



Étude
Novembre 2020

Le financement public des besoins des personnes en situation de handicap

Julie Jolivet
Margaux Le Bouler
Esteban Renaud

Avant-propos

La crise sanitaire liée à la Covid-19 a précipité le calendrier de création d'une 5^{ème} branche Autonomie.

La loi « Dette sociale et Autonomie » a donc créé cette branche Autonomie de la Sécurité sociale qui sera pilotée par la CNSA. Cette 5^{ème} branche concerne directement les personnes en situation de handicap et les proches aidants.

En effet, elle gèrera le risque de la perte d'autonomie et la nécessité du soutien à l'autonomie, quels que soient l'âge, l'état de santé ou le handicap.

La convergence entre les prestations des personnes âgées et des personnes en situation de handicap en matière d'autonomie est souhaitée par les acteurs depuis de nombreuses années. La loi « Dette sociale et Autonomie » offre une opportunité historique à saisir pour créer une branche Autonomie ambitieuse et moderne.

Si le *Rapport Libault* (2019) a permis de déterminer les besoins de financement public pour les personnes âgées, si le *Rapport Vachey* (2020) a posé les bases en termes de périmètre et de gouvernance de cette nouvelle branche, aucune étude complète à ce jour ne concerne spécifiquement les personnes en situation de handicap.

Le Collectif Handicaps, qui regroupe 48 associations nationales représentatives des personnes en situation de handicap, de leurs familles et des proches aidants s'est donné pour objectif de faire réaliser cette étude de manière rigoureuse par un acteur indépendant.

Après des échanges avec Lisa sur l'intérêt de mener cette étude, le Collectif Handicaps a décidé de soutenir Lisa dans la conduite de ce travail. Le propos et les conclusions ne sauraient pour autant engager le Collectif Handicaps.

Les parties sont également conscientes du caractère parcellaire de l'information disponible, qui appelle bien d'autres investigations.

Sommaire

Avant-propos.....	2
Sommaire.....	3
Synthèse de l'étude	4
Introduction.....	7
Un besoin de connaissance et de prospective.....	7
Une approche globale des financements	7
Des questions pour le débat public.....	8
I. Le champ de l'étude	10
1. Premier inventaire	10
2. Préambule méthodologique : les sources	12
3. Les prestations actuelles de soutien à l'autonomie intégrables à la 5 ^{ème} branche.....	13
4. L'extension de l'aide à l'autonomie à des besoins et situations de handicap jusqu'alors pas ou peu pris en compte.....	26
5. Autres prestations sociales potentiellement intégrables à la 5 ^{ème} branche.....	32
II. Bâtir un compte élargi du handicap dans le cadre de la 5 ^{ème} branche.....	54
1. Les dépenses actuelles liées au soutien à l'autonomie intégrables à la 5 ^{ème} branche	54
2. Les dépenses d'aide à l'autonomie pour des besoins et situations de handicap jusqu'alors pas ou peu pris en compte	70
3. Les dépenses liées aux prestations sociales potentiellement intégrables à la 5 ^{ème} branche...	78
Comparatif.....	86
Eléments de synthèse de l'analyse financière.....	86
Annexe 1 – Comparaisons internationales des prestations en faveur de l'emploi des personnes en situation de handicap.....	90
Annexe 2 – La prévention et sa prise en compte dans la logique de la 5 ^{ème} branche.....	91
Annexe 3 – Rappel des définitions	94
Annexe 4 - Tableaux récapitulatifs des différentes aides :.....	96
Glossaire des sigles	98
Bibliographie.....	100

Synthèse de l'étude

La Cinquième branche ou « branche autonomie » existe depuis le vote de la loi organique n°2020-991 et de la loi n°2020-992 du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie. La Loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 la prend en compte pour la première fois.

L'expression de 5^{ème} branche n'est pas nouvelle : elle a été utilisée pour la première fois par Jean-Pierre Raffarin lors de la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en 2004-2005. L'idée de « cinquième risque » avait quant à elle circulé dès les années 1990.

L'idée fondatrice d'une branche dédiée à l'autonomie est l'articulation d'un modèle personnaliste dans une construction nationale : un modèle qui soit capable de prendre en compte la situation des personnes telles qu'elles sont, là où elles sont.

Une des préoccupations que l'on doit avoir désormais en matière de rapprochement Grand âge – handicap est la densité des matériaux de prospective financière et organisationnelle dont on dispose de part et d'autre.

Cela justifie un effort décuplé de connaissance et de prospective sur le champ des politiques en matière de handicap, que cette étude s'efforce d'amorcer. En guise d'avertissement aux lecteurs, il faut reconnaître les lacunes dans la connaissance, qui justifieront des investissements dans la durée de la part des institutions et des parties prenantes du monde du handicap.

Pour conduire ce travail, nous avons d'abord recensé les dépenses actuellement liées au soutien à l'autonomie et donc logiquement directement intégrables dans le budget de cette Cinquième branche. Ces dépenses étaient jusque-là assurées par les branches Santé et Accident du travail - maladie professionnelle (AT-MP) de la Sécurité sociale et par les départements. Elles ont vocation à compenser la perte d'autonomie des personnes en situation de handicap de différentes manières, au travers d'aides financières (la PCH, les rentes AT-MP), de services d'hébergement et d'accompagnement (notamment en ESMS) ou encore par des dépenses de gestion et d'investissements. Il faut y ajouter les dépenses fiscales (divers crédits et réductions d'impôts consentis en faveur des personnes en situation de handicap). Cet ensemble de dépenses a pu être estimé de manière fiable à environ 27,5 milliards d'euros.

Ensuite, tout en restant dans cette optique de compensation de la perte d'autonomie des personnes en situation de handicap, nous avons cherché à estimer la dépense que pourrait engendrer la satisfaction de certains besoins de ces personnes qui ne font pas encore l'objet d'une prise en compte au titre de la Sécurité sociale ou des dépenses des départements. Nous nous sommes concentrés sur l'élargissement du périmètre de la PCH, sur les aidants, ainsi que sur l'augmentation des moyens des ESMS, encore insuffisants.

