



N° 2264

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 9 octobre 2014.

AVIS

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE
LOI *de finances pour 2015*,

TOME IV

SOLIDARITÉ, INSERTION ET ÉGALITÉ DES CHANCES

HANDICAP ET DÉPENDANCE

PAR MME ANNIE LE HOUEROU,

Députée.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
I. LES CRÉDITS DU PROGRAMME « HANDICAP ET DÉPENDANCE » POUR 2015 : UN EFFORT BUDGÉTAIRE SIGNIFICATIF DANS UN CONTEXTE ÉCONOMIQUE DIFFICILE	7
A. LA PRÉSERVATION DES RESSOURCES D'EXISTENCE DES PERSONNES HANDICAPÉES.....	8
B. UN ENGAGEMENT IMPORTANT DE L'ÉTAT EN FAVEUR DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES D'AIDE PAR LE TRAVAIL (ESAT).....	11
C. LA PARTICIPATION DE L'ÉTAT AU FONCTIONNEMENT DES MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES (MDPH)	13
II. LES AIDES TECHNIQUES	15
A. LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DES AIDES TECHNIQUES ASSOCIE UN FINANCEMENT ÉPARpillÉ À UN PILOTAGE DÉFAILLANT	16
1. Un financement éclaté entre de nombreux acteurs, source de complexité pour les usagers	16
a. Un ensemble hétérogène d'aides techniques.....	16
b. Des intervenants multiples	17
c. Un parcours long et complexe pour les usagers	18
2. Un pilotage à renforcer.....	19
a. Le manque de coordination des acteurs	19
b. Le rôle de la CNSA.....	19
B. L'ACCÈS AUX AIDES TECHNIQUES EST MARQUÉ PAR DES INÉGALITÉS ENTRE LES USAGERS	20
a. Une prise en charge différente pour les personnes handicapées et les personnes âgées dépendantes.....	20
b. Le fonctionnement hétérogène des fonds départementaux de compensation du handicap	21
c. Les avancées contenues dans le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement	23

C. L'INFORMATION ET L'ÉVALUATION DOIVENT ÊTRE ACCRUES AFIN DE FAVORISER L'ADÉQUATION DES AIDES AUX BESOINS DES USAGERS ET LA MAÎTRISE DES PRIX.....	24
1. Une information et une évaluation encore trop limitées, pour des prix élevés.....	24
a. Le manque d'information et d'évaluation.....	24
b. Des prix élevés	26
2. Des progrès à amplifier pour faciliter l'accès aux aides techniques	27
a. Une meilleure connaissance des aides techniques	27
b. Les voies alternatives de mise à disposition des aides techniques	29
c. La maîtrise des prix	30
TRAVAUX DE LA COMMISSION : EXAMEN DES CRÉDITS	33
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE POUR AVIS	35

INTRODUCTION

Avec des crédits d'un montant de 15,75 milliards d'euros en 2015, le budget de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances » témoigne de l'importance de l'action de l'État au service des plus démunis.

Parmi les quatre programmes composant la mission, le programme 157 « Handicap et dépendance » concentre à lui seul 74 % des crédits de la mission. En effet, les crédits demandés pour 2015 au titre de ce programme s'élèvent à 11,6 milliards d'euros en autorisations d'engagement et en crédits de paiement, ce qui correspond à une hausse de 1,4 % par rapport aux crédits ouverts par la loi de finances initiale pour 2014.

Dans un contexte où les économies en matière de dépenses publiques apparaissent comme la condition impérative du rétablissement des finances publiques, l'effort financier ainsi consenti, au nom des valeurs de solidarité et d'égalité, mérite d'être salué. Il confirme la volonté du Gouvernement de continuer à répondre aux besoins d'aide à l'autonomie, qu'ils soient consécutifs au handicap ou au vieillissement.

Dans ce domaine, dès le début du quinquennat, le Gouvernement s'est résolument engagé dans une politique volontariste, comme en témoignent la décision d'inclure un volet handicap dans tous les projets de loi, le lancement d'un troisième plan autisme pour 2013-2017, et tout récemment, le vote, en première lecture à l'Assemblée en septembre 2014, du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Cette impulsion politique forte s'est également manifestée à l'occasion du Comité interministériel du handicap du 25 septembre 2013, qui a donné lieu à un relevé de décisions particulièrement riche, et dont la Conférence nationale du Handicap, qui doit avoir lieu à la fin de l'année 2014, permettra de mesurer la concrétisation.

L'ensemble des crédits du programme représente une part importante mais non exhaustive des crédits publics destinés aux personnes handicapées et aux personnes âgées. Cette politique s'appuie en effet sur de nombreux acteurs au plan interministériel, de nombreux organismes sociaux, les collectivités territoriales et les acteurs associatifs, dont le rôle est particulièrement important. Ainsi, les établissements et services accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées sont financés grâce aux crédits de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), dans sa composante médico-sociale, abondés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Les collectivités territoriales, en premier lieu les conseils généraux, sont également fortement investies. Au total, l'État, l'assurance maladie, la CNSA et les collectivités territoriales mobilisent des moyens financiers considérables pour répondre aux

différents besoins des personnes âgées et des personnes handicapées. Les dépenses de protection sociale liées à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées (hors dépenses de santé) se sont élevées à près de 55 milliards d'euros en 2013, dont environ 36 milliards pour les personnes handicapées et 19 milliards en faveur des personnes âgées.

L'analyse détaillée des crédits du programme relevant de la compétence du rapporteur spécial de la commission des finances, votre rapporteure pour avis a choisi d'approfondir, dans le présent avis budgétaire, le sujet des aides techniques. Du fauteuil roulant à la prothèse auditive, en passant par le télégrandisseur, ces aides, très variées, sont d'un usage très répandu chez les personnes handicapées et les personnes âgées dépendantes. Elles permettent de rendre effectif le principe du droit à la compensation qui constitue, avec celui de l'accessibilité pour tous, l'un des deux piliers de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Il s'agit donc d'étudier les conditions de recours aux aides techniques, leur prise en charge et leur adaptation aux besoins des bénéficiaires.

L'article 49 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 fixe au 10 octobre la date butoir pour le retour des réponses aux questionnaires budgétaires.

À cette date, 71 % des réponses étaient parvenues à votre rapporteure pour avis. Le 27 octobre, toutes les réponses lui étaient parvenues.

I. LES CRÉDITS DU PROGRAMME « HANDICAP ET DÉPENDANCE » POUR 2015 : UN EFFORT BUDGÉTAIRE SIGNIFICATIF DANS UN CONTEXTE ÉCONOMIQUE DIFFICILE

L'objectif du programme « handicap et dépendance », piloté par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), est de permettre aux personnes handicapées et aux personnes âgées en perte d'autonomie de choisir librement leur mode de vie, à la fois en leur facilitant l'accès au droit commun et en leur offrant des dispositifs adaptés à leurs besoins.

Ce programme, composé de six actions d'importance inégale, regroupe essentiellement des crédits destinés aux personnes handicapées (actions 1 à 4). Ceux-ci visent d'abord à leur garantir un niveau minimum de ressources (action n° 3), à travers le versement de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI). Le soutien apporté aux établissements et services d'aide par le travail (ESAT) contribue à favoriser l'activité professionnelle des personnes handicapées (action n° 2). Ces deux actions cumulées représentent 11,52 milliards d'euros, c'est-à-dire plus de 99 % des crédits du programme. Celui-ci comprend également la participation financière de l'État au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH, action n° 1).

Les crédits du programme permettent par ailleurs à l'État de contribuer à la « compensation des conséquences du handicap » (action n° 4), pour un montant de 16,1 millions d'euros. Ces crédits prennent, pour l'essentiel (15,9 millions d'euros), la forme d'une subvention versée à l'institut national des jeunes aveugles (INJA) et aux quatre instituts nationaux de jeunes sourds (INJS), destinée à rémunérer leur personnel enseignant. Le Centre national de formation des enseignants intervenant auprès des déficients sensoriels (CNFEDS) de Chambéry reçoit également une subvention de 200 000 euros.

L'action n° 5, intitulée « personnes âgées » et dotée de 2,36 millions d'euros, vise à encourager la politique de bienveillance envers les personnes âgées et les personnes handicapées. Elle apporte un soutien financier aux associations têtes de réseau et finance la « Fédération 3977 contre la maltraitance » qui, grâce à un effort de mutualisation, regroupe depuis février 2014 le dispositif national d'écoute téléphonique et de traitement des signalements de maltraitance d'une part, et les antennes de proximité, chargées du suivi et de l'accompagnement des situations signalées, d'autre part.

Enfin, l'action n° 6, dotée de 3,76 millions d'euros, a trait au « pilotage du programme ». Ces crédits comprennent une participation au financement de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM - 1,3 million d'euros), une dotation de soutien au fonctionnement des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI - 0,78 million d'euros), des subventions destinées à des associations

nationales jouant un rôle dans l'accompagnement des personnes handicapées ou dépendantes (0,7 million d'euros) et au centre national d'information sur la surdité (CNIS – 0,42 million d'euros), des crédits destinés à l'ingénierie, à l'observation et à la recherche, afin de permettre la réalisation d'études dans le domaine du handicap et de la dépendance (0,36 million d'euros). L'action n° 6 prévoit également des crédits destinés à couvrir des frais de justice, pour un montant de 0,2 million d'euros.

**ÉVOLUTION ET RÉPARTITION PAR ACTION DES CRÉDITS DEMANDÉS POUR 2015
AU TITRE DU PROGRAMME N° 157 « HANDICAP ET DÉPENDANCE »**

(en millions d'euros et en crédits de paiement)

Numéro et intitulé de l'action	Crédits ouverts en LFI 2014	Projet de loi de finances pour 2015		Évolution 2015/2014 (en montant)
		(en montant)	(en % des crédits du programme)	
01. Évaluation et orientation personnalisée des personnes handicapées	64,86	56,30 <i>(+ 10,00 avec concours CNSA)</i>	0,49 % <i>(0,57 % avec concours CNSA)</i>	– 8,56 <i>(+ 1,43 avec concours CNSA)</i>
02. Incitation à l'activité professionnelle	2 706,59	2 747,94	23,69 %	+ 41,35
03. Ressources d'existence	8 647,77	8 774,04	75,63 %	+ 126,27
04. Compensation des conséquences du handicap	16,57	16,10	0,14 %	– 0,47
05. Personnes âgées	3,06	2,36	0,02 %	– 0,70
06. Pilotage du programme	4,06	3,76	0,03 %	– 0,30
Total des crédits du programme	11 442,92	11 600,50	100 %	+ 157,58

LFI : loi de finances initiale.

Source : tableau réalisé d'après les données présentées dans le projet annuel de performance annexé au projet de loi de finances pour 2015.

Votre rapporteure pour avis consacrera les développements ci-dessous aux trois actions les plus largement dotées.

A. LA PRÉSERVATION DES RESSOURCES D'EXISTENCE DES PERSONNES HANDICAPÉES

Représentant à elle seule 75,6 % des crédits du programme « handicap et dépendance », l'action n° 3 relative aux « ressources d'existence » a pour objet de garantir aux personnes handicapées un niveau minimum de ressources, à travers le financement de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI). Les crédits demandés pour 2015 s'élèvent à 8,77 milliards d'euros, soit une augmentation de 1,46 % par rapport à la loi de finances initiale pour 2014.

La quasi-totalité des crédits de l'action n° 3 (97 %) est destinée au financement de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), allocation différentielle régie par les articles L. 821-1 et suivants du code de la sécurité sociale, destinée à garantir à la personne handicapée un revenu minimum de

subsistance alors même qu'elle subit du fait de son handicap une incapacité permanente, reconnue, obérant ou limitant fortement sa capacité à occuper un emploi et à en tirer des revenus.

L'allocation aux adultes handicapés (AAH)

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, a opéré une distinction fondamentale entre la compensation des surcoûts liés au handicap, prise en charge par la prestation de compensation du handicap (PCH) financée par le conseil général, et le revenu minimum *stricto sensu* financé par l'État, prenant la forme de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

L'AAH permet de garantir un revenu minimum aux personnes handicapées âgées de 20 à 60 ans qui présentent :

- soit un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 80 % (article L. 821-1 du code de la sécurité sociale) ;
- soit un taux d'incapacité égal ou supérieur à 50 % et inférieur à 80 % (article L. 821-2 du même code). Dans ce cas, le droit à l'AAH n'est ouvert que si l'intéressé présente une « restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi » (RSDAE) du fait de son handicap, reconnue par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Le droit à l'AAH est accordé par les CDAPH siégeant au sein des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). L'allocation est ensuite versée, selon le cas, par la caisse d'allocations familiales ou la mutualité sociale agricole.

Le montant maximal de la prestation à taux plein s'élève, à compter des allocations dues au titre du mois de septembre 2014, à 800,45 euros. Elle est subsidiaire par rapport à d'autres prestations et est soumise à une condition de ressources. Le montant attribué vient ainsi compléter les éventuelles autres ressources du bénéficiaire (pension d'invalidité, revenus d'activité professionnelle, revenus fonciers, pension alimentaire, intérêts de produits d'épargne, etc.) afin d'amener celles-ci à un niveau garanti.

Deux compléments sont prévus par la loi pour les personnes les plus lourdement handicapées qui vivent dans un logement indépendant sans percevoir de revenu d'activité professionnelle : le complément de ressources pour les personnes handicapées (CPR), attribué aux allocataires dont la capacité de travail est inférieure à 5 %, et la majoration pour la vie autonome (MVA), destinée aux personnes qui perçoivent des aides au logement et ne perçoivent pas de revenu d'activité à caractère professionnel propre.

Le montant de la dotation pour le financement de l'AAH en 2015 s'élève à 8,52 milliards d'euros. Il intègre à la fois l'évolution du nombre de bénéficiaires (« effet volume ») et les effets de la revalorisation annuelle (« effet prix »).

Le nombre d'allocataires connaît une évolution dynamique depuis 2008, date à laquelle l'AAH bénéficiait en moyenne à 848 800 personnes. Elle a été perçue par un million de personnes en 2013, ce qui correspond à une augmentation

de 18 % du nombre de bénéficiaires en l'espace de cinq ans. Toutefois, une décélération de cette progression est constatée depuis fin 2012, en raison notamment de la fin de la revalorisation exceptionnelle de la prestation et d'un travail d'harmonisation des pratiques locales d'attribution d'AAH, sur la base du décret du 16 août 2011 définissant la notion de restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE). Pour 2015, l'estimation prend en compte à la fois la poursuite du ralentissement de l'augmentation des bénéficiaires de l'article L. 821-2 du code de la sécurité sociale (c'est-à-dire présentant un taux d'incapacité permanente inférieur à 80 % et supérieur à 50 % et souffrant d'une « restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi »), mais aussi, *a contrario*, l'hypothèse de la poursuite des effets de la crise économique et les effets du décalage de l'âge d'ouverture des droits à une pension de vieillesse.

L'« effet prix » correspond quant à lui à la revalorisation annuelle de la prestation. Après avoir vu son montant augmenter de 25 % entre 2008 et 2012, l'AAH est désormais revalorisée au 1^{er} septembre de chaque année, conformément au montant prévisionnel de l'inflation (1,3 % au 1^{er} septembre 2014).

DÉTERMINANTS DE LA DÉPENSE : ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES ET DU MONTANT MOYEN DE L'AAH DEPUIS 2008

Année	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014 (prévision)
Nombre moyen de bénéficiaires (tous régimes – France entière)	848 800	883 300	914 950	930 000	972 000	1 000 000	1 020 800
Montant moyen mensuel de l'allocation	565	595	619	642	666	683	693

Source : projet annuel de performance annexé au projet de loi de finances pour 2015.

Le pilotage de l'AAH doit continuer à s'améliorer en 2015, grâce à une évaluation lancée dans le cadre de la Modernisation de l'action publique. Une mission menée par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et le secrétariat général de la modernisation de l'action publique (SGMAP) a présenté, en avril 2014, un plan d'action complet reposant sur cinq axes stratégiques (améliorer l'équité de traitement des demandeurs de l'AAH, améliorer la qualité du service rendu, mieux accompagner vers et dans l'emploi, renforcer le pilotage interministériel de lutte contre l'exclusion des personnes handicapées, garantir le respect des règles régissant l'AAH, la qualité et l'efficacité du dispositif géré par les MDPH). Une expérimentation a en outre été lancée dès 2010 dans huit directions départementales de la cohésion sociale, qui a notamment permis de redéfinir le rôle de chacun des acteurs et de réaffirmer clairement celui de l'État au sein des MDPH, celui-ci devant veiller à l'application uniforme des textes sur le territoire. Cette expérimentation, puis le déploiement du dispositif à l'échelle nationale, ont conduit à la mise en place de nouvelles méthodes de travail entre l'administration centrale et les services déconcentrés. Des outils simples d'aide à une meilleure attribution de l'AAH ont été construits et partagés avec l'ensemble des services. Le Gouvernement a fait savoir qu'il serait particulièrement attentif à

ce que l'évaluation en cours prenne bien en compte le parcours global des personnes en situation de handicap, au regard des prestations auxquelles elles peuvent prétendre et des différentes institutions qui les servent.

L'action n° 3 comporte également des crédits destinés à financer l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), pour un montant de 249,6 millions d'euros. Cette prestation, définie aux articles L. 815-24 et suivants du code de la sécurité sociale, vient compléter les ressources des bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'un avantage vieillesse (pension de réversion, de veuvage, de retraite anticipée pour carrière longue ou pour pénibilité) s'ils sont atteints d'une invalidité générale réduisant leur capacité de travail ou de gain d'au moins deux tiers. Versée sous condition de ressources, elle s'adresse aux personnes qui n'ont pas atteint l'âge légal de départ à la retraite et ne peuvent donc bénéficier de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). Les bénéficiaires de l'ASI peuvent percevoir une AAH différentielle si le niveau de l'ASI est inférieur au montant de l'AAH, ainsi que, depuis 2007, les compléments de l'AAH (complément de ressources et majoration pour la vie autonome).

Contrairement à l'AAH, le nombre de bénéficiaires de l'ASI est en diminution depuis plusieurs années, principalement en raison de l'amélioration relative des ressources des pensionnés d'invalidité, la progression de leurs ressources étant globalement plus rapide que l'évolution de l'inflation sur laquelle est indexé le plafond de ressources de l'ASI. Le relèvement de l'âge minimum de départ à la retraite, dans la mesure où il s'agit du seuil retenu au-delà duquel les allocataires sortent du dispositif, a un effet inverse sur le nombre de bénéficiaires, sans toutefois aller jusqu'à inverser la tendance à la baisse. Dans ces conditions, le projet de loi de finances retient une diminution du nombre de bénéficiaires de 1,5 % entre 2014 et 2015.

B. UN ENGAGEMENT IMPORTANT DE L'ÉTAT EN FAVEUR DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES D'AIDE PAR LE TRAVAIL (ESAT)

L'action n° 2 relative à « l'incitation à l'activité professionnelle » comporte les crédits ouverts au profit des établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

Les ESAT sont des établissements médico-sociaux qui accueillent, à partir de l'âge de 20 ans, des adultes handicapés ayant une capacité de travail inférieure à un tiers de la capacité normale et qui, de ce fait, ne peuvent momentanément ou durablement exercer une activité professionnelle en milieu ordinaire de travail. Ils leur offrent des possibilités d'activités diverses à caractère professionnel, ainsi qu'un soutien médico-social et éducatif, en vue de favoriser leur épanouissement personnel et social. Les ESAT permettent donc de créer les conditions d'une ouverture sur le milieu ordinaire et font du travail protégé une composante du parcours d'insertion des personnes handicapées.

Les crédits demandés pour 2015 s'élèvent à 2,75 milliards d'euros, soit une augmentation de 1,5 % par rapport à la loi de finances initiale pour 2014. Plus de la moitié de cette somme correspond à la dotation globale de fonctionnement des ESAT (DGF ESAT), d'un montant de 1,47 milliard d'euros, qui vise à permettre le financement de 119 211 places autorisées. Le nombre de places reste inchangé depuis 2012, le moratoire décidé en 2013 et reconduit en 2014 étant à nouveau prolongé pour le prochain exercice.

Votre rapporteure pour avis indique qu'il serait opportun de repenser la place des ESAT dans le parcours de vie de la personne handicapée, ainsi que leur mode de financement. Les missions des ESAT, tout d'abord, pourraient être davantage positionnées autour de l'évaluation des situations, de la formation professionnelle et des passerelles qu'ils permettent de créer avec le milieu ordinaire de travail. Les ESAT, lorsqu'il s'agit d'un projet personnel exprimé, peuvent en effet jouer un rôle de tremplin pour accéder au milieu ordinaire, mais également constituer un lieu de répit et de remobilisation lorsque celui-ci devient trop pesant. L'insertion professionnelle des personnes handicapées est un élément essentiel d'inclusion dans notre société et contribue à l'accès à l'autonomie. Le principe de non-discrimination, réaffirmé dans la loi du 11 février 2005, doit trouver son application dans le domaine de l'emploi en favorisant l'accès, le maintien et le retour à l'emploi des personnes handicapées. Concernant ensuite le mode financement des ESAT, le système de tarification nécessite d'être modernisé, le financement à la place ne correspondant plus au mode de fonctionnement des établissements. La renégociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) pourrait être un moment privilégié pour redéfinir les moyens alloués.

La dotation pour 2015 tient également compte des conséquences de l'annulation, par le Conseil d'État, de l'arrêté du 2 mai 2012 fixant les tarifs plafonds des ESAT pour 2012. L'arrêt du 17 juillet 2013 conteste la décision des ministres qui ont « *pour la quatrième année consécutive* » maintenu les tarifs plafonds à un niveau inchangé, « *en fonction d'une étude reposant sur des données de 2008* », sans chercher à apprécier l'« *incidence de l'application des règles de convergence fixées par les arrêtés successivement applicables sur la situation des établissements et services, en particulier sur la situation de ceux dont les charges immobilières sont très nettement supérieures à la moyenne* ». Une revalorisation de ce tarif, sur la base duquel est mis en œuvre un mécanisme de convergence des dotations des ESAT destiné à renforcer l'équité dans l'allocation de leurs ressources, a donc été prise en compte.

L'action n° 2 comporte également 1,28 milliard de crédits destinés à financer l'aide au poste, versée aux ESAT au titre de la garantie de rémunération des travailleurs handicapés (GRTH) et visant à permettre la compensation par l'État d'une partie des charges supportées par les ESAT au titre de la rémunération garantie, des cotisations sociales afférentes, du financement partiel de la formation professionnelle continue et de la prévoyance pour les travailleurs handicapés admis en ESAT.

Afin d'améliorer l'insertion professionnelle des personnes handicapées, l'expérimentation de nouveaux processus d'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées, lancée en 2011 par la DGCS avec le soutien de la CNSA et du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP), va être progressivement généralisée à l'ensemble du territoire. Une première étape doit être franchie en décembre 2014, avec le déploiement du dispositif d'« évaluation accompagnée » dans 29 MDPH, qui seront dotées d'un outil informatique *ad hoc*, avant sa généralisation prévue en 2015. L'emploi des personnes handicapées reste donc une priorité du Gouvernement, conformément aux orientations du comité interministériel du handicap du 25 septembre 2013.

Les crédits de l'action n° 2 comprennent également une enveloppe de 2 millions d'euros destinée à financer les opérations d'investissement des ESAT. Leur modernisation est en effet indispensable, les ESAT figurant parmi les structures les plus anciennes du secteur médico-social. Votre rapporteure pour avis ne peut que se réjouir de la poursuite du plan d'aide à l'investissement en 2015, même si le montant est peu élevé au regard du nombre d'établissements et services et du coût de leur mise aux normes. Elle tient à souligner la nécessité de trouver des moyens de modernisation qui permettent de renforcer l'accessibilité, mais aussi de mieux répondre à l'évolution de la demande des travailleurs et du rôle des ESAT dans les parcours personnalisés au regard de l'emploi des personnes handicapées.

C. LA PARTICIPATION DE L'ÉTAT AU FONCTIONNEMENT DES MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES (MDPH)

L'action n° 1, intitulée « évaluation et orientation personnalisée des personnes handicapées », correspond à la participation de l'État au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées. Créées par la loi du 11 février 2005 précitée, les MDPH fonctionnent comme un guichet unique pour toutes les démarches liées aux diverses situations de handicap. Elles sont ainsi chargées d'accueillir les personnes handicapées, de les informer, d'organiser l'instruction des demandes de prestations et d'orientation, l'évaluation des besoins des personnes et le fonctionnement de l'instance de décision qu'est la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Les crédits demandés pour 2015 s'élèvent à 56,3 millions d'euros. Cette dotation intègre un transfert de 0,6 million d'euros en provenance du programme 155 « Conception, gestion et évaluation des politiques de l'emploi et du travail », ainsi qu'un transfert de 1,3 million d'euros depuis le programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative ». Le financement du programme est en baisse de 13,2 % par rapport à la loi de finances initiale pour 2014. Toutefois, une contribution complémentaire de la CNSA, d'un montant de 10 millions d'euros permet de porter la participation au fonctionnement des MDPH à 66,3 millions d'euros en

2015, ce qui correspond à une augmentation de 2,98 % par rapport à la loi de finances initiale pour 2014.

Cette dotation couvre la contribution de l'État au fonctionnement général des MDPH et compense financièrement les vacances d'emplois au titre des personnels initialement mis à disposition par l'État et qui sont partis à la retraite ou ont réintégré leur administration d'origine sans être remplacés par des personnels de même statut.

L'État, en liaison avec la CNSA, cherche à encourager le développement de nouvelles méthodes de travail au sein des MDPH. Il s'agit de passer d'un traitement administratif et global à un accompagnement individualisé de chaque personne handicapée, afin de l'aider à bâtir son projet de vie. Cette orientation correspond à la démarche préconisée par M. Denis Piveteau dans son rapport *« Zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches »*, rendu public en juin 2014.

Afin de s'assurer de l'effectivité des décisions prises à l'égard des personnes handicapées, et notamment du respect de leur plan personnalisé de compensation, la convention d'objectifs et de gestion pour 2012-2015, signée entre l'État et la CNSA, compte parmi ses objectifs l'amélioration du système d'information des MDPH, le SipAPH. Le principe de la réalisation progressive d'un système d'information commun aux MDPH figure d'ailleurs dans le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Votre rapporteure veillera à ce que ces mesures permettent bien de combler enfin le retard important pris par les MDPH en matière de collecte de données et de remontées d'informations.

II. LES AIDES TECHNIQUES

Aux côtés des aides humaines, les aides techniques constituent un élément essentiel de la prise en charge du handicap ou de la dépendance. Elles contribuent à une meilleure autonomie et, ainsi, à l'amélioration de la qualité de vie des personnes handicapées et des personnes âgées.

Le terme recouvre un ensemble très vaste et hétérogène d'outils, parmi lesquels les fauteuils roulants, les audioprothèses, les cannes, les sièges de douche ou encore les téléagrandisseurs. Les aides techniques sont définies dans l'annexe 2-5 du code de l'action sociale et des familles comme « *tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap, acquis ou loué par la personne handicapée pour son usage personnel* ». Il est précisé que l'aide doit « *contribuer* :

– *soit à maintenir ou améliorer l'autonomie de la personne pour une ou plusieurs activités ;*

– *soit à assurer la sécurité de la personne handicapée ;*

– *soit à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour faciliter l'intervention des aidants qui accompagnent la personne handicapée.* »

Cette définition, établie pour la prise en charge des aides au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH), peut être étendue aux personnes âgées dépendantes.

Les aides techniques sont d'un usage très répandu chez les personnes handicapées comme chez les personnes âgées dépendantes. Fin 2008, 20 % des personnes âgées de plus de 60 ans vivant à domicile utilisent au moins une aide technique. Cette proportion passe à 82 % pour les personnes en GIR 1 ou 2, c'est-à-dire les plus dépendantes ⁽¹⁾.

S'agissant des personnes handicapées, le recours aux aides techniques peut être appréhendé à travers les données relatives à la PCH, créée par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Cette prestation, mise en place depuis le 1^{er} janvier 2006, est destinée à compenser différentes charges liées au handicap, en contribuant notamment au financement des aides techniques. L'inspection générale des affaires sociales (IGAS), dans son rapport sur « l'évaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées » paru en avril 2013 ⁽²⁾, estime, sur la base d'un croisement

(1) *Études et résultats DREES n° 823 décembre 2012 « Vieillir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements de logement »*. Cette publication s'appuie sur l'enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires (HSM) réalisée en 2008 par la DREES et l'INSEE.

(2) *Philippe Blanchard, Hélène Strohl-Maffesoli, Bruno Vincent, Évaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées, octobre 2013.*

des données de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), que la PCH finance des aides techniques pour plus de la moitié des personnes handicapées.

Le recours aux aides techniques est en outre amené à se développer du fait du vieillissement de la population. Leur utilisation permet notamment de faciliter le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, retardant de ce fait une hospitalisation ou un placement en établissement médicalisé. Elles s'inscrivent également dans une démarche de prévention. À titre d'exemple, l'utilisation d'un siège de douche limite les risques de chute et donc de fracture du col du fémur, l'un des accidents les plus fréquents chez les personnes âgées.

A. LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DES AIDES TECHNIQUES ASSOCIE UN FINANCEMENT ÉPARpillÉ À UN PILOTAGE DÉFAILLANT

1. Un financement éclaté entre de nombreux acteurs, source de complexité pour les usagers

a. Un ensemble hétérogène d'aides techniques

Les aides techniques regroupent des matériels extrêmement divers. La base de données Handicat recense ainsi plus de 10 000 aides techniques différentes. Leur coût varie fortement, allant de moins de dix euros pour une brosse à long manche jusqu'à plus de 20 000 euros pour certains fauteuils électriques.

Contrairement aux définitions internationales ou européennes des aides techniques, le dispositif français de prise en charge de ces aides opère une distinction entre deux catégories d'aides, les dispositifs médicaux et les aides techniques.

Les dispositifs médicaux, définis par l'article L. 5211-1 du code de la santé publique, relèvent du champ des soins. Leur liste et les règles de prise en charge et de financement relèvent de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) de l'assurance maladie, conformément à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Les aides techniques susceptibles d'être financées dans le cadre de la PCH, définies par l'annexe 2-5 du code de l'action sociale et des familles, relèvent quant à elles soit de la compensation du handicap, soit de la prévention de la perte d'autonomie.

Ces deux catégories se recoupent partiellement, une partie des aides techniques susceptibles d'être prises en charge dans le cadre de la PCH étant également des dispositifs médicaux. C'est notamment le cas des lits médicalisés,

des fauteuils roulants ou encore des audioprothèses. Sur les près de 10 000 aides techniques recensées, 250 sont également inscrites sur la LPPR.

Cette distinction – et l’existence de recoupements – impose de veiller à l’articulation des deux dispositifs et des financeurs, afin de favoriser une prise en charge adaptée, de faciliter les démarches des utilisateurs et de veiller à l’efficacité des financements. La prise en charge des aides techniques varie selon qu’elles figurent sur la LPPR, dans l’annexe 2-5 du code de l’action sociale et des familles, ou sur les deux. Cette double définition induit ainsi trois types de financements différents, auxquels d’autres contributeurs vont pouvoir s’ajouter, complexifiant ainsi le circuit de financement.

b. Des intervenants multiples

Le financement des aides techniques est complexe, puisqu’il dépend à la fois du type d’aide technique concernée, mais aussi de la situation de la personne. De multiples financeurs peuvent intervenir, que ce soit à titre légal, extra-légal ou contractuel.

Les aides techniques inscrites sur la LPPR sont prises en charge par l’assurance maladie. Elles sont payées aux assurés sur la base d’un tarif de responsabilité, qui est plus ou moins éloigné des prix de marché. Le niveau de remboursement est fixé par le comité économique des produits de santé (CEPS).

Pour les personnes handicapées, la loi du 11 février 2005 prévoit la prise en charge par la prestation de compensation du handicap (PCH) de différents éléments de compensation, parmi lesquels les aides techniques. Les aides concernées sont celles retenues par l’arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs de prise en charge. Ceux-ci s’appliquent de façon subsidiaire ou complémentaire au financement de l’assurance maladie.

Les enfants bénéficiaires de l’allocation d’éducation de l’enfant handicapé (AEEH) peuvent quant à eux obtenir un complément d’AEEH ou une majoration temporaire du complément que les parents perçoivent pour aider au financement de l’acquisition d’une aide technique.

L’acquisition d’aides nécessaires pour accéder ou se maintenir dans l’emploi peut être financée par l’Association de gestion du fonds pour l’insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) pour les salariés du secteur privé et par le Fonds pour l’insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) pour les salariés de la fonction publique.

Pour les personnes âgées dépendantes, l’allocation personnalisée pour l’autonomie (APA) permet également un recours aux aides techniques, mais, à la différence de la PCH, aucun arrêté ne fixe la liste et le tarif de prise en charge des aides techniques par l’APA et le recours aux aides techniques est beaucoup plus limité, l’APA servant majoritairement à financer les besoins en aides humaines.

La Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) soutient également le financement d'aides techniques dans le cadre de sa démarche de prévention de la perte d'autonomie en direction des retraités non dépendants (GIR 5 et 6). Le « kit prévention » peut ainsi financer différentes aides techniques, comme par exemple les tabourets de douche, barres d'appui ou rehausseurs de fauteuils.

À ces nombreux financements s'ajoute, pour les personnes handicapées, un financement à titre extra-légal, provenant des fonds départementaux de compensation du handicap (FDC). Ces fonds, créés par la loi du 11 février 2005 et gérés par les MDPH, accordent des aides financières afin de permettre aux personnes handicapées de faire face aux frais de compensation restant à leur charge après attribution des aides légales. Chaque fonds est abondé par différents contributeurs volontaires, parmi lesquels le conseil général, l'État, la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), la caisse d'allocations familiales (CAF), la mutualité sociale agricole (MSA), le conseil régional ou le centre communal d'action sociale (CCAS).

Enfin, les personnes ayant souscrit un contrat auprès d'une complémentaire santé peuvent prétendre à un complément de financement pour les aides techniques financées par l'assurance maladie et pour lesquelles il existe un reste à charge.

c. Un parcours long et complexe pour les usagers

Le recours à ces différentes sources de financements a été qualifié de « parcours du combattant » par les représentants de l'association des directeurs de MDPH et de « véritable parcours d'obstacles » par l'Association Française contre les myopathies.

La complexité liée à la multiplicité des intervenants dans la prise en charge est d'autant plus préoccupante que les personnes concernées sont particulièrement vulnérables et fragiles. En outre, l'addition des nombreux financements n'empêche pas nécessairement l'existence d'un reste à charge dont l'importance peut dissuader les personnes de se procurer des aides dont elles auraient pourtant besoin, d'autant plus que les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) qui ne disposent pas d'autres sources de revenus se trouvent sous le seuil de pauvreté. Le reste à charge moyen pour les aides les plus coûteuses est ainsi de 12 %, des variations importantes pouvant exister d'une personne à l'autre. La complexité de la réglementation et la nécessité de bénéficier d'une bonne complémentaire santé pour limiter le reste à charge risquent donc de limiter l'accès aux aides techniques pour les personnes les plus modestes.

Par ailleurs, l'intervention de nombreux acteurs dans le financement des aides techniques s'accompagne inévitablement de délais dans la prise en charge. Ces délais sont particulièrement longs pour les personnes handicapées, qui doivent s'adresser à la MDPH, faire une demande de PCH, demander l'intervention du FDC et souvent d'autres contributeurs (l'AGEFIPH pour les salariés, *etc.*). La

CNSA estime ces délais à près de six mois en moyenne, ce qui est particulièrement problématique pour les personnes atteintes de maladie évolutive.

2. Un pilotage à renforcer

a. Le manque de coordination des acteurs

L'existence d'un nombre important d'acteurs intervenant dans le dispositif de prise en charge des aides techniques rend leur coordination indispensable afin d'accroître la lisibilité du circuit de financement. Or, dans son rapport sur « l'évaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées », paru en avril 2013, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) déplore l'absence de pilotage du dispositif. Les auteurs notent ainsi que *« l'absence de pilotage couplée à une multiplicité des financements a des conséquences directes sur les services gestionnaires et sur les bénéficiaires. Pour les premiers, la prestation génère des coûts de gestion importants et des risques d'erreurs ; pour les seconds, elle nuit à la qualité du service qui leur est rendu, en particulier dans l'identification de leurs besoins, les délais de mise à disposition des aides et la qualité des aides fournies »*.

Dès lors qu'il existe une multiplicité de financements, et dans la mesure où il paraît complexe de confier le financement des aides techniques à un acteur unique, il est nécessaire de renforcer le pilotage et la lisibilité du dispositif de prise en charge. Ce rôle de coordination, d'information et de mise en relation des acteurs au sein d'un paysage morcelé semble naturellement devoir revenir à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

b. Le rôle de la CNSA

Plusieurs missions de la CNSA, prévues à l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, contribuent, directement ou indirectement, à l'amélioration du recours aux aides techniques. La Caisse est ainsi chargée d'une mission d'information et de conseil en matière d'aides techniques. Elle contribue également à l'évaluation de ces aides et veille à la qualité des conditions de leur distribution.

Instance unique compétente à la fois pour les personnes âgées dépendantes et pour les personnes handicapées, la CNSA apparaît bien placée pour faciliter l'information sur les modalités de prise en charge et pour assurer la coordination entre les nombreux acteurs participant au financement des aides techniques.

Ce rôle d'animation s'est traduit par la mise en place de l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques, lieu d'échanges d'informations entre les différents acteurs professionnels et associatifs concernés. La CNSA a également aidé à la mise en place de centres d'expertise nationaux d'aides techniques. Elle fournit un appui aux MDPH en organisant notamment des réunions des

correspondants techniques en matière d'aides techniques et mène une enquête périodique sur le fonctionnement des fonds départementaux de compensation.

En dépit de réels apports, la CNSA reste limitée à un rôle d'animation au niveau national, sans assurer de réel pilotage de la politique de prise en charge des aides techniques. Il convient donc de donner à la CNSA les moyens nécessaires et de lui conférer une réelle autorité afin de lui permettre de renforcer sa capacité à améliorer les conditions de recours aux aides techniques. C'est ce que fait le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement qui renforce le rôle de la CNSA et prévoit notamment de confier à la Caisse une fonction de pilotage auprès de l'ensemble des acteurs des politiques de l'autonomie.

B. L'ACCÈS AUX AIDES TECHNIQUES EST MARQUÉ PAR DES INÉGALITÉS ENTRE LES USAGERS

a. Une prise en charge différente pour les personnes handicapées et les personnes âgées dépendantes

L'élaboration d'un plan personnalisé de compensation pour les personnes handicapées d'une part et celle d'un plan d'aide à l'autonomie pour les personnes âgées dépendantes d'autre part obéissent aux mêmes principes : ils reposent tous les deux sur une évaluation pluridisciplinaire et multidimensionnelle de la situation de la personne et retracent l'ensemble des réponses (aides humaines et techniques, adaptation au logement, *etc.*) reconnues comme nécessaires à la réalisation d'un projet de vie.

Pourtant, au-delà de ces principes identiques, la prise en charge des besoins en aides techniques est différente pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées.

Les personnes devenues handicapées avant l'âge de 60 ans et qui présentent une difficulté absolue, ou deux difficultés graves, pour la réalisation des actes de la vie quotidienne peuvent prétendre au bénéfice de la PCH. Les aides techniques concernées sont non seulement celles inscrites sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR), mais aussi celles figurant dans l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs de la prise en charge des aides techniques par la PCH⁽¹⁾. Ceux-ci s'appliquent de façon subsidiaire et complémentaire au financement de l'assurance maladie.

Concernant les personnes âgées dépendantes, toute personne âgée de plus de 60 ans peut, depuis 2001⁽²⁾, en fonction de l'importance de sa perte d'autonomie appréciée au moyen de la grille d'évaluation AGGIR et de ses ressources personnelles, se voir attribuer une allocation personnalisée pour

(1) Arrêté du 28 décembre 2005 modifié fixant les tarifs des éléments de la prestation de compensation mentionnés aux 2°, 3°, 4° et 5° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles.

(2) 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.

l'autonomie (APA), dont le montant maximum s'échelonne entre 500 et 1 300 euros. En pratique, les études statistiques montrent que 92 % du montant des plans d'aide à domicile est consacré à des aides en personnel, alors que seulement 8 % de ce montant est affecté à des aides techniques ou à des petits aménagements de logement. En outre, à la différence de la PCH, aucun arrêté ne fixe la liste et le tarif de prise en charge des aides techniques au titre de l'APA.

Par ailleurs, les personnes handicapées bénéficient d'importants financements complémentaires, sans équivalents pour les personnes âgées dépendantes.

Elles reçoivent ainsi des compléments de subvention apportés par les fonds départementaux de compensation (FDC), gérés par les MDPH. Historiquement, le dispositif des sites pour la vie autonome, dispositif antérieur au fonds de compensation, avait un périmètre d'intervention plus large, notamment en direction des personnes âgées en perte d'autonomie. Ces dispositifs ont été, dans leur grande majorité, intégrés au sein des services des MDPH lorsque celles-ci ont été créées. Certaines MDPH ont maintenu les critères antérieurs, pour les revoir en 2011 au regard de leur trésorerie. D'autres les ont revus d'emblée en les limitant aux personnes handicapées bénéficiaires de la PCH, aux enfants bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et parfois également aux bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne. Quelques très rares MDPH ont conservé une ouverture de leur fonds aux personnes âgées ⁽¹⁾.

Les personnes handicapées bénéficient en outre du financement, pour les salariés, de l'AGEFIPH ou du FIPHFP.

Dès lors, le contraste entre personnes handicapées et personnes âgées dépendantes est très marqué. Comme le note l'IGAS dans le rapport précité, « *non seulement les personnes âgées dépendantes ont peu recours à l'APA pour prendre en charge des aides techniques, mais il n'existe pas d'équivalent du FDC pour ce public pour limiter le reste à charge. [...] Pour un même handicap ou une même déficience, les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées n'ont à ce jour, en France, pas un accès équivalent aux aides techniques* ». Dans ce contexte, le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, adopté par l'Assemblée nationale en première lecture le 17 septembre 2014, prévoit d'améliorer l'accès des personnes âgées aux aides techniques.

b. Le fonctionnement hétérogène des fonds départementaux de compensation du handicap

La loi du 11 février 2005 précitée a prévu que chaque MDPH gère un fonds départemental de compensation du handicap (FDC), chargé d'accorder des aides financières destinées à permettre aux personnes handicapées de faire face

(1) Dossier technique de la CNSA, « MDPH : une adaptation continue. Synthèse des rapports d'activité 2012 des maisons départementales des personnes handicapées », décembre 2013.

aux frais de compensation restant à leur charge après déduction de la PCH. La loi énumère les contributeurs possibles (État, collectivités territoriales, organismes d'assurance maladie, caisses d'allocations familiales, mutuelles, AGEFIPH, FIPHFP, autres personnes morales), sans toutefois rendre leur participation obligatoire.

L'IGAS confirme, dans le rapport d'avril 2013 précité, le constat effectué lors de sa mission réalisée en 2011 sur la PCH⁽¹⁾ : « *l'absence de régulation nationale [des fonds départementaux de compensation] induit une grande variété de fonctionnements et de règles applicables d'un territoire à l'autre, qui sont source d'inégalités de traitement entre personnes handicapées* ».

- *Des pratiques très différenciées*

Chaque comité de gestion, composé des différents contributeurs au fonds, détermine librement les critères d'accès, la destination des aides apportées et le mode de calcul des montants alloués. Ainsi, si tous les fonds de compensation prennent en charge les bénéficiaires de la PCH, ils ne proposent pas les mêmes aides ni les mêmes niveaux d'aides.

L'analyse de la situation des fonds de compensation en 2010, effectuée par la CNSA en 2011, fait apparaître la grande hétérogénéité des fonds. Leur fonctionnement, leur règlement intérieur, leurs contributeurs, les types d'intervention et les montants accordés varient fortement selon les départements. Sur les 67 fonds ayant répondu à l'enquête, la totalité des fonds de compensation intervient dans le financement des aides techniques. Celles-ci représentent près de la moitié (47 %) des montants accordés, les aménagements du logement concernant près d'un tiers des montants (32 %) et les aménagements du véhicule près d'un cinquième (17 %). Cette répartition est néanmoins très variable selon les départements. La part des aides techniques varie ainsi de 5 % à 100 % selon les fonds. En termes de nombre d'interventions, les aides techniques représentent près des deux tiers des participations des fonds. En moyenne, les fonds financent les aides techniques à hauteur de 838 euros. Là encore, ce montant masque une grande variété de situations départementales, puisque le montant moyen décidé pour les aides techniques varie de 522 euros à 2 541 euros.

Afin de disposer de données actualisées, la CNSA effectue actuellement une étude sur la situation des fonds de compensation en 2013, dont les premiers résultats ne seront disponibles qu'à la fin du mois d'octobre 2014.

À défaut d'harmonisation entre les fonds, le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit, dans son article 49, que chaque MDPH transmet à la CNSA, dans son rapport d'activité annuel, des données normalisées relatives, entre autres, aux ressources et aux dépenses du fonds

(1) *Brigitte Joseph-Jeanneney, Frédéric Laloue, Thierry Leconte, Nacera Haddouche, Patrice O'Mahony, Évaluation de la prestation de compensation du handicap (PCH), rapport IGAS-IGA, octobre 2011.*

départemental de compensation du handicap. Cette mesure permettra une meilleure connaissance du fonctionnement des fonds.

- *La contribution de l'État aux fonds départementaux de compensation*

Dans l'enquête menée par la CNSA en 2011, les MDPH pointaient l'absence d'apport de l'État de 2008 à 2010. Une projection des soldes sur 2011, 2012 et 2013 avait été proposée, sur la base des réponses des MDPH, des niveaux de contribution et des dépenses de 2010. Dix-sept fonds devaient présenter un solde négatif en 2013, six devaient être en difficulté en 2011 et dix en 2012. Les différents rapports des MDPH en 2011 avaient mis en avant le choix alors opéré par un certain nombre de comités de gestion de restreindre l'accès du fonds en modifiant leurs critères d'éligibilité, afin d'optimiser les ressources financières disponibles.

Lors de la Conférence nationale du handicap du 8 juin 2011, et afin d'assurer la pérennité du dispositif, l'État a décidé d'abonder à nouveau les fonds de compensation pour un montant total de 11 millions d'euros, versés sur une base triennale. Les fonds ont ainsi reçu 4 millions d'euros en 2011, 4 millions d'euros en 2012 et 3 millions d'euros en 2013.

Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit que 5 millions d'euros, provenant d'une partie du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), permettront de soutenir les fonds de compensation d'ici à 2017.

c. Les avancées contenues dans le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement

Si la loi du 11 février 2005 a constitué, grâce à la création de la PCH, une avancée substantielle en matière de solvabilisation des aides techniques pour les personnes handicapées, les personnes âgées ne bénéficiaient pas, jusqu'à présent, d'un niveau de prise en charge comparable.

Afin de remédier à cette situation, le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, adopté en première lecture à l'Assemblée nationale le 17 septembre 2014, comporte un certain nombre d'avancées destinées à faciliter le recours des personnes âgées aux aides techniques, contribuant ainsi à réduire les inégalités d'accès entre personnes handicapées et personnes âgées dépendantes.

Le projet de loi met en place, dans chaque département, une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, chargée d'établir un programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales et réglementaires. Le public visé comprend, sur le territoire du département, l'ensemble des personnes âgées de plus de 60 ans. Le programme coordonné devra notamment comporter des mesures de nature à améliorer l'accès aux

équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le maintien à domicile. Cela recouvre concrètement des actions d'aménagement des logements (installation d'une rampe, remplacement de la baignoire par une douche, *etc.*) ou d'achat de matériel (déambulateurs). Il s'agit en particulier de promouvoir les modes innovants de mise à disposition ou d'achat, comme par exemple les achats groupés.

Pour cela, un concours de 140 millions d'euros, abondé par une fraction de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), sera versé aux départements. Ce concours, réparti de façon annuelle entre les départements, sera alloué en fonction du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus.

C. L'INFORMATION ET L'ÉVALUATION DOIVENT ÊTRE ACCRUES AFIN DE FAVORISER L'ADÉQUATION DES AIDES AUX BESOINS DES USAGERS ET LA MAÎTRISE DES PRIX

1. Une information et une évaluation encore trop limitées, pour des prix élevés

a. Le manque d'information et d'évaluation

- *L'absence de base de données unique*

Les représentants d'associations, mais également l'association des directeurs de MDPH, auditionnés par votre rapporteure pour avis, ont fait état de difficultés pour accéder à une information fiable et exhaustive sur les aides techniques. La CNAM a également souligné que ce manque de connaissance du secteur peut également concerner les professionnels qui prescrivent les aides. Afin de mieux appréhender la grande variété de dispositifs médicaux, qui évoluent eux-mêmes rapidement en raison de progrès technologiques permanents, une meilleure information des prescripteurs et des usagers est donc souhaitable.

Il est à cet égard particulièrement regrettable que la base de données sur les aides techniques, mise en place par la CNSA en 2008, ne soit plus accessible. Ce portail de recherche sur les aides techniques, destiné aux usagers, avait pour mission de centraliser les informations provenant de trois sources différentes, le Cerahtec, la fondation Garches et Hacavie à travers sa base de données Handicat. Après trois ans de fonctionnement, cette base de données a cessé ses activités le 1^{er} juillet 2011.

Votre rapporteure pour avis estime que le développement de ce portail par la CNSA doit être à nouveau envisagé, afin de pouvoir présenter aux personnes handicapées et âgées une information claire, exhaustive et fiable sur l'ensemble des aides techniques dont elles peuvent bénéficier.

- *Le rôle informel de l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques*

Structure informelle intégrée à la CNSA, l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques a été créé en 2007 afin d'améliorer la connaissance sur les marchés et les prix des aides techniques.

La convention d'objectifs et de gestion (COG) signée entre l'État et la CNSA pour la période 2012-2015 indique que : *« l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques, mis en place en 2007 par la CNSA, est un lieu d'échanges d'information entre les différents acteurs professionnels et associatifs concernés, pour engager une réflexion notamment sur la constitution des prix des aides techniques et sur le suivi de l'évolution de leur prix. La CNSA assure le secrétariat des réunions de cet Observatoire et appuie son fonctionnement. Elle veille à l'articulation des priorités identifiées par l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques avec le programme de travail de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé et du Comité économique des produits de santé. Elle transmet à l'État une synthèse de ces travaux et préconisations. L'État participe aux réunions de l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques ».*

Les missions de l'Observatoire consistent à collecter, rassembler et analyser des données de prix, afin d'établir une cartographie territoriale des aides techniques, des réseaux de distribution et de services après-vente. Il a vocation à produire des analyses destinées à mieux comprendre la formation des prix des aides techniques au regard du service rendu, de l'intégration de l'innovation, de la distinction éventuelle des coûts de fabrication, de transport et de services associés. Ses travaux visent ainsi à mieux informer les professionnels et les usagers, mais également à développer des outils de communication, notamment par le biais de la mise en cohérence des bases de données existantes et par la création d'un portail d'accès unique.

L'Observatoire réunit plusieurs fois par an une quarantaine d'acteurs associatifs (personnes handicapées, consommateurs), privés (fabricants, distributeurs) et publics (services de l'État, caisses de la sécurité sociale, organismes de statistiques et de recherche, universités). Une cinquantaine d'auditions ont eu lieu depuis sa première réunion plénière en mars 2007.

Si l'Observatoire a le mérite de constituer un lieu privilégié d'échanges entre les acteurs, il ne dispose pas de prérogatives juridiques à même d'en faire un dispositif contraignant. Dès lors, comme les représentants de la CNSA l'ont fait remarquer à votre rapporteure pour avis lors de leur audition, son rôle modeste révèle les limites d'une structure informelle, fondée exclusivement sur le volontariat.

- *L'évaluation insuffisante de l'adaptation des aides techniques aux besoins des usagers*

La faiblesse de l'évaluation de l'adéquation des aides techniques aux besoins des usagers se fait ressentir à différents niveaux.

Au stade de la prescription, tout d'abord, le recours à des compétences spécialisées reste peu répandu. Comme le note l'IGAS dans son rapport de 2013, « *le recours à des compétences spécialisées pour la prescription des aides et pour la préconisation des produits reste rare : si la mobilisation de compétences d'ergothérapie existe, tout en restant insuffisante, dans les MDPH, elle est quasiment inexistante au sein des équipes médico-sociales d'évaluation de l'APA* ».

Afin de remédier à cette faiblesse, certaines MDPH font appel à des expertises et à des équipes d'évaluation extérieures pour les besoins en aides techniques. Ainsi, la MDPH de Maine-et-Loire fait appel, pour la plupart des aides techniques, à des équipes techniques d'évaluation labellisées qui sont au nombre de vingt et une, dont cinq reçoivent une contrepartie financière (Association des paralysés de France, service de rééducation de l'hôpital de Cholet, centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle des Capucins d'Angers, services itinéraires déficiences visuelles et auditives de la Mutualité française Anjou-Mayenne).

Au-delà de l'expertise nécessaire lors du choix de l'aide technique, leur apport est rarement évalué. Faute de moyens, les visites de suivi à domicile quelque temps après l'acquisition de l'aide sont peu répandues. Elles permettraient pourtant de vérifier l'utilisation effective et correcte des aides et d'apporter d'éventuels correctifs. Les personnels des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pourraient notamment être chargés de veiller, lors de leurs visites à domicile, à la bonne adéquation des aides techniques aux besoins des usagers, à condition qu'ils bénéficient d'une formation leur permettant d'acquérir cette compétence.

b. Des prix élevés

L'ensemble des études menées sur le sujet font état d'un niveau particulièrement élevé des prix des aides techniques en France.

L'étude commandée à la société Alcimed par la CNSA en 2009 s'est intéressée au niveau des prix des aides techniques dans cinq pays européens (Royaume-Uni, Allemagne, Suède, Italie et Espagne) pour trois catégories de produits : les fauteuils roulants, les prothèses auditives et les aides à la communication pour les déficients visuels. Il en ressort que plus le reste à charge est important, plus le niveau de choix des personnes est important, comme c'est le cas en Italie ou en Espagne ; à l'inverse, lorsque la prise en charge publique est élevée, les personnes sont davantage contraintes dans leur choix d'acquisition,

comme en Suède et au Royaume-Uni. Or, comme le souligne l'IGAS, « *le système de prise en charge français ne répond que très partiellement à cette grille d'analyse. Si pour les personnes âgées, il semble correspondre au modèle du Sud d'une faible solvabilisation associée à une grande liberté de choix, la situation est tout autre pour les personnes handicapées : elles bénéficient d'une solvabilisation très élevée de leurs besoins couplée à une liberté de choix très faiblement contrainte pour les aides techniques qu'elles souhaitent acquérir : elles ne sont contraintes ni dans le choix du produit, ni dans le choix du distributeur* ». Ainsi, l'association d'une solvabilisation élevée et du libre choix des aides techniques pour les personnes handicapées constitue une spécificité en Europe, qui fait courir le risque d'une inflation artificielle des prix. L'IGAS prend notamment l'exemple des prothèses auditives pour noter que « *les effets d'aubaine de la coexistence d'une solvabilisation élevée et de l'absence de fixation d'un prix limite de vente pour les audioprothèses ont des conséquences dommageables pour les dépenses publiques, notamment pour les fonds départementaux de compensation du handicap dont près de la moitié des ressources sont absorbées par des aides techniques, et en premier lieu par les prothèses auditives* ».

L'association des directeurs de MDPH a ainsi souligné que la mise en place de la PCH par la loi du 11 février 2005, qui a permis d'améliorer la prise en charge des aides techniques pour les personnes handicapées, s'était accompagnée d'une augmentation des prix des aides et avait donc constitué un « effet d'aubaine » pour les fournisseurs, dans la mesure où ceux-ci disposent de marges de manœuvre importantes et sont parfois en situation de monopole dans certains départements ou pour certains produits.

La Cour des comptes dresse un constat similaire dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2013. La Cour s'est intéressée à « la prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses », pour noter que « *le niveau des prix de l'optique correctrice et des audioprothèses demeure élevé alors même qu'on pourrait logiquement s'attendre à une tendance significative à la baisse du prix de ces équipements, les audioprothèses étant des produits électroniques produits en série et les lunettes étant faites de résines dont le coût de production tend structurellement à diminuer. [...] En l'absence – fréquente –, de prescription précise de la part du médecin, qui n'est pas nécessairement un oto-rhino-laryngologiste (ORL), un audioprothésiste peut conseiller préférentiellement le recours à un produit haut de gamme, ce qui expliquerait qu'en France, à plus de 90 %, ce sont les audioprothèses relevant de la classe la plus chère qui sont vendues* ».

2. Des progrès à amplifier pour faciliter l'accès aux aides techniques

a. Une meilleure connaissance des aides techniques

Les centres d'expertise nationaux contribuent à l'amélioration de la connaissance des aides techniques. Depuis janvier 2011, la CNSA apporte son

soutien à ces centres, aujourd'hui au nombre de quatre : le CEREMH (centre de ressources et d'innovation mobilité handicap), le CEN STIMCO, axé sur la stimulation cognitive, le CENTICH (centre d'expertise national des technologies de l'information et de la communication pour l'autonomie), et le centre d'expertise national en robotique (CENRob), qui travaille sur la robotique d'assistance et de rééducation.

Pour chaque thématique, le centre d'expertise national associe des laboratoires de recherche et d'innovation, des professionnels de la compensation du handicap et de la perte d'autonomie, des usagers et des industriels. Il est chargé d'accompagner le développement de nouvelles aides techniques, de participer, à partir d'une analyse des besoins des usagers, à leur amélioration, et de contribuer à l'élaboration et, à terme, à la validation de méthodologies d'évaluation du service rendu. Les centres d'expertise nationaux se trouvent, selon le Dr Serge Reingewirtz, directeur du CEN STIMCO, *« au carrefour de l'expression des besoins des usagers, des prescripteurs en quête d'information, des chercheurs et des industriels à la recherche de marché ou de validation de leurs produits »*.

Au niveau local, les centres d'information et de conseil en aides techniques (CICAT), dont certains existent depuis près de vingt ans, ont pour vocation d'offrir aux personnes handicapées ou en situation de dépendance et aux professionnels une information indépendante et objective sur les solutions techniques de compensation. Ces centres, constitués d'équipes pluridisciplinaires, associant ergothérapeutes, documentalistes et techniciens, ont une vocation départementale, bien que tous les départements ne soient pas couverts à ce jour. Si leur structure est très hétérogène, ils constituent néanmoins des lieux d'information et de conseils de proximité.

Enfin, compte tenu des difficultés pratiques rencontrées par les MDPH sur les dispositifs techniques de compensation (aides techniques, mais aussi aménagement de véhicule et aménagement de logement), la CNSA a réuni au niveau national, pour la première fois en novembre 2013, l'ensemble des correspondants « compensation technique » dans les MDPH pour une journée d'échanges et de lancement de travaux partagés. Alors qu'il existe une attente forte d'outils d'échange entre MDPH, de référentiels de connaissance des coûts et de travaux plus ciblés sur la thématique précise des aides techniques, l'animation de ce réseau par la CNSA visera à renforcer la compétence des équipes des MDPH sur les volets de la PCH concernés par la compensation technique et à harmoniser les pratiques au bénéfice de l'égalité et de l'équité de traitement.

Outre ces différentes initiatives, et afin de renforcer la connaissance et l'accès aux aides techniques, votre rapporteure pour avis estime que la CNSA devrait à la fois contribuer à coordonner les différents financeurs, développer le rôle de l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques et mettre à nouveau en place une base de données des aides techniques.

b. Les voies alternatives de mise à disposition des aides techniques

La location et le prêt de matériel peuvent dans certains cas s'avérer plus adaptés. Or, comme le note l'IGAS « *le dispositif de prise en charge actuel repose de façon très forte sur l'acquisition. En effet, une fois le financement de l'aide bouclé, le bénéficiaire devient propriétaire des aides. Ce système est source de gaspillage quand la situation de la personne évolue [...] mais pose aussi des difficultés aux personnes et à leur famille pour se débarrasser de ces produits quand ils n'en ont plus usage* ».

La MDPH de Loire-Atlantique s'est ainsi intéressée à la location comme alternative à l'achat de matériel. Son comité des financeurs de mai 2012 a mené une réflexion pour développer la location lorsqu'elle est appropriée. Celle-ci est désormais privilégiée, dans le cadre du fonds de compensation, pour l'usage ponctuel des fauteuils roulants manuels, c'est-à-dire pour les personnes non éligibles à la PCH.

La Haute Autorité de santé (HAS) s'est également prononcée, par un avis du 11 juin 2003, en faveur de la location temporaire des fauteuils roulants électriques pour les patients à affection évolutive, avis qu'elle a récemment confirmé.

Le prêt constitue également une modalité de mise à disposition des aides techniques peu développée en France. Pourtant, dans un souci de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé et de mieux gérer les fonds publics, la possibilité de récupérer les aides techniques dont les personnes n'ont plus l'usage afin de les réattribuer à d'autres bénéficiaires constitue une piste à envisager.

Diverses structures institutionnelles, associatives ou hospitalières ont développé de tels services sur l'ensemble du territoire national. Certaines caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) proposent un service de prêt de matériel, avec des modalités parfois fort différentes d'une caisse à l'autre. La tendance générale est cependant à la fermeture progressive de ces services. Un certain nombre d'associations proposent également un service de prêt d'aides techniques, comme l'association pour le prêt d'appareillage aux malades et handicapés (APPAMH) dans la Sarthe ou l'association pour la recherche sur la sclérose latérale amyotrophique et autres maladies du motoneurone (ARSLA).

Si ces structures, au fonctionnement très différent, rendent bien un service réel dans certaines situations, leur développement nécessite des moyens matériels et humains supplémentaires. Mme Véronique Wolff, ergothérapeute à la MDPH du Haut-Rhin ⁽¹⁾ conclut, dans ses travaux menés en 2012 sur le sujet, qu'« *à ce jour, il n'y a pas de mutualisation des moyens, ni de liste centralisée des matériels disponibles, même si individuellement, de professionnel à professionnel, des "arrangements" sont possibles pour solutionner telle ou telle situation*

(1) *Les aides techniques, état des lieux dans le Haut-Rhin, Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), 28 juin 2012.*

problématique. [...] À moins d'une volonté politique forte et de l'attribution de moyens matériels et humains conséquents, la mise en œuvre d'un dispositif de récupération et de réattribution des aides techniques, non utilisées à l'échelle départementale, semble illusoire ». Dans ce contexte, votre rapporteure pour avis estime qu'une réflexion sur le développement du prêt pourrait être utilement menée au niveau national.

c. La maîtrise des prix

Une plus grande clarté et une meilleure régulation des prix doivent permettre d'éviter une inflation artificielle des prix des aides techniques.

L'arrêté du 4 juillet 2014 relatif à l'information du consommateur sur les prix des produits et prestations destinés à compenser la perte d'autonomie, qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2015, constitue une avancée en matière d'information sur les prix des aides techniques. Cet arrêté est pris en application de l'article L. 113-3 du code de la consommation, modifié par la loi du 17 mars 2014 relative à la consommation, qui prévoit que *« tout vendeur de produit ou tout prestataire de services doit, par voie de marquage, d'étiquetage, d'affichage ou par tout autre procédé approprié, informer le consommateur sur les prix et les conditions particulières de la vente et de l'exécution des services, selon des modalités fixées par arrêtés du ministre chargé de l'économie »*. L'arrêté précise ainsi que les prix affichés, lorsque le produit est susceptible de faire l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie, doivent comporter le tarif de responsabilité, c'est-à-dire le tarif sur la base duquel intervient le remboursement de la sécurité sociale, et s'il existe, le code correspondant au produit ou à la prestation dans la liste des produits ou prestations remboursables (LPPR).

Un effort de lisibilité des devis permet également de renforcer la connaissance, pour les usagers, du prix réel des aides techniques. La réglementation a ainsi été renforcée au cours des dernières années afin de clarifier le contenu des devis.

Le contenu des devis des prothèses auditives a ainsi été précisé grâce au décret du 31 octobre 2008 pris en application de l'article L. 165-9 du code de la sécurité sociale. Ce décret, en imposant un devis normalisé qui fasse ressortir de façon distincte le prix de l'appareillage auditif proposé et le prix global des prestations d'adaptation, indissociables de cet appareillage, a constitué une première avancée.

L'arrêté du 4 juillet 2014 précité vient compléter la réglementation existante, en étendant l'encadrement des devis à un grand nombre d'aides techniques. Il impose au prestataire, dans un certain nombre de cas, notamment lorsque le prix est supérieur à 500 euros ou lorsque le produit est réalisé sur mesure, de remettre gratuitement un devis au consommateur. Ce devis devra comporter obligatoirement un certain nombre d'éléments (description des produits

et prestations, prix TTC, le cas échéant montant pris en charge par les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et par les organismes d'assurance ou de protection sociale complémentaires, montant effectivement payé par le consommateur, modalités de paiement...). Cette nouvelle réglementation permettra de connaître le prix réel des aides techniques, en évitant que des prestations supplémentaires non chiffrées s'ajoutent au prix mentionné dans le devis initial.

Par ailleurs, le développement de modes innovants d'achat et de mise à disposition est prévu par le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Plusieurs conférences des financeurs pourraient ainsi décider d'effectuer des achats groupés, ce qui est de nature à favoriser une baisse des prix des aides techniques. Votre rapporteure pour avis suivra avec attention le développement de cette pratique, qui existe déjà à l'étranger. Comme le note la Cour des comptes, dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2013, « *s'agissant des audioprothèses, des pratiques d'achat groupé permettent, en Allemagne ou en Suède par exemple, des prix réels pour le patient très inférieurs aux prix constatés en France* ».

Enfin, la régulation des prix doit également être renforcée, comme l'estiment à la fois les représentants de la CNAM, des associations d'usagers et des MDPH, auditionnés par votre rapporteure pour avis.

La vente des aides techniques inscrites sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR), faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie, n'est pas systématiquement encadrée par un prix limite de vente. Il en résulte des écarts entre le tarif de base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et le prix. La CNAM, dans ses *Propositions sur les charges et produits pour l'année 2013* ⁽¹⁾, note qu'« *en l'absence de prix limite de vente fixé par le Comité économique des produits de santé (CEPS), le reste à charge pour l'assuré n'est pas encadré et peut être, parfois, à l'origine d'une inégalité d'accès aux soins. Dans le domaine de la compensation du handicap, des dispositifs tels que les orthèses de mains, de genoux, les releveurs de pieds, les chaussures thérapeutiques sur mesure et les orthèses plantaires n'ont actuellement pas de prix limite de vente* ». La CNAM a ainsi proposé d'introduire des prix limites de vente sur les dispositifs qui n'en disposent pas. Ses préconisations ont été en partie suivies d'effets puisqu'un prix limite de vente est appliqué aux releveurs de pieds depuis juillet 2013.

(1) *Propositions de l'Assurance Maladie sur les charges et produits pour l'année 2013.*

TRAVAUX DE LA COMMISSION

EXAMEN DES CRÉDITS

À l'issue de l'audition, en commission élargie, le mardi 28 octobre 2014, de Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, et de Mmes Laurence Rossignol, Ségolène Neuville et Pascale Boistard, secrétaires d'État auprès de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, respectivement chargées de la famille, des personnes âgées et de l'autonomie, des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion, et des droits des femmes⁽¹⁾, la Commission des affaires sociales examine, pour avis, les crédits de la mission « **Solidarité, insertion et égalité des chances** », sur les rapports de **M. Christophe Sirugue** (Solidarité) et de **Mme Annie Le Houérou** (Handicap et dépendance).

La commission est saisie de l'amendement AS12 de M. Christophe Cavard sur l'article 32.

M. Christophe Cavard. Comme je l'ai évoqué durant la réunion de la commission élargie, mon amendement concerne l'action n° 12 « Économie sociale et solidaire » du programme 304 « Inclusion sociale, protection des personnes et économie sociale et solidaire ».

Nous avons voté, en juillet dernier, une loi-cadre consacrée à l'économie sociale et solidaire. Or, les crédits de l'action n° 12, qui s'élèvent à 4,7 millions d'euros, sont en baisse. Il existe pourtant des besoins de financement évidents, notamment pour encourager un certain nombre de projets menés dans le cadre des pôles territoriaux de coopération économique. La loi confie en outre de nouvelles responsabilités aux chambres régionales de l'économie sociale et solidaire et crée une chambre française de l'économie sociale et solidaire. Le budget proposé n'est pas à la hauteur des enjeux et ne permet pas de couvrir ces besoins nouveaux.

Par ailleurs, le rattachement de l'économie sociale et solidaire à la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances » n'est pas judicieux. Afin d'apporter un financement supplémentaire de 15 millions d'euros à ce secteur, l'amendement propose de prélever cette somme sur le programme 124 « conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative », même si les crédits de ce programme sont par ailleurs utiles pour financer d'autres actions. Cet amendement a néanmoins le mérite de souligner que les crédits consacrés à l'économie sociale et solidaire devraient être rattachés à la mission « Économie ».

(1) Cf. compte-rendu de la commission élargie :

http://www.assemblee-nationale.fr/14/budget/plf2015/commissions_elargies/cr/C012.asp.

M. Christophe Sirugue, rapporteur pour avis. Je vous remercie. Je vais émettre un avis négatif, en raison du choix des lignes budgétaires qu'il est proposé de modifier. Je tiens tout d'abord à préciser que je partage l'avis de notre collègue Christophe Cavard : les crédits relatifs à l'économie sociale et solidaire devraient être inscrits dans la mission qui correspond aux enjeux économiques, plutôt que dans la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances ». Il serait en effet souhaitable de resituer l'économie sociale et solidaire non pas dans des problématiques exclusivement liées aux personnes en situation de fragilité, mais dans une forme d'économie qui doit être soutenue.

Ensuite, il est vrai, comme je l'ai mentionné dans mon rapport, que les crédits consacrés à l'économie sociale et solidaire diminuent en 2015. Le ministère, que j'ai consulté à ce sujet, m'a néanmoins précisé qu'il convenait de tenir compte des actions engagées par l'intermédiaire de la banque publique d'investissement. Des mesures nouvelles doivent ainsi permettre aux entreprises du secteur de bénéficier de prêts bancaires mais également de financements directs de la banque publique d'investissement. Il serait donc intéressant d'avoir une vision d'ensemble des crédits consacrés à l'économie sociale et solidaire, afin de pouvoir mettre en parallèle la baisse des crédits – que je ne conteste pas – avec les efforts réalisés via la banque publique d'investissement.

Enfin, l'avis négatif tient surtout à la raison évoquée par M. Cavard lui-même. Il n'est pas possible de prélever les 15 millions de crédits sur l'action n° 12 « Affaires immobilières » du programme 124 qui couvre des dépenses de loyers, d'exploitation et d'entretien du patrimoine immobilier.

C'est pourquoi, tout en partageant les remarques et les orientations suggérées par notre collègue Christophe Cavard, je ne peux qu'émettre un avis défavorable sur cet amendement.

L'amendement est rejeté.

M. Christian Hutin, président. Je vais maintenant mettre successivement aux voix les crédits de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances » et l'article 60 rattaché.

La Commission émet un avis favorable à l'adoption des crédits de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances », tels qu'ils figurent à l'état B annexé à l'article 32, ainsi qu'à l'adoption de l'article 60 rattaché.

ANNEXE :
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES
PAR LA RAPPORTEURE POUR AVIS

(par ordre chronologique)

- **Association des directeurs de maison départementale des personnes handicapées (ADMDPH) – Mme Annie Coletta**, vice-présidente, et **Mme Colette Gissot**, administratrice
- **Union des fabricants d’aides techniques (UFAT) – M. Pierrick Haan**, président
- **Caisse nationale d’assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) – Mme Mathilde Lignot-Leloup**, directrice déléguée à la gestion et à l’organisation des soins, et **Mme Christelle Ratignier-Carbonneil**, responsable du département des produits de santé
- **Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA) – Mme Geneviève Gueydan**, directrice, **Mme Bernadette Moreau**, directrice de la compensation de la perte d’autonomie, et **Mme Marion Lambolez**, chargée de mission
- **Table ronde :**
 - **Association des paralysés de France (APF) – Mme Pascale Ribes**, vice-présidente, et **Mme Véronique Bustrelle**, conseillère nationale
 - **Association française contre les myopathies (AFM) – M. Christophe Duguet**, directeur des actions revendicatives
 - **Fédération nationale des sourds de France (FNSF) – Mme Ronit Laquerrière-Leven**, vice-présidente
 - **Fédération des aveugles et handicapés visuels de France (FAF) – M. Bruno Gendron**, secrétaire général adjoint, et **Mme Julie Bertholon**, responsable lobbying et réseau
- **Union nationale des prestataires de dispositifs médicaux (UNPDM) – Mme Heidi Grando**, déléguée générale, et **M. Fabrice Camaioni**, vice-président
- **Comité économique des produits de santé (CEPS) – M. André Tanti**, vice-président

- **Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)** – **Mme Sabine Fourcade**, directrice générale, **Mme Sophie Chaillet**, adjointe à la sous-directrice des affaires financières et de la modernisation, et **Mme Delphine Chaumel**, adjointe à la sous-directrice de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées
- **Assemblée des départements de France (ADF)** – **M. Jean-Pierre Hardy**, directeur des politiques sociales, et **Mme Marylène Jouvien**, chargée des relations parlementaires