

Cour des comptes



ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPÉS

Rapport public thématique

Synthèse

Novembre 2019

 **AVERTISSEMENT**

Cette synthèse est destinée à faciliter la lecture et l'utilisation du rapport de la Cour des comptes.

Les réponses des administrations et des organismes concernés figurent à la suite du rapport.

Sommaire

Introduction5

La notion de handicap a considérablement évolué depuis le début des années 2000 7

L'élargissement de la notion de handicap se heurte au besoin de disposer de critères d'attribution les plus objectifs possibles 9

Une forme originale mais aussi contraignante de co-gestion avec les associations représentant les personnes handicapées 11

La prise de décision au sein des MDPH et des CDAPH se fait désormais selon un processus qui peut être qualifié de traitement de masse, dans lequel l'État ne joue plus qu'un rôle de financeur 13

L'absence de mécanismes de détection des demandes frauduleuses 15

L'AAH est au cœur de difficultés liées à la répartition des compétences entre l'État et les départements 17

Des réformes paraissent indispensables 19

Recommandations 21

Introduction

Créée en 1975, l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est une allocation destinée à assurer un minimum de ressources aux personnes en situation de handicap qui ne disposent pas de revenus d'activité. Son montant mensuel est de 900 €. Pour les allocataires vivant seul qui perçoivent le complément de ressources qui s'ajoute à l'allocation, l'AAH peut atteindre 1 040 € par mois, soit près du double du RSA.

Entièrement financée par l'État, la dépense liée à l'AAH s'est élevée à 9,7 Md€ en 2018 et atteindrait 10,3 Md€ en 2019. Avec plus d'un million d'allocataires, l'AAH est ainsi le deuxième minimum social en France. Il représente à lui seul 35 % des 26,5 Md€ consacrés à ces dispositifs en 2017 et il est, de fait, à la fois l'un des principaux instruments de la politique de lutte contre la pauvreté et un élément majeur de la politique en faveur des personnes handicapées.

Bien qu'ancienne, l'AAH connaît une croissance ininterrompue depuis sa création, croissance qui tend à s'accroître depuis une dizaine d'années. Entre 2007 et 2017, son coût a ainsi connu une augmentation régulière d'environ 400 M€ en moyenne par an, soit + 70 % en dix ans.

Il existe en réalité « deux AAH » distinctes :

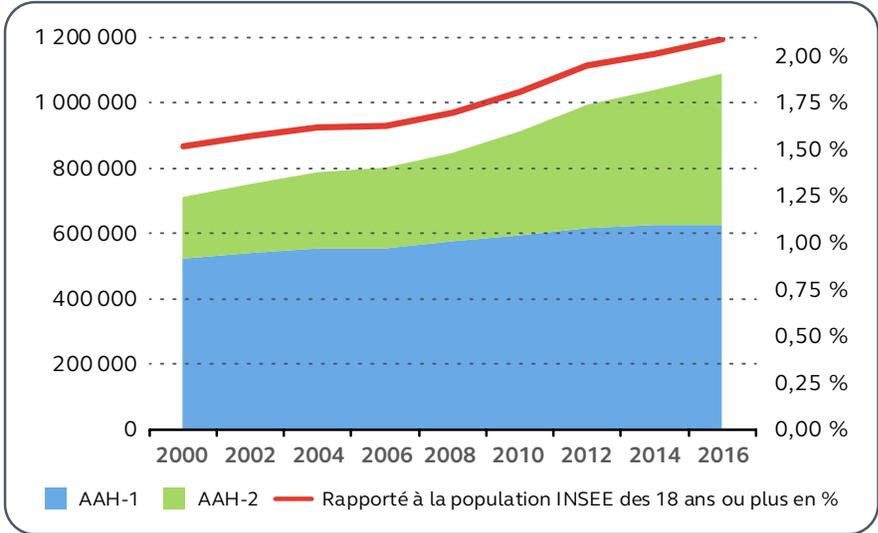
- l'AAH-1 pour les personnes dont l'incapacité reconnue est supérieure à 80 % (handicaps lourds), dont le nombre de bénéficiaires croît à peu près au même rythme que la croissance démographique ;
- l'AAH-2 pour les personnes dont l'incapacité est évaluée entre 50 % et 80 % et qui sont considérées comme éloignées de l'emploi : le nombre de ces allocataires augmente de près de 7 % par an depuis 2008.

Le nombre d'allocataires de l'AAH-2 a ainsi été multiplié par deux depuis 2008. Avec plus d'un demi-million de personnes concernées, les allocataires de l'AAH-2 représentent désormais près de la moitié de l'ensemble des allocataires de l'AAH.