Nous nous sommes heurtés ici à des difficultés dans l'estimation précise de ces dépenses. En

effet, les études disponibles pèchent par un défaut de précision et de fiabilité. Il a donc souvent été impossible d'arriver à un chiffre parfaitement robuste. Ceci nous a conduits, par prudence, à des estimations plutôt à la baisse des chiffres disponibles, conduisant parfois à sous-estimer certaines dépenses.

De plus, nous avons dû nous limiter à quelques besoins majeurs, connus et potentiellement chiffrables ou chiffrés, ce qui nous a sans doute conduits à ignorer, en l'absence de chiffres disponibles, de nombreux autres volets des besoins des personnes en situation de handicap qui ne font aujourd'hui l'objet d'aucune prise en charge.

Cette partie et ce bilan sont donc à utiliser avec prudence : le total auquel nous parvenons à court terme, d'environ 6 à 7 milliards d'euros, n'est donc qu'une fourchette basse prenant en compte les estimations de certains besoins des personnes en situation de handicap. Il serait donc plutôt à lire comme un socle minimal sur lequel ajouter d'autres dépenses possibles venant satisfaire des besoins non pris en compte dans notre étude, une fois celles-ci estimées plus précisément. Le chiffre de 6 à 7 milliards ne comprend qu'un palier de montée en charge de la PCH en matière de handicap psychique. A un horizon de 4 années (après montée en charge pour toute la population concernée), il est de 10,2 à 11,2 milliards d'euros.

Enfin, nous avons estimé le montant des autres prestations sociales potentiellement intégrables dans le budget de la 5^{ème} branche, qui comprennent notamment l'AAH, l'AEEH et les diverses prestations liées à l'emploi. Ces dépenses, à la différence des prestations de compensation du handicap, ont une vocation sociale de soutien au revenu des personnes en situation de handicap. De fait, au lieu de provenir actuellement des branches Santé ou AT-MP ou des départements, elles proviennent pour une large part de la branche Famille de la Sécurité sociale. La question de leur intégration à terme dans la 5^{ème} branche de la Sécurité sociale n'étant pas encore tranchée, il nous a semblé préférable de les distinguer des dépenses ayant vocation à soutenir l'autonomie des personnes en situation de handicap, traitées dans les deux premières parties. Ces dépenses ont pu donner lieu à un chiffrage plus fiable. Nous sommes arrivés à un total d'environ 24,5 milliards d'euros pour ces dépenses.

Au total, par rapport à un effort social 2020 qui peut être estimé à près de 50 milliards d'euros, nos travaux envisagent un poids total de la branche à hauteur de 59 milliards d'euros à court terme (63 milliards à un horizon de 4 ans). Toutefois, ce chiffre agrégé ne doit pas prendre le pas sur le contenu du rapport : la lecture de celui-ci éclairera sur d'éventuelles difficultés méthodologiques rappelées ci-dessus, qui invitent à lire ce chiffre avec prudence et souplesse. L'estimation des financements nécessaires pour satisfaire les besoins effectifs des personnes en situation de handicap non encore compensés est par exemple relativement lacunaire, au vu du manque de sources disponibles sur la question. De plus, ce chiffre ne doit en rien masquer que ces dépenses se décomposent en différentes catégories, qu'elles relèvent parfois de logiques différentes, que certaines existent déjà quand d'autres ne sont que des dépenses potentielles, et que toutes n'ont peut-être pas vocation à être associées à la Cinquième branche de la Sécurité sociale. La consolidation sur ce registre se fera au fil des ans.

En considérant les dépenses actuelles, la couverture des besoins nouveaux (à court terme et à un horizon de 4 années) et l'intégration des dépenses sociales tierces, on peut établir la synthèse ci-dessous :

Effort social 2020 en matière de handicap (en milliard d'euros)		49,9
Dépenses actuelles liées au soutien à l'autonomie intégrables dans le budget de la 5^{ème} branche		27,3
Dépenses nouvelles liées à des besoins actuellement non couverts Année 1 de montée en charge de la PCH en matière de handicap psychique	Minimum	5,8
	Maximum	6,8
Autres dépenses sociales en faveur des personnes en situation de handicap		24,9
Dépenses totales potentielles de la branche sur le volet handicap (court terme)	Minimum	58
	Maximum	59
Dépenses totales potentielles de la branche sur le volet handicap après montée en charge de la PCH en matière de handicap psychique (au bout de 4 années)	Minimum	62,2
	Maximum	63,2

www.lisa-lab.org

contact@lisa-lab.org

Introduction

La Cinquième branche ou « branche autonomie » existe depuis le vote de la loi organique n°2020-991 et de la loi n°2020-992 du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie. La *Loi de financement de la sécurité sociale* pour 2021 la prend en compte pour la première fois.

L'expression de 5^{ème} branche n'est pas nouvelle : elle a été utilisée pour la première fois par Jean-Pierre Raffarin lors de la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en 2004-2005. L'idée de « cinquième risque » avait quant à elle circulé dès les années 1990.

L'idée fondatrice d'une branche dédiée à l'autonomie est l'articulation d'un modèle personnaliste dans une construction nationale : un modèle qui soit capable de prendre en compte la situation des personnes telles qu'elles sont, là où elles sont.

Un besoin de connaissance et de prospective

Dans le champ de la prise en charge du Grand âge, il existe de nombreux rapports sur le périmètre gestionnaire traditionnel du médico-social, qui comprend le financement de l'accueil en établissement et celui de l'aide à domicile. Le dernier en date est le rapport Libault (2019). On peut également mentionner les travaux répétés de la Cour des comptes et du HCFEA¹. Si on remonte un peu en arrière, sur les quinze dernières années, les analyses portées dans les rapports administratifs ou parlementaires n'ont pas vraiment vieilli, notamment parce que les réponses aux problèmes que ceux-ci ont soulignés sont restées insuffisantes.

Dans le champ de la prise en charge du handicap, l'approche a souvent été plus parcellaire, prestation par prestation, par type de handicap, pour les adultes *versus* pour les enfants... Régulièrement, la Conférence nationale du handicap est l'occasion de stimuler ces travaux en imposant la mise sur agenda de telle ou telle mesure. Dans ce champ, la construction est donc parcellisée mais les retombées souvent plus directes.

On a aujourd'hui besoin de bâtir une approche globale, maintenant que la logique de branche va confronter plus complètement les données dans les deux secteurs.

Autrement dit, une des préoccupations que l'on doit avoir désormais en matière de rapprochement Grand âge – handicap est la densité des matériaux de prospective financière et organisationnelle dont on dispose de part et d'autre.

En septembre 2020, le rapport de Laurent Vachey² a ainsi permis d'éclairer les enjeux de périmètre, de gouvernance et de financement de cette 5^{ème} branche.

Une approche globale des financements

La 5^{ème} branche oblige à la convergence réelle personnes âgées/handicapées, même si cette thématique existe depuis la loi sur le handicap de 2005.

Pour résoudre l'équation financière, il faut décroisser et désenclaver les financements, les politiques et les prestations : décroisser le secteur de l'autonomie traditionnelle et ouvrir le secteur de l'autonomie aux autres politiques publiques.

¹ Haut conseil de la famille et de l'âge.

² <https://www.vie-publique.fr/rapport/276269-la-branche-autonomie-perimetre-gouvernance-financement-rapport-vachey>

L'intérêt d'une caisse est que l'on isole les recettes et les dépenses ; les recettes sont affectées à des dépenses. On doit être capable de montrer que le solde a du sens. Cela conduit les autorités publiques à décrire les conditions dans lesquelles on va équilibrer ce solde dans la durée.

Il existe de nombreux compartiments de financement et la prospective financière doit désormais en traiter globalement :

- le périmètre classique des prestations du registre de l'aide sociale : les prestations de compensation (APA³ et PCH⁴), et les prestations d'hébergement ;
- la catégorie à part des revenus de remplacement à travers l'AAH⁵, ou le segment de l'aide à l'emploi des personnes handicapées ;
- le périmètre des soins concourant à la prise en charge des personnes très âgées ou handicapées : soins de long terme aussi bien en établissement qu'à domicile ;
- les financements (pas démesurés en volume) en matière de prévention ;
- les prestations hors champ médico-social, en matière de logement en particulier, gérées sous l'égide d'un autre ministère et d'un autre réseau de caisses ;
- les aides fiscales (crédits d'impôt et réductions d'impôt), qui ont beaucoup crû (par exemple avec l'instauration du crédit d'impôt pour les aides à domicile sous le mandat de François Hollande) et les exonérations de cotisations patronales ;
- les ressources mobilisées par les personnes âgées ou handicapées elles-mêmes, que cette épargne soit liquide ou non ;
- l'aide alimentaire des proches et leur contribution au quotidien en termes d'aide ;
- les prestations d'assurance et de prévoyance.

Dans le champ du Grand âge, le débat est depuis très longtemps focalisé sur les prestations médico-sociales (avec les querelles Etat-départements), le reste à charge porté par les usagers et l'assurance dépendance.

Dans le champ du handicap, l'approche est traditionnellement davantage parcellisée mais des demandes récurrentes sont formulées en matière de couverture des besoins dans les établissements sociaux et médico-sociaux, d'extension des droits dans le périmètre courant des prestations et d'accès aux droits pour des populations aujourd'hui mal couvertes.

Des questions pour le débat public

L'idée d'une nouvelle branche de la Sécurité sociale apporte enfin des notions issues du domaine de la protection sociale au champ de l'autonomie :

- Les questions d'équité et de redistributivité ;
- Les échanges entre générations ;
- La prévoyance individuelle ou collective (telle qu'elle peut être mise en place au sein de l'entreprise au bénéfice des salariés) ;

³ Allocation personnalisée d'autonomie.

⁴ Prestation de compensation du handicap.

⁵ Allocation aux adultes handicapés.

- La soutenabilité des restes à charge ;
- La faculté de choisir des usagers : aujourd'hui, le choix de l'utilisateur est très borné et très largement déterminé par ce qu'il connaît de l'offre locale de prise en charge ;
- La prévention, avec des retours sur investissement en matière de prévention de la perte d'autonomie qui sont à la fois rapides et plus marqués que ceux que l'on peut avoir dans le champ de la santé.

Tout cela justifie un effort décuplé de connaissances et de prospective que cette étude s'efforce d'amorcer. En guise d'avertissement aux lecteurs, il faut reconnaître les lacunes dans la connaissance, qui justifieront des investissements dans la durée de la part des institutions et des parties prenantes.

I. Le champ de l'étude

Selon une étude de la DREES datée de mars 2017, l'effort social consenti en faveur des personnes handicapées s'élevait à 43,2 milliards d'euros en 2014, équivalant alors à 2,2% du PIB. Il peut être estimé à 49,9 milliards en 2020.

1. Premier inventaire

Cette étude offre une première perspective de recensement des différentes dépenses sociales acquittées au titre du handicap. Il faut d'abord comprendre que les dépenses dites "sociales" au titre du handicap ne représentent qu'une partie des dépenses effectuées au titre du handicap. Par exemple, le handicap implique un certain nombre de dépenses proprement médicales, qui sont alors prises en compte par la branche Santé de la Sécurité sociale (l'Assurance maladie). Ce sont avant tout les dépenses sociales versées au titre du handicap qui nous intéressent, puisque ce seront ces dernières qui pourront être incluses dans la nouvelle branche Autonomie de la Sécurité sociale. Comme en témoigne l'étude de la DREES, « Au-delà de l'approche purement médicale, l'accessibilité et le droit à la compensation sont devenus des piliers essentiels des politiques en faveur des personnes handicapées ». Cet effort marqué pour promouvoir la participation des personnes en situation de handicap aux différentes sphères de la société, notamment à la vie professionnelle et sociale, s'est surtout manifesté depuis la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Celle-ci a apporté diverses innovations en matière de politiques publiques du handicap, comme la création des MDPH⁶ ou bien du Fiphfp⁷ qui ont vocation à favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

Au total, les dépenses actuelles en faveur des personnes en situation de handicap entrent, de manière assez schématique, dans la classification suivante.

1. Les prestations sociales en faveur du handicap : versements liés à la compensation du handicap et à la protection sociale des personnes en situation de handicap

On notera que l'on peut dégager deux types de prestations au sein de cette catégorie de dépenses. D'une part, un certain nombre de prestations relèvent d'un objectif de compensation du handicap et de valorisation de l'autonomie, notamment la PCH et les services d'hébergement et d'accompagnement, pris en charge actuellement par la branche Santé de la Sécurité sociale. Ces prestations forment le cœur de l'aide en faveur de l'autonomie des personnes en situation de handicap. A ces dépenses s'ajoutent ensuite des allocations sociales relevant d'une logique de soutien aux revenus des personnes en situation de handicap et actuellement versés par la branche Famille de la Sécurité sociale. Bien que ces aides financières contribuent également à favoriser l'autonomie à travers un confort de vie amélioré, on retiendra néanmoins cette distinction issue des finances sociales dans le reste de l'étude.

- **La PCH** : remplace l'ACTP⁸ (mais cette dernière est encore versée à certains de ses anciens bénéficiaires), versée par les conseils départementaux : a pour but de couvrir les coûts liés au handicap dans la vie quotidienne (aides humaine, technique, animalière, tant à domicile qu'en établissement), pour les adultes comme pour les enfants.

⁶ Maisons départementales des personnes handicapées

⁷ Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

⁸ Allocation compensatrice pour tierce personne

- **Les dépenses au titre des rentes accident du travail-maladies professionnelles (AT-MP)**
- **Les prestations spécifiquement liées au handicap des enfants :**
 - o Allocation journalière de présence parentale (AJPP)
 - o Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)
- **L'allocation aux adultes handicapés (AAH) :** seule allocation soumise à condition de ressources, elle s'adresse aux personnes présentant un taux d'incapacité supérieur à 80% ou aux personnes de moins de 60 ans dont le taux d'incapacité est compris entre 50 et 80% et pour qui la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) a reconnu qu'elle connaissait, au vu de son handicap, une restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi. L'AAH constitue une prestation sociale en ce qu'elle garantit un minimum de ressources aux personnes qui, du fait de leur handicap, ne peuvent pas accéder facilement à un emploi qui leur permettrait sinon d'obtenir des ressources. En complément de l'AAH peut éventuellement s'ajouter la majoration pour vie autonome (MVA), aide financière permettant de faire face aux dépenses liées au handicap. Cette prestation est attribuée par la Caisse d'allocation familiale ou par la Mutualité sociale agricole sous certaines conditions aux personnes en situation de handicap sans revenus d'activité. La MVA inclut depuis 2019 l'ancien "complément de ressources" avec laquelle il a été fusionné. Ce complément a été supprimé pour les nouveaux entrants mais maintenu pendant 10 ans pour ses anciens bénéficiaires.
- **Dépenses liées à l'accueil et à l'hébergement des personnes handicapées :** incluent les dépenses médico-sociales financées par l'OGD (objectif global de dépenses, assurance maladie). On note que les dépenses de soin hors OGD ne sont pas comprises dans le calcul de l'aide à l'autonomie (celles-ci relèvent plutôt de la branche Santé de la Sécurité Sociale).
 - o Hébergement et accueil des enfants handicapés au sein de divers établissements médico-sociaux ;
 - o Hébergement et accueil des adultes handicapés en structures spécialisées, notamment en MAS (maisons d'accueil spécialisées) et en FAM (foyers d'accueil médicalisés).
- **Pensions et rentes d'invalidité :** Les pensions d'invalidité ont vocation à compenser la perte de salaire occasionnée par toute forme d'invalidité. En cas d'un faible montant de pension, l'État assure un filet de sécurité par l'ASI (allocation supplémentaire d'invalidité).
- **Prestations favorisant l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés :**
 - o ESAT (établissements ou services d'aide par le travail)
 - o Complément de rémunération (dit « garantie de ressources »)
- **Dépenses d'emploi prises en charge par l'Agefiph⁹ et le Fiphfp¹⁰ :** deux organismes publics ayant pour mission de promouvoir l'insertion et le maintien des personnes en situation de handicap, respectivement dans les entreprises privées et dans la fonction publique (loi de 2005).
 - o Dépenses de formation
 - o Dépenses de soutien aux dispositifs d'insertion et de maintien dans l'emploi

⁹ Association de gestion de fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées

- Prestation visant à compenser le handicap des travailleurs

2. Les dépenses fiscales et les exonérations sociales patronales

3. Les dépenses d'investissement

- Modernisation, création de places dans les établissements

4. Les dépenses de fonctionnement

- Frais de fonctionnement des MDPH
- Coûts de gestion des deux organismes d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés (Agefiph, Fiphfp)

En plus de ces différentes dépenses des collectivités publiques, dédiées à l'amélioration de l'autonomie et du niveau de vie des personnes en situation de handicap, il s'agira d'estimer les financements nécessaires à la couverture de besoins actuellement non couverts (personnes, enfants et adultes, en situation de handicap sans solution d'accompagnement ou avec des solutions partielles, voire non adaptées) liés aux handicaps. Ainsi, à public constant, nous chercherons à savoir comment pourraient être revues les dépenses liées à la couverture des besoins actuellement non couverts des personnes en situation de handicap.

Enfin, nous essaierons d'estimer les besoins en financement liés à l'introduction de certaines aides sociales qui ne sont pas directement des aides à l'autonomie dans la Cinquième branche de la Sécurité sociale (comme l'AAH, qui ne vient pas compenser de manière directe la perte d'autonomie des personnes en situation de handicap). Ces prestations relèvent d'une logique différente au sein de la protection sociale et méritent donc d'être traitées dans un second temps, après avoir estimé les besoins en financement pour les prestations issues de l'Assurance maladie et vouées à soutenir l'autonomie des personnes en situation de handicap.

Ainsi, après un préambule méthodologique (2) nous envisagerons les dépenses actuelles liées au soutien à l'autonomie et intégrées au budget de la Cinquième branche en construction de la Sécurité sociale (3). Puis nous envisagerons des scénarios d'extension de ce soutien à l'autonomie à des besoins et des situations encore pas ou peu pris en compte (4). D'autre part, nous chercherons à quantifier les autres dépenses au titre de l'aide sociale aux personnes en situation de handicap, puisqu'elles pourraient également à terme dépendre de la nouvelle branche Autonomie de la Sécurité sociale (5).

2. Préambule méthodologique : les sources

Établir un compte consolidé du handicap n'est pas tâche facile. En effet, les sources sont pour le moins éparpillées et multiples, à l'image des différents acteurs et des différentes prestations dédiés à l'aide aux personnes en situation de handicap.

Si quelques documents nous ont permis de bénéficier d'une vision panoramique sur les différentes prestations et les différents acteurs de l'aide aux personnes en situation de handicap, ils ont été bien rares et se sont finalement avérés relativement superficiels par rapport à l'étendue des besoins en financement à estimer.

Les recherches plus fines ont donc procédé d'une multiplicité de sources. Les données de la DREES ont

été particulièrement utiles, tant sur la PCH que sur les ESMS¹¹. Les rapports d'activité de la CNSA, des MDPH (rapport d'activité national), de l'Agefiph et du Fiphfp furent également utiles, notamment dans l'estimation de leurs coûts de fonctionnement.

Les projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale ont également fourni beaucoup d'éléments : les travaux parlementaires et annexes qui les accompagnent ont offert des données chiffrées très utiles, par exemple sur la question des dépenses fiscales.

Ces nombreuses sources auront permis d'établir sans trop de difficultés le montant de pratiquement toutes les dépenses des administrations publiques actuellement dédiées au soutien à l'autonomie et au revenu des personnes en situation de handicap. Néanmoins, les sources se sont faites plus rares et bien moins fiables quand il s'est agi de déterminer des scénarios de besoins en financement dans le cas d'un élargissement de la base de bénéficiaires des prestations de soutien à l'autonomie. Ce travail n'ayant pas l'ambition de se substituer à une analyse démographique et économique poussée, nous ne pouvons que constater, tout en les assumant, ses différentes limites. On ne pourra qu'en retenir que les travaux sérieux d'économistes ou de spécialistes des finances publiques sur le financement de nouvelles mesures en faveur des personnes en situation de handicap sont malheureusement trop peu nombreux.

Ceci incite enfin à lire avec prudence nos résultats intégrant d'éventuelles nouvelles dépenses en faveur des personnes en situation de handicap : des conceptions encore plus ambitieuses pourraient être envisagées, et nos perspectives de chiffrage n'ont pas vocation à constituer un quelconque plafond des dépenses possibles. C'est sans doute là que le bât blesse et que l'estimation des coûts de la satisfaction de certains besoins pourrait encore manquer à nos estimations, malgré tous nos efforts d'exhaustivité.

3. Les prestations actuelles de soutien à l'autonomie intégrables à la 5^{ème} branche

Cette première approche des dépenses en matière de soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap correspond à un tableau des différentes dépenses déjà effectuées pour les personnes en situation de handicap dans le seul but de favoriser leur autonomie. Ces dépenses correspondent à des besoins et à des risques qui sont actuellement pris en charge par la branche Santé de la Sécurité sociale, et qui ont normalement vocation à être couverts par la future cinquième branche de la Sécurité sociale. On y retrouvera donc recensés les différentes aides, dispositifs et services actuellement proposés aux personnes en situation de perte d'autonomie à cause d'un handicap. Ces dépenses sont aisément quantifiables et entreront donc naturellement dans le compte consolidé des dépenses liées à la branche Autonomie de la Sécurité sociale.

Cette approche des dépenses vouées à compenser le handicap permet d'abord de dégager quatre types de dépenses liées au soutien à l'autonomie. D'une part, certaines dépenses visent à compenser le handicap des personnes vivant dans un logement privé ou social, comme la PCH et l'ACTP, dont elle prend progressivement le relai. D'autre part, il s'agira de prendre en compte toutes les dépenses qui ont vocation à financer le séjour des personnes handicapées dépendantes en établissements et services médico-sociaux (ESMS).

Enfin, on évoquera d'autres dépenses comme les dépenses fiscales et les exonérations de charges patronales d'une part, et des dépenses de fonctionnement et d'investissement des différents services administratifs qui versent ces aides à l'autonomie d'autre part.

¹¹ Etablissements et services médico-sociaux

a. Les prestations de compensation

La PCH (Prestation de compensation du handicap)

La **prestation de compensation du handicap (PCH)** est une allocation financière versée par le département afin de rembourser les dépenses liées à la perte d'autonomie des personnes en situation de handicap. Elle prend en compte les besoins et aspirations de la personne en situation de handicap pour offrir une prise en charge individualisée. La PCH comprend **six formes d'aide** :

- **Humaine.** Cette aide permet de rémunérer une personne en emploi direct ou un service prestataire d'aide et d'accompagnement à domicile ou de dédommager un aidant familial (un membre de la famille qui n'est pas salarié pour cette aide) ;
- **Technique.** Cette aide est destinée à l'achat ou la location d'un matériel compensant le handicap (par exemple, un fauteuil roulant). Le niveau de remboursement diffère selon que l'aide figure ou non sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) par la Sécurité sociale ;
- **Aménagement du logement.** Cette aide est destinée au financement des travaux permettant de compenser les limitations d'activité, que ce soit à titre définitif ou provisoire.
- **Transport.** L'aide comprend l'aménagement du véhicule et les surcoûts liés aux trajets ;
- **Aide spécifique ou exceptionnelle.** Les charges spécifiques sont des dépenses permanentes et prévisibles liées au handicap et non prises en compte par un des autres éléments de la PCH. Il peut s'agir par exemple des frais d'entretien d'un fauteuil roulant, ou de l'aide à l'achat d'un lecteur braille. Les charges exceptionnelles sont des dépenses ponctuelles liées au handicap et non prises en compte par un des autres éléments de la PCH. Il peut s'agir, par exemple, de frais de réparations d'un lit médicalisé ;
- **Animalière.** Cette aide est destinée à l'acquisition et à l'entretien d'un animal (par exemple, un chien d'aveugle).

La PCH ne prend pas en charge les aides à la vie domestique (telles que le ménage, par exemple), qui peuvent parfois être couvertes par l'aide ménagère (détaillée plus loin).

La PCH s'adresse aux personnes dont le handicap répond à un certain nombre de critères. Pour l'attribution de cette prestation, il n'est pas fait référence au taux d'incapacité permanente¹² (comme pour l'ACTP), mais à :

- une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité : la personne ne peut réaliser elle-même une activité donnée.
- une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités : la personne effectue ces tâches difficilement et de façon altérée.

Dans tous les cas, ces difficultés doivent être définitives ou d'une durée prévisible d'au moins un an.

Pour l'accès au volet aide humaine de la PCH s'ajoutent des critères spécifiques, appréciés au moyen du référentiel figurant à l'annexe 2-5 du CASF¹³. Deux conditions doivent ainsi être remplies :

¹² Notons cependant que la PCH étant un droit d'option pour les enfants jusqu'à 20 ans (puisqu'elle est cumulable avec l'AEEH), le taux d'incapacité rentre en jeu, puisqu'il faut au minimum un taux d'incapacité de 50% pour ouvrir le droit à l'AEEH.

¹³ Code de l'action sociale et des familles

- présenter une difficulté absolue pour au moins un des cinq actes essentiels suivants ou une difficulté grave pour au moins deux des cinq actes essentiels suivants : toilette, habillage, alimentation, élimination, déplacements ;
- le temps d'aide apporté (ou susceptible d'être apporté) par un aidant familial, pour les seuls actes essentiels cités précédemment ou au titre de la surveillance, atteint quarante-cinq minutes par jour.

La détermination du niveau de difficultés se fait en référence à la réalisation d'activités par une personne du même âge qui n'a pas de problème de santé (ce qui peut rendre difficile la compensation du handicap chez l'enfant). Ces activités, répertoriées dans un « référentiel », relèvent des domaines suivants : la mobilité (se mettre debout, marcher, etc), l'entretien personnel (se laver, prendre ses repas, etc), la communication (parler, entendre, comprendre, etc.), les tâches et exigences générales et les relations avec autrui (s'orienter dans le temps, l'espace, maîtriser son comportement dans ses relations avec les autres, etc). Notons que ce référentiel ne couvre pas nécessairement tous les besoins ou activités, comme prendre soin de sa santé par exemple.

Ces critères d'éligibilité ne sont pas adaptés aux situations de handicaps psychiques, mentaux et cognitifs, ni aux troubles du spectre autistique, ou encore aux troubles neuro-développementaux, comme le souligne le rapport « *Rénover la prestation de compensation du handicap (PCH) afin d'améliorer l'accès à cette prestation, renforcer sa juste attribution et mieux prendre en compte les besoins des personnes* », paru en janvier 2020. Dès lors, de nombreuses personnes concernées par ces handicaps n'accèdent pas à la PCH (et en particulier à l'élément aide humaine de la PCH). Nous développerons ce point plus loin dans l'étude.

Quelles que soient l'origine et la nature de la déficience du demandeur et son mode de vie (à domicile ou en établissement), la prestation de compensation est attribuée **sans condition de ressources**, même si le montant de l'aide varie avec celles-ci. Ainsi, le taux de prise en charge peut être plein (100%), donc ne laissant pas de reste à charge, ou partiel (80%), donc laissant un reste à charge à la personne en situation de handicap. Pour obtenir la PCH, il faut remplir une condition de handicap, mais aussi de résidence (résider en France de manière stable et régulière), et d'âge (voir plus loin).

Depuis 2008, la PCH est ouverte aux personnes de moins de 20 ans et elle peut se substituer aux compléments de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). **En 2017, les enfants de moins de 20 ans** représentaient **environ 7 %** des personnes percevant la PCH, soit **20 972 personnes**.

Taux de prise en charge de l'aide humaine		
Aides	Prise en charge à taux plein	Prise en charge à taux partiel
Emploi direct d'une tierce personne	100 % dans la limite de 14,04 € l'heure ou 14,73 en cas de réalisation de gestes liés à des soins ou <u>aspirations endo-trachéales</u>	80 % dans la limite de 14,04 € l'heure ou 14,73 en cas de réalisation de gestes liés à des soins ou <u>aspirations endo-trachéales</u>
Recours à un service mandataire	100 % dans la limite de 15,44 € ou 16,20 € en cas de réalisation de gestes liés à des soins ou <u>aspirations endo-trachéales</u>	80 % dans la limite de 15,44 € ou 16,20 € en cas de réalisation de gestes liés à des soins ou <u>aspirations endo-trachéales</u>
Recours à un service prestataire agréé	100 % dans la limite de 17,77 € l'heure ou dans la limite du montant fixé entre le service prestataire et le département	80 % dans la limite 17,77 € l'heure ou dans la limite du montant fixé entre le service prestataire et le département
Aidant familial	100 % et dédommagement à hauteur de 3,94 € l'heure ou 5,91 € l'heure si l'aidant réduit ou abandonne son activité professionnelle	80 % et dédommagement à hauteur de 3,94 € l'heure ou 5,91 € l'heure si l'aidant réduit ou abandonne son activité professionnelle

Taux de prise en charge de l'aide technique		
Aides	Prise en charge à taux plein	Prise en charge à taux partiel
Aide figurant sur la LPPR	À 100 % dans la limite de 3 960 € par période de 3 ans. Lorsque l'aide technique est tarifée à au moins 3 000 € , cette limite est majorée des montants des tarifs concernés après déduction de la prise en charge accordée par la Sécurité sociale.	À 80 % dans la limite de 3 960 € par période de 3 ans
Aide ne figurant pas sur la LPPR	À 75 % dans la limite de 3 960 € par période de 3 ans	À 75 % dans la limite de 3 960 € par période de 3 ans

Taux de prise en charge de l'aménagement du logement		
Aides	Prise en charge à taux plein	Prise en charge à taux partiel
Travaux jusqu'à 1 500 €	À 100 % dans la limite de 10 000 € par période de 10 ans	À 80 % dans la limite de 10 000 € par période de 10 ans
Travaux supérieurs à 1 500 €	À 50 % dans la limite de 10 000 € par période de 10 ans	À 50 % dans la limite de 10 000 € par période de 10 ans

Taux de prise en charge de l'aide au transport		
Aide	Prise en charge à taux plein	Prise en charge à taux partiel
Frais d'aménagement du véhicule jusqu'à 1 500 €	À 100 %	À 80 %
Frais d'aménagement du véhicule au-delà de 1 500 €	À 75 % dans la limite maximale de 5 000 € sur une période de 5 ans	À 75 % dans la limite de 5 000 € sur une période de 5 ans
Surcoût lié au trajet en voiture particulière	À 100 % dans la limite de 0,50 € par km et de 12 000 € sur une période de 5 ans	À 80 % dans la limite de 0,50 € par km et de 12 000 € sur une période de 5 ans
Surcoût lié au trajet avec d'autres moyens de transport	À 75 % dans la limite de 5 000 € sur une période de 5 ans	À 75 % dans la limite de 5 000 € sur une période de 5 ans

Les restes à charges liés aux différents volets de la prestation de compensation du handicap (aides techniques, aides humaines, aménagement du logement, aménagement du véhicule, etc.)

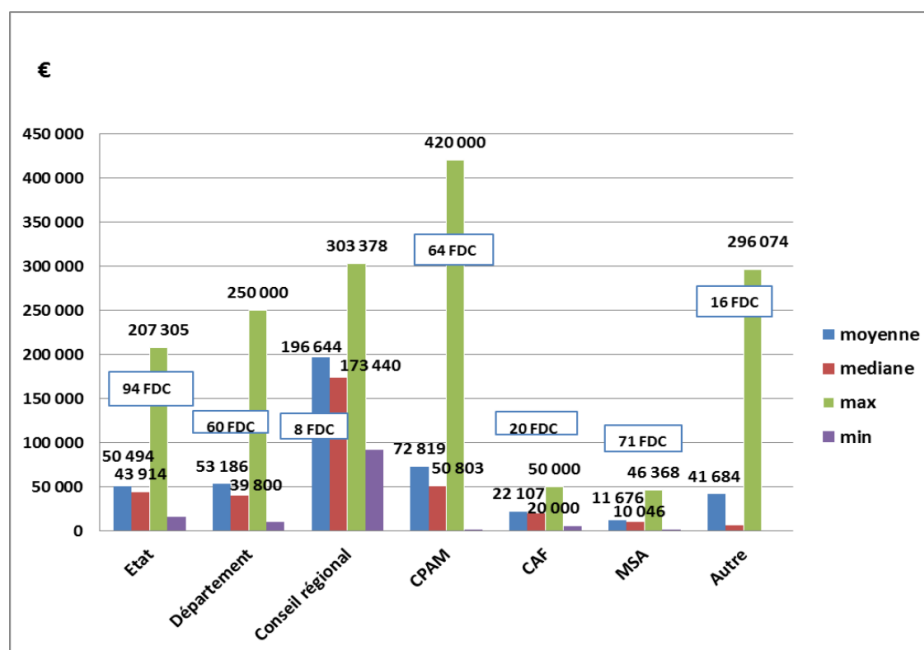
La prise en charge des restes à charge : le fond départemental de compensation du handicap

Chaque maison départementale des personnes handicapées (MDPH) gère un fonds départemental de compensation du handicap. Celui-ci est chargé d'accorder des aides financières afin de permettre aux personnes handicapées de faire face aux frais liés à leur handicap restant à leur charge, après avoir fait valoir leur droit à la prestation de compensation.

Les aides attribuées par le fonds de compensation sont définies par les contributeurs du fonds dans chaque département. La loi indique aussi que **les frais de compensation restant à leur charge ne peuvent**, dans la limite des tarifs et montants de la prestation de compensation, **excéder 10 % des ressources personnelles** nettes d'impôts de la personne.

Les contributeurs potentiels du fond départemental de compensation du handicap sont le département, l'Etat, les autres collectivités territoriales, les organismes d'assurance maladie, les caisses d'allocations familiales, les organismes régis par le code de la mutualité, l'Agefiph, le Fiphfp et les autres personnes morales concernées.

Répartition des contributions déclarées par contributeur en 2017 : montants moyens, médians, maximums, minimums (hors valeurs nulles)



Source : enquête FDC 2017 – CNSA.

Ces contributeurs sont membres du comité de gestion qui est chargé de déterminer, par une convention, les modalités d'organisation et de fonctionnement du fonds, ainsi que l'emploi des sommes versées par le fonds. La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) rend compte aux différents contributeurs de l'usage des moyens du fonds départemental de compensation.

Les restes à charge après l'intervention du fond de compensation du handicap

L'étude *Analyse des fonds départementaux de compensation du handicap (FDC) – données 2017* de la CNSA publiée en 2019 souligne qu'il reste des dépenses à la charge des usagers après l'intervention du fonds de compensation du handicap. La prise en compte de ces restes à charge constitue un besoin actuellement non couvert. **Les dépenses à la charge des personnes et des familles sont conséquentes pour nombre de handicaps.**

L'ACTP (Allocation compensatrice pour tierce personne)

L'Allocation compensatrice pour tierce personne est une allocation versée aux adultes de moins de 60 ans par le Conseil départemental. Elle permet aux personnes en situation de handicap d'assumer les frais liés à l'intervention d'une tierce personne ou du personnel d'un établissement de soins pour les aider dans les actes essentiels de la vie quotidienne. Elle a été **remplacée par la PCH en 2006**, mais les personnes qui en bénéficiaient avant 2006 peuvent choisir de conserver le bénéfice de l'ACTP (plutôt que la PCH) si elles continuent de remplir les conditions d'attribution.

Ces conditions d'attribution sont les suivantes :

- Avoir un taux d'incapacité d'au minimum 80 % reconnu par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ;
- Avoir recours à l'emploi d'une tierce personne ;

- Résider en France métropolitaine ou en Guadeloupe, Guyane, à la Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy, Saint-Martin ou Saint-Pierre-et-Miquelon ;
- Être de nationalité française ou avoir un titre de séjour en cours de validité ;
- Avoir des ressources inférieures ou égales aux plafonds de ressources nécessaires pour percevoir l'allocation aux adultes handicapés (AAH).
- Être âgé de moins de 60 ans (après 60 ans, on peut bénéficier de l'APA¹⁴).

Le montant de l'ACTP varie en fonction du handicap de son bénéficiaire et du degré de nécessité de recours à une tierce personne.

Fin 2017, le nombre de bénéficiaires de la PCH s'établit à 298 400 personnes tous handicaps confondus, avec une augmentation de 43 % en cinq ans et de 5 % depuis 2016¹⁵. Dans le même temps, le nombre de bénéficiaires de l'ACTP diminue de 6 % et atteint **61 300 personnes fin 2017**.

Tableau 1 Évolution du nombre de bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH au 31 décembre, à partir de 2000

Année	Nombre de bénéficiaires			Part de la PCH dans le total (en %)	Taux d'évolution annuelle (en %)		
	ACTP	PCH	Ensemble		ACTP	PCH	Ensemble
2000	141 820	-	141 820	-	-	-	-
2001	129 340	-	129 340	-	-9	-	-9
2002	126 710	-	126 710	-	-2	-	-2
2003	128 270	-	128 270	-	+1	-	+1
2004	132 860	-	132 860	-	+4	-	+4
2005	136 520	-	136 520	-	+3	-	+3
2006	131 160	7 180	131 160	-	-4	-	-4
2007	119 520	40 230	159 750	25	-9	-	+22
2008	109 960	80 180	190 140	42	-8	+99	+19
2009	99 760	120 070	219 830	55	-9	+50	+16
2010	91 590	154 470	246 060	63	-8	+29	+12
2011	87 120	184 890	272 010	68	-5	+20	+11
2012	81 560	208 770	290 330	72	-6	+13	+7
2013	76 400	230 520	306 920	75	-6	+10	+6
2014	72 420	251 060	323 490	78	-5	+9	+5
2015	68 570	271 030	339 600	80	-5	+8	+5
2016	65 160	284 090	349 250	81	-5	+5	+3
2017	61 340	298 450	359 790	83	-6	+5	+3
2018 (p)	57 900	314 760	372 650	84	-6	+5	+4

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte, situation au 31 décembre de chaque année.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

L'ACFP (Allocation compensatrice pour frais professionnels)

L'allocation compensatrice pour frais professionnels (ACFP) est versée par le Conseil départemental aux personnes en situation de handicap dont le taux d'incapacité reconnu est d'au moins 80 %. Elle est destinée à permettre aux personnes en situation de handicap d'assumer les frais supplémentaires occasionnés par l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective.

L'ACFP a été remplacée en 2006 par la PCH, mais il est possible, comme pour l'ACTP, de la percevoir si on en bénéficiait avant 2006. Les conditions d'attribution de l'ACFP sont les mêmes que celles de l'ACTP.

¹⁴ Allocation personnalisée d'autonomie.

¹⁵ DREES, *Enquête Aide sociale*, 2019.

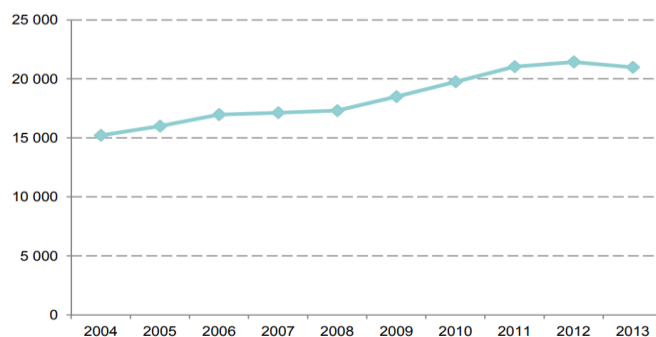
En 2013, environ 1500 personnes, réparties sur 84 départements, bénéficiaient de l'ACFP.

L'allocation représentative de services ménagers

Aujourd'hui, l'allocation représentative de services ménagers (dite « aide ménagère ») permet de bénéficier d'une aide à la vie domestique (ménage, courses, entretien du linge, préparation des repas...). Cette aide est financière ou accordée en nature, sous forme de services ménagers. Son attribution est soumise à conditions de ressources et elle est cumulable avec la PCH. Elle semble cependant principalement bénéficier aux personnes âgées, à qui elle est également destinée.

L'allocation représentative de services ménagers concerne un nombre beaucoup plus limité de personnes que la PCH ou l'ACTP, mais la tendance est à l'augmentation percevoir l'ACTP depuis 2006 : le nombre est ainsi passé de 15 200 personnes en 2004 à 21 000 en 2013 (graphique 9)¹⁶.

➤ **Graphique 9 • Effectif de bénéficiaires de l'allocation représentative de services ménagers entre 2004 et 2013**



Champ • France entière hors Mayotte.
Source • DREES, enquêtes Aide sociale 2004 à 2013.

b. Les dépenses au titre des rentes accident du travail-maladies professionnelles (AT-MP)

Ces dépenses représentent des sommes versées directement à des travailleurs ayant subi un accident ou une maladie d'origine professionnelle. Si celles-ci font l'objet d'une branche à part entière de la Sécurité sociale (la branche AT-MP), on voit néanmoins leur lien étroit avec la question de la compensation du handicap. En effet, de nombreux accidents du travail ainsi que certaines maladies professionnelles engendrent des taux d'incapacité qui justifient une indemnisation. Toutefois, tous les versements actuels de la branche AT-MP ne correspondent pas nécessairement à une situation de « handicap » au sens légal du terme.

Si nous souhaitons prendre en compte les dépenses associées à l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles, on peut toutefois s'interroger sur l'éventuelle intégration de ces dépenses dans la nouvelle branche Autonomie de la Sécurité sociale. Cette question n'est en effet pas encore tranchée. On ne pourra par ailleurs qu'inciter à la prudence dans le maniement des chiffres qui seront avancés dans ce cadre, les bilans de la branche AT-MP ne différenciant pas explicitement les dépenses versées au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ayant entraîné un handicap des autres cas relevant d'une indemnisation de la part de la branche.

¹⁶ “Dix ans d'aide sociale départementale aux personnes handicapées 2004-2013”, DREES, *Enquête Aide sociale 2006-2013*, juin 2016.

c. Les dépenses liées aux services d'hébergement et d'accompagnement

Les personnes en situation de handicap pour lesquelles rester dans leur propre logement s'avère impossible peuvent être amenées à recourir à des services d'hébergement et d'accompagnement proposés par les administrations publiques : une place leur sera alors attribuée dans un établissement ou service médico-social (ESMS). Il existe plusieurs catégories d'ESMS, qui diffèrent notamment selon les besoins en soins et le niveau de dépendance des personnes qu'ils accueillent. Ces établissements sont surtout financés par l'Assurance maladie via ses versements à la CNSA, ainsi que par les conseils départementaux (notamment via l'aide sociale à l'hébergement).

Le nombre de places en ESMS pour accompagner les personnes en situation de handicap était de 506 949 en 2019, dont 161 955 pour les enfants et 344 991 pour les adultes. Ce chiffre ne prend pas en compte les places chez les accueillants familiaux. Néanmoins, il inclut le nombre de