de 17 000 places de SSIAD pour les personnes âgées de 60 ans et plus sur la période de quatre ans 2004-2007. Pour 2005, la création de 6 000 places de SSIAD est prévue, dont 625 pour des personnes handicapées (prioritairement les plus lourdement handicapées), et pour 2006, 4 250 places, dont 750 pour des personnes handicapées. La création de 4 250 places correspond à une dépense budgétaire de 22,19 millions d'euros.

Les dépenses des SSIAD restent cependant marginales dans la prise en charge de la dépendance des personnes âgées en France : en 2004, 3,6 milliards d'euros ont été dépensés au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie, 2,8 milliards pour le financement des forfaits soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées et seulement 840 millions pour les SSIAD. Les financements des SSIAD sont tirés de l'assurance maladie (ONDAM).

Mesures de médicalisation des établissements et services pour les personnes âgées

Etablissements et services	Mesures budgétées 2001 – 2002 - 2003	Mesures réalisées 2001 – 2002 - 2003	Tranches annuelles du plan "vieillesse et solidarités" 2004 - 2007	Réalisé 2004	Prévisions 2005 (les enveloppes correspondantes ont été notifiées)
SSIAD (services de soins infirmiers à domicile)	2001 : 4000 places 2002 : 3800 places 2003 : 4000 places	2001 : 4086 places 2002 : 3886 places 2003 : 3848 places	4250 places (9900 € / place)	4250 places	6000 places
Accueils de jour	2001 : 0 place 2002 : 1750 places 2003 : 1750 places	2001 : 0 place 2002 : 716 places 2003 : 1106 places	2125 places (7000 € / place)	1578 places (*)	2125 places
Hébergement temporaire	0 - 750 places - 750 places	2001 : 0 place 2002 : 212 places 2003 : 344 places	1125 places (10 200 € / place)	830 places	1125 places
Création de places médicalisées en EHPAD	Pas d'enveloppe spécifique	Pas d'enveloppe spécifique	2500 places (coût / an : 17 M€)	4 206 places (27,3 M€)	5000 places (33,5 M€)
Médicalisation des EHPAD existants (objectif de conventions tripartites)	3000 en 2001 – 5000 en 2002	380 conventions signées en 2001 pour un total de 413 depuis 2000. 996 en 2002 (total de 1409) 1 085 en 2003 (total 2 494).	1500 conventions (coût moyen année pleine de 202 000 € par convention)	1 238 conventions signées en 2004 : total cumulé 3732 conventions depuis 2000	1500 conventions (**) 5 232 conventions en total cumulé depuis 2000
TOTAL			Création de 10 000 places nouvelles 120 000 places existantes médicalisées / an	Création de 10 864 places nouvelles 100 000 places existantes médicalisées	Création de 14 250 places nouvelles 120 000 places existantes médicalisées supplémentaires

(*) Le décret spécifique pour la médicalisation des petites unités de vie et des accueils de jour autonomes n'est paru que début 2005, retardant les réalisations 2004 pour les accueils de jour et les hébergements temporaires (décret n° 2005-118 du 10 février 2005)

(**) Depuis l'origine les conventions tripartites ont permis la création de 29 516 emplois équivalent temps plein (ETP) de personnel soignant (aides-soignants, aides médico-psychologiques et infirmiers diplômés d'Etat). Le conventionnement d'un établissement se traduit, en moyenne, par un renfort de 8 à 8,5 personnels (ETP) toutes sources de financement confondues (dont 6,6 ETP de personnel soignant).

Source : ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.

Le forfait de soins journalier est de 34,84 euros en 2005 (SSIAD privés). Il est entièrement pris en charge par l'assurance maladie. Il couvre les soins infirmiers et les prestations d'aides soignantes.