La Cour des comptes a déjà consacré plusieurs publications à l'AAH depuis 2005, mais elle n'avait pas encore dressé un tableau d'ensemble de cette allocation. Le rapport élargit et complète ces travaux et analyse la conception d'ensemble de l'AAH, ses modalités concrètes d'attribution et sa gestion.

Introduction

Croissance comparée du nombre des allocataires de l'AAH et de la population de 18 ans ou plus



Source : Cour des comptes d'après DREES 2018 et Insee

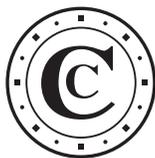


La notion de handicap a considérablement évolué depuis le début des années 2000

Des travaux de recherche universitaires, relayés par des instances internationales comme l'Organisation mondiale de la Santé et l'ONU ont proposé depuis une vingtaine d'années une nouvelle définition du handicap. Celle-ci est fondée sur une altération de fonction (qui peut concerner autant le psychisme que l'état physique) qui se combine avec des facteurs extérieurs ou environnementaux, indépendants de la personne, pour créer une entrave à l'autonomie ou affecter la vie quotidienne ou sociale. C'est désormais cette combinaison qui constitue la « situation de handicap » et non plus seulement une incapacité objectivable à partir d'un diagnostic médical.

Cette évolution conceptuelle a élargi considérablement le champ du handicap. Selon la définition large retenue par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), il y aurait ainsi 12 millions de personnes concernées par le handicap en France. Cette définition nouvelle a été introduite dans le code de la sécurité sociale et le code de l'action sociale par la loi d'orientation sur le handicap du 11 février 2005¹. Cette évolution importante est passée relativement inaperçue et le mot de handicap, dans son acception courante, renvoie toujours au domaine médical et à l'idée d'une atteinte corporelle ou intellectuelle grave et irréversible.

¹ Loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005.



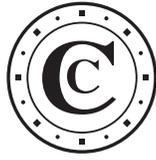
L'élargissement de la notion de handicap se heurte au besoin de disposer de critères d'attribution les plus objectifs possibles

La difficulté voire l'impossibilité de dégager des critères objectifs pour caractériser la situation individuelle des demandeurs explique la grande disparité départementale des taux d'attribution de l'AAH. Celle-ci n'est que partiellement imputable aux caractéristiques socio-démographiques des populations et révèle souvent des différences d'appréciation sur la portée de la loi de 2005 et de ses textes d'application.

Si un certain niveau de diversité des pratiques et des décisions a toujours été observé, y compris, avant 2005, entre les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), l'écart est désormais si important qu'il pose un problème d'équité territoriale et d'égal accès aux droits pour les personnes souffrant d'un handicap. Les efforts de la DGCS pour fournir des outils d'aide à la décision et pour cerner les

notions sont réels, mais semblent structurellement inopérants.

Le niveau de connaissance des bénéficiaires de l'allocation et de leurs handicaps est particulièrement faible. L'identification et le codage des déficiences rencontrées, même à un niveau très général, sont rarement réalisés par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), alors que ce suivi statistique est obligatoire depuis 2005. La prochaine harmonisation des systèmes d'information entre MDPH n'améliorera pas fondamentalement cette situation puisqu'elle est sans conséquence immédiate sur la pratique de codage de chaque département. L'objectif d'exhaustivité des informations codées ne sera mentionné au mieux qu'à partir de 2020 dans les conventions pluriannuelles négociées entre les départements et la CNSA.



Une forme originale mais aussi contraignante de co-gestion avec les associations représentant les personnes handicapées

Jusqu'en 2005, l'AAH était attribuée par les COTOREP, instances paritaires créées en 1975 et dont la composition avait évolué pour y faire participer des représentants des départements. L'État fournissait les moyens de fonctionnement de ces instances et en était l'acteur central.

En 2005, la nouvelle loi d'orientation sur le handicap a revu les conditions d'attribution de l'AAH. Celle-ci est désormais attribuée sur décision des commissions départementales des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) dont le secrétariat est assuré par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH),

groupements d'intérêt public (GIP) dont les membres sont l'État, les départements et les associations représentant des personnes handicapées. Ces dernières ont acquis une place centrale dans les différents niveaux de conception et d'exécution des politiques qui leur sont destinées. Cette situation, qui donne un contenu concret au slogan « rien pour nous sans nous », contraint aussi les pouvoirs publics, État et départements. Au cours des dernières années, il s'est avéré très difficile d'entreprendre toute réforme de l'AAH, en dépit de recommandations nombreuses formulées en ce sens par la Cour des comptes, les inspections générales ou des rapports parlementaires.

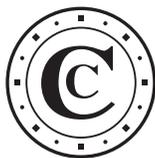
La prise de décision au sein des MDPH et des CDAPH

En 2017, les MDPH ont été saisies de 4,5 millions de demandes diverses et ont préparé 550 000 décisions relatives à l'AAH, les autres concernant la prestation de compensation du handicap (PCH), les cartes d'invalidité, les reconnaissances de situation de travailleur handicapé, etc. Cette activité augmente régulièrement. Dans le même temps, il est demandé aux MDPH de respecter des délais de réponse inférieurs à trois mois. Pour faire face à cette double contrainte, les MDPH ont « industrialisé » leur processus de décision. Elles ont mis en place un mode d'examen des demandes marqué par un impératif de rapidité et de fluidité qui a des conséquences sur les conditions d'instruction des demandes.

Les CDAPH valident ainsi sans examen en séance 95 % à 98 % des pré-décisions établies par les équipes des MDPH et la présence de l'État au sein de ces commissions n'a plus aucune portée concrète. En moyenne très générale, une CDAPH valide environ 1 100 décisions par réunion.

Le cœur du dispositif d'attribution repose donc en fait sur la seule instruction effectuée au préalable

par les équipes d'évaluation au sein des MDPH. La composition de ces équipes est très variable en nombre (souvent un binôme, parfois une personne seule, parfois une équipe plus large) et en profils (la présence d'un médecin est loin d'être systématique). Elles examinent les pièces fournies (formulaire rempli par le demandeur, formulaire médical rempli par un médecin librement choisi par le demandeur et le cas échéant résultats d'examens médicaux). Le temps d'instruction peut être compris entre cinq minutes et vingt minutes par dossier. L'organisation de visites médicales ou même d'entretiens est devenue rare, voire exceptionnelle, les MDPH rencontrant de surcroît d'importantes difficultés pour recruter et retenir des médecins. Lorsqu'ils ont lieu, ils concernent souvent la prestation de compensation du handicap. Au terme de cette procédure, largement dématérialisée, les propositions des MDPH sont en réalité des pré-décisions validées globalement par les CDAPH sans intervention particulière des représentants de l'État.

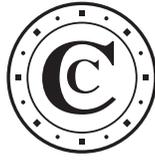


L'absence de mécanismes de détection des demandes frauduleuses

Les équipes des MDPH sont amenées à se prononcer sur l'attribution ou le renouvellement de l'AAH sur la base quasi-exclusive de documents déclaratifs (certificat médical établi par le médecin choisi par le demandeur, formulaire de demande), qui ne font l'objet d'aucun mécanisme de contrôle particulier. Cette situation présente un risque en termes de fraude. Les contrôles effectués par les caisses d'allocations familiales (CAF) ou les caisses de mutualité sociale agricole (MSA) – qui sont organismes-payeurs et ne sont pas en charge des décisions – ne portent en effet que sur les conditions de ressources ou d'activité des bénéficiaires mais pas sur leur éligibilité à l'allocation

ni sur l'évaluation de leur handicap. L'organisation n'est pas conçue pour détecter et poursuivre d'éventuelles fraudes intentionnelles (certificats de complaisance, faux dossiers, fausses déclarations).

Le présent rapport conclut à l'existence d'un « angle mort » en termes de lutte contre le recours frauduleux à l'AAH. Si le travail des MDPH ne peut être fondé sur la suspicion, il faut cependant reconnaître que la procédure présente des risques spécifiques, notamment du fait de sa dématérialisation et de l'absence d'entretien direct avec les demandeurs. L'AAH est de ce point de vue sensiblement moins pilotée, suivie et contrôlée que les autres minima sociaux, notamment le RSA.

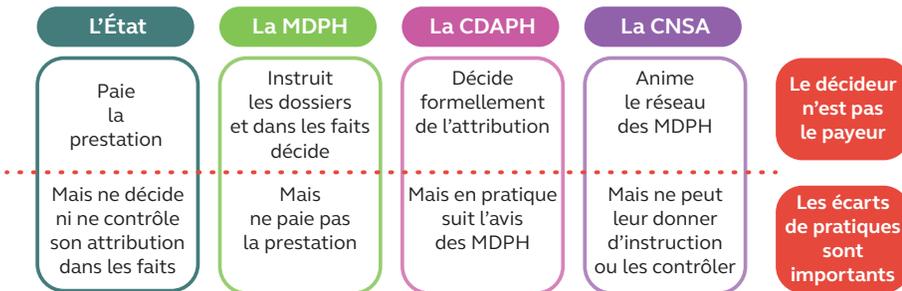


L'AAH est au cœur de difficultés liées à la répartition des compétences entre l'État et les départements

Alors que les départements sont les chefs de file de la politique du handicap, l'AAH est demeurée une prestation nationale financée en totalité par l'État sur crédits budgétaires. L'organisation actuelle paraît ainsi paradoxale puisque dans le même temps, les départements financent le RSA : la coexistence de l'AAH et du RSA soulève nécessairement des enjeux d'équité dès lors que les montants unitaires servis au titre de la première sont sensiblement plus élevés que ceux servis au titre du second, et que l'ampleur des passages de l'un à

l'autre – environ 25 % des nouveaux allocataires de l'AAH percevaient auparavant le RSA – montre que la frontière entre ces deux allocations est brouillée. S'ajoute à ce flou, le fait que les départements - qui supportent la charge financière du RSA - peuvent avoir un intérêt financier immédiat à ce que l'AAH prenne en charge leurs allocataires du RSA, dont les difficultés sociales se combinent généralement avec des difficultés d'ordre psycho-social et peuvent désormais relever du champ du handicap tel qu'il a été redéfini en 2005.

La répartition des rôles en matière d'AAH

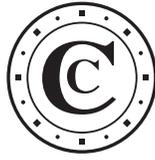


Source : direction du budget

L'AAH est au cœur de difficultés liées à la répartition des compétences entre l'État et les départements

L'État s'efforce néanmoins de piloter le dispositif de l'AAH au niveau national en produisant les textes de référence ou en précisant certaines notions comme celle de « restriction durable et substantielle d'accès à l'emploi » qui conditionne l'octroi de l'AAH-2. Cependant, ce pilotage s'avère inopérant en l'absence de présence locale forte et l'État observe la croissance rapide du nombre d'allocataires de l'AAH, en particulier de l'AAH-2, avec un relatif fatalisme. Il finance ainsi une dépense sur

laquelle son droit de regard est très limité, voire inexistant, alors qu'elle augmente de 400 M€ tous les ans. Les départements et associations de personnes handicapées ne sont pas directement concernés par la dimension budgétaire du dispositif dans son ensemble et par la croissance annuelle rapide de son coût. En matière d'AAH, aucun acteur ne semble être le gardien de la juste utilisation des deniers publics et de l'équité territoriale.



Des réformes paraissent indispensables

L'AAH-2, dans sa configuration actuelle, est une source d'incertitude voire de risque budgétaire, dans la mesure où le nombre d'allocataires et la dépense associée aux prestations augmentent chaque année, dans des proportions bien supérieures à la seule tendance démographique et sans que les causes en soient connues. Plus généralement, les modalités d'attribution de l'AAH posent des problèmes d'équité territoriale et d'égal accès aux droits. C'est notamment pour ces deux raisons que des réformes paraissent indispensables, que ce soit dans le cadre d'une organisation inchangée –

auquel cas les modalités de gestion et de suivi devront être significativement renforcées – ou dans le cadre de chantiers plus vastes mais déjà annoncés que seraient le projet de revenu universel d'activité (RUA) et une nouvelle révision des compétences attribuées aux départements dans l'organisation territoriale de l'État.

Quelles que soient les orientations prises, la Cour identifie les recommandations suivantes comme susceptibles d'améliorer le fonctionnement du dispositif, tant du point de vue de l'équité territoriale que de l'attribution à bon droit de l'AAH.

Recommandations

1. Dans les documents budgétaires (PAP et RAP), présenter de manière distincte les crédits prévus pour l'AAH-1 et ceux prévus pour l'AAH-2, en détaillant tous les éléments pris en compte pour la formation des prévisions de dépenses.
2. Rétablir la cohérence du guide-barème entre ses principes généraux introductifs et les développements par déficience, en précisant que le seuil de 50 % d'incapacité n'est atteint qu'en cas de gêne notable dans les trois domaines de la vie quotidienne, sociale et professionnelle.
3. Sanctionner financièrement, dans le cadre des relations conventionnelles avec la CNSA, l'absence de mise en œuvre par les MDPH de leurs obligations légales en matière de suivi statistique, par exemple par un mécanisme de retenue financière.
4. Conditionner l'attribution de l'AAH-2 à une prise en charge médico-sociale adaptée, quand celle-ci est possible.
5. Instaurer un entretien d'évaluation de l'employabilité préalablement à l'attribution de l'AAH-2.
6. Instituer a minima une contre-visite médicale obligatoire avant toute première attribution de l'AAH.
7. Mettre en place des mécanismes de contrôle de l'attribution à bon droit, en systématisant le contrôle interne au sein des MDPH et en créant une mission nationale de contrôle, compétente sur le plan médical.
8. Examiner en séance de CDAPH toute première demande d'AAH.
9. Donner la majorité des voix à l'État, en tant que financeur, en CDAPH pour les décisions relatives à l'AAH.