Au-delà des investissements dans la création de places dans les SSIAD et les structures d'accueil de jour ou temporaire, il conviendrait de corriger la disparité géographique de l'offre de soignants salariés des SSIAD et d'infirmiers libéraux. La France compte en moyenne 5,3 soignants infirmiers pour mille personnes de 70 ans et plus, selon la Caisse nationale d'assurance maladie. Cependant, l'offre en personnel varie de 2,5 pour mille à 10,31 pour mille selon les départements : 60 % des départements ont des taux inférieurs à la moyenne ; ils sont concentrés sur les deux tiers nord de la France (le Finistère faisant exception) ; les départements les plus privilégiés sont l'Hérault, la Haute-Corse, les Hautes-Alpes et l'Aveyron avec des taux supérieurs à 9 %, mais d'une manière générale la Creuse, l'Aquitaine (sauf les Landes et la Dordogne), le Midi-Pyrénées, le Languedoc-Roussillon (sauf l'Aude), la Corse, la Provence-Alpes-Côte-d'Azur (sauf le Var, les Alpes-maritimes et les Alpes-de-Haute-provence), la Drôme et l'Isère offrent au moins 6,41 places pour mille personnes âgées de 70 ans ou plus.

B. LES SERVICES MÉDICO-SOCIAUX D'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE

Un besoin de service à domicile non sanitaire est de plus en plus ressenti. Les personnes âgées dépendantes comme les personnes handicapées demandent à pouvoir disposer d'une offre moins médicale de services à domicile. Cette évolution n'est pas propre à la France ; elle est observée chez tous nos voisins européens et au Canada.

Le décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 précité qui a réformé les SSIAD a donc ouvert le champ de l'assistance à domicile à l'accompagnement médico-social en donnant un statut aux « services d'aide et d'accompagnement à domicile ».

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile concourent notamment « *au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne et au maintien ou au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.* » Ils « *assurent, au domicile des personnes ou à partir de leur domicile, des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne, hors ceux réalisés, sur prescription médicale, par les services [de soins infirmiers à domicile]. Ces prestations s'inscrivent dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne.* »

Un même service peut, en outre, assurer des missions d'un service de soins infirmiers à domicile et des missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile ; il est alors dénommé « service polyvalent d'aide et de soins à domicile ». Les services polyvalents sont financés par l'assurance maladie au moyen de dotations globales de financement afférentes aux prestations de soins dispensées par les services.

A côté de ces services subsiste l'aide ménagère.

Environ 248 000 personnes âgées bénéficient, en métropole, de l'aide ménagère financée par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV). Les départements financent, quant à eux, l'aide ménagère à destination d'environ 30 000 personnes âgées. Ces aides ménagères bénéficient aux personnes classées en GIR 5 (pour un tiers des bénéficiaires) ou en GIR 6 (deux tiers). Elles sont fournies par des services prestataires conventionnés avec, selon le cas, les départements ou les caisses régionales d'assurance maladie qui reçoivent les fonds de la CNAV.

Le volume de l'aide ménagère est relativement stable en France. Mais les crédits de la CNAV ont baissé de 22 % en quatre ans, ce qui place de nombreux services prestataires dans une situation difficile. Les services d'action sociale de nombreux départements ont signalé les choix budgétaires drastiques des caisses régionales d'assurance maladie réduisant les financements afin de les concentrer sur les assurés qui en ont le plus besoin (les GIR 5), sollicitant une contribution personnelle des personnes âgées et s'interrogeant sur le maintien du service.

En dernier lieu, au-delà de l'offre de soins infirmiers, d'assistance médico-sociale et d'accueil de jour ou temporaire, une politique globale d'offre de services à domicile est indispensable. Le gouvernement a déjà fixé les axes essentiels de cette politique en faisant adopter la loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.

C. L'ACCUEIL TEMPORAIRE OU DE JOUR EN ÉTABLISSEMENT

L'accueil temporaire ou de jour consiste à accueillir pour une ou plusieurs journées par semaine, voire une demi-journée, des personnes âgées vivant à leur domicile, dans des locaux dédiés à cet accueil.

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a reconnu la nécessité d'une organisation d'accueil de jour dans certains établissements et services sociaux et médico-sociaux. Le décret n° 2004-231 du 17 mars 2004 a apporté une définition et fixé les modalités d'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans ces établissements et services.

Aux termes de l'article 1^{er} du décret, « *l'accueil temporaire s'adresse aux personnes handicapées de tous âges et aux personnes âgées et s'entend comme un accueil organisé pour une durée limitée, le cas échéant sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour.* »

Le soutien par l'accueil de jour est autant destiné aux personnes âgées ou handicapées qu'à leurs familles ou leurs proches.

Pour la personne âgée ou handicapée, il offre la possibilité de disposer d'une transition entre deux prises en charge, d'avoir des réponses à une interruption momentanée de prise en charge, de disposer d'une réponse adaptée à une modification ponctuelle ou momentanée de ses besoins ou de faire face à une situation d'urgence.

Pour l'entourage, il permet non seulement d'avoir des périodes de répit indispensables physiquement comme psychologiquement, mais aussi de relayer, en cas de besoin, les interventions des professionnels des établissements et services ou des aidants familiaux assurant habituellement l'accompagnement.

Le décret impose aux établissements et services suivants de mettre en œuvre un accueil temporaire :

– les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ;

– les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ;

– les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes adultes handicapées ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ;

– les établissements ou services à caractère expérimental.

Ces établissements et services médico-sociaux disposent d'un délai de trois ans pour se mettre en conformité avec les dispositions du décret.

Les établissements et services peuvent pratiquer exclusivement l'accueil temporaire. Mais le décret limite la capacité d'accueil des unités d'accueil ou de vie à la prise en charge de douze personnes.

Cette base réglementaire était indispensable pour sécuriser les structures d'accueil qui jusque-là étaient expérimentales ou précaires.

A la publication du décret, on dénombrait moins de 200 structures d'accueil de jour. Le plan Alzheimer a mis au grand jour l'utilité de ces structures d'accueil temporaire, dont le nombre est passé à 400, contre 10 000 pour celles d'accueil permanent.

Toutefois, les conditions tarifaires ne sont pas encore définies par décret. A ce jour, le prix de journée en accueil de jour est à la charge de la personne âgée, qui peut, certes, bénéficier de l'aide sociale ou de l'allocation personnalisée d'autonomie afin de financer la dépense.

La reconnaissance de l'utilité sociale et médico-sociale de cette forme d'accompagnement devrait se traduire par une prise en charge partielle par l'assurance maladie, voire totale dans les cas les plus graves comme les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Sur le plan financier, les personnes âgées et leurs familles sont confrontées à une autre difficulté majeure : celle du transport. Le faible nombre de ces unités fait qu'elles sont presque toujours éloignées des domiciles. Or les personnes à qui elles sont destinées sont très âgées et vivent seules ou en couple ; elles ne sont plus en mesure de conduire leur voiture sur de longues distances ; leurs familles sont éloignées et peu disponibles en semaine et en journée ; les lignes et horaires des transports publics sont rarement adaptés aux trajets et le recours au transport sanitaire pris en charge par l'assurance maladie n'est pas possible.

Il conviendrait donc de réfléchir à une aide au paiement du transport des personnes âgées dépendantes vers les centres d'accueil de jour. Les crédits de la section V de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pourraient être utilisés à cette fin.

Le gouvernement a néanmoins engagé une politique de développement des accueils de jour ou temporaire.

M. Jean-Pierre Raffarin, Premier ministre, a présenté, le 6 novembre 2003, le plan Vieillesse et solidarité prévoyant la création de 8 500 places d'accueil de jours et 4 500 places d'accueil temporaire sur la période de quatre ans 2004-2007. En 2005, la création de 3 250 places d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire est prévue. Le gouvernement est en avance sur le calendrier de réalisation du plan (*cf.* le tableau ci-dessus) ; il a été décidé d'accélérer le rythme de création de places aussi bien en accueil de jour ou temporaire qu'en SSIAD et en EHPAD afin de doubler l'objectif initial.

Pour 2006, la création de 2 125 places d'accueil de jour, correspondant à une dépense de 7,45 millions d'euros, et de 1 125 places d'hébergement temporaire, correspondant à une dépense de 5,78 millions d'euros, est prévue.

Selon les structures gestionnaires, l'accueil temporaire est toutefois une activité difficilement rentabilisable et présente des difficultés pour stabiliser le flux d'activité et équilibrer la gestion. Une structure d'accueil temporaire n'atteint en effet que très rarement un taux d'occupation supérieur à 80 %. Une réflexion sur la tarification est donc indispensable.

Le dernier rapport du Commissariat général du Plan, publié en septembre 2005, « Prospective des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes » montre le retard français dans l'offre de places en établissements au regard de l'évolution démographique. Selon les hypothèses, l'INSEE estime que le nombre de personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 4) variera de 741 000 à 691 000 en 2010, 808 000 à 732 000 en 2015 et 920 000 à 805 000 en 2025. Sur la base des 406 200 places en maisons de retraite et unités de soins de longue durée disponibles pour les personnes âgées de 75 ans et plus en 2004, le besoin de places serait, à taux constant de résidence à domicile et en établissements, compris entre 445 000 et 460 000 en 2010, 477 000 et 504 000 en 2015 et 540 000 et 594 000 en 2025. L'effort d'investissement serait donc considérable.

En revanche, le Commissariat général du Plan estime que le besoin de places en établissements serait ramené à des fourchettes de 372 000 à 393 000 en 2015 et 340 000 et 381 000 en 2025 si la politique de maintien à domicile était renforcée (sauf pour les personnes âgées les plus dépendantes qui seraient orientées vers les EHPAD).

Cette politique suppose le renforcement du taux d'encadrement dans les EHPAD ainsi que des investissements de modernisation pour faire face à l'arrivée de populations ayant un GIR de plus en plus réduit.

La politique de soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie repose cependant largement sur les départements qui sont chargés de structurer les offres de prise en charge et sur les régions qui sont désormais en charge de la formation professionnelle des soignants infirmiers.

La politique de soutien au maintien à domicile permet donc d'optimiser mieux l'allocation des crédits publics. Elle conduirait à orienter les mesures budgétaires nouvelles vers la création de places d'hébergement pérenne pour les seules personnes qui en ont le plus besoin au regard de leur état de dépendance ou leur état sanitaire.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales, a examiné pour avis, sur le rapport de Mme Maryvonne Briot, les crédits du programme « Handicap et dépendance » de la mission « Solidarité et intégration » pour 2006, au cours de sa séance du mardi 25 octobre 2005.

Un débat a suivi l'exposé de la rapporteure.

M. Georges Colombier, président, a remercié la rapporteure pour avis pour son exposé et a convenu avec elle que les difficultés de financement des ESAT constituent un sujet de préoccupation, dont il faudra saisir le ministre de la santé et des solidarités. Il a également approuvé son propos sur la nécessité de développer l'accueil de jour et l'hébergement temporaire, tout en soulignant que la difficulté de prévoir l'évolution du taux d'occupation au fil de la semaine, voire de la journée, rend difficile leur gestion et les décisions d'investissement.

Mme Martine Carrillon-Couvreur a observé que les départements éprouvent des difficultés financières à appliquer la loi du 11 février 2005 : la charge supplémentaire qui incombe à son département, la Nièvre, est évaluée entre 11 et 14 millions d'euros par an. En outre, seuls quatre des douze décrets d'application de la loi sont parus à ce jour, malgré l'engagement, pris devant le Parlement, de les publier tous dans les six mois suivant la promulgation de la loi.

Les crédits de l'action 4 « Compensation des conséquences du handicap » baissent de 4 % par rapport à 2005 et cette compensation, qui revêt à la fois un aspect individuel et un aspect collectif, repose sur un financement non solidaire, qui met à contribution les seuls salariés.

L'absence, dans la présentation du rapport, de toute mention des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) est regrettable et il serait intéressant de connaître le nombre de places qui seront créées en 2006.

Le développement de l'accueil temporaire et de jour, souhaité à juste titre par la rapporteure pour avis, doit faire l'objet d'une programmation pluriannuelle.

Mme Hélène Mignon a indiqué que les associations et leurs fédérations ne sont pas seules à être inquiètes : les départements aussi se demandent avec quel argent ils financeront la mise en place des maisons départementales des personnes handicapées. Il semble d'ailleurs que le projet ne sera pas mené à bien avant l'été 2006, ainsi que l'a reconnu le délégué interministériel lui-même.

S'agissant de l'accueil temporaire et de jour, cette formule présente l'avantage supplémentaire de préparer l'inéluctable séparation du jeune adulte handicapé d'avec ses parents, ainsi que celle de la personne âgée d'avec ses enfants.

Il est regrettable, même si cela sort du cadre de la discussion budgétaire à proprement parler, elle a déploré que certains accidentés de la vie reconnus invalides à plus de 80 % se voient interdire par la médecine du travail de reprendre quelque activité que ce soit, alors même qu'ils en sont capables et le souhaitent – non pour en vivre, mais pour leur équilibre personnel.

M. Georges Colombier, président, a approuvé ce propos.

M. Yves Boisseau et M. Pierre-Louis Fagniez se sont interrogés sur les raisons du changement d'appellation des centres d'aide par le travail (CAT), qui deviennent, on ne sait pourquoi, des établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

En réponse aux questions, **la rapporteure pour avis** a apporté les précisions suivantes :

– il est vrai que les décrets d'application de la loi du 11 février 2005 ont pris du retard ; la présentation par M. Jean-François Chossy, le 14 décembre, d'un rapport sur la mise en application de la loi, donnera aux députés l'occasion d'interpeller le ministre de la santé et des solidarités qui sera auditionné sur ce sujet.

– S'agissant du financement de la compensation du handicap, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est également alimentée par une cotisation de 0,3 % sur les revenus des placements financiers et du capital.

– Un nouveau programme triennal 2005-2007 prévoit la création de 5 400 places en établissements et services pour enfants et adolescents handicapés, dont 3 750 en SESSAD. Sur la première tranche 2005 du programme, une enveloppe de 18,93 millions d'euros de crédits d'assurance maladie est consacrée à la création de places en SESSAD. Les premières perspectives montrent que 1 524 places sont programmées par les services déconcentrés.

– L'inquiétude causée par les charges nouvelles incombant aux départements et par le calendrier d'installation des maisons départementales des personnes handicapées, les groupements d'intérêt public n'ayant pas encore été constitués, est légitime et largement partagée. C'est un sujet sur lequel il faudra également interroger le ministre de la santé et des solidarités le 14 décembre.

– Enfin, le changement de nom des CAT en ESAT est notamment lié à l'évolution du statut du travailleur handicapé.

Mme Hélène Mignon a rappelé qu'un débat avait eu lieu sur ce point lors de l'examen de la loi du 11 février 2005, dont il serait intéressant de relire les comptes rendus.

M. Louis Cosyns a demandé si le montant du forfait journalier de soins à domicile, de 34,84 euros indiqué dans le rapport, correspond à une référence

nationale, ou simplement à une moyenne constatée. Son département, l'Indre, pratique en effet, un tarif nettement inférieur, alors même que l'on voit apparaître de plus en plus de cas lourds, qui grèvent le budget des services de soins infirmiers à domicile.

La rapporteure pour avis et M. Georges Colombier, président, ont confirmé qu'il s'agit d'une simple moyenne nationale.

*

La commission a approuvé les conclusions de la rapporteure pour avis sur les crédits du programme « Handicap et dépendance » et a donné un *avis favorable* à l'adoption des **crédits de la mission « Solidarité et intégration »**.

N° 2569 – Tome XI – Avis présenté au nom de la commission des affaires culturelles sur le projet de loi de finances pour 2006 (Mme Maryvonne Briot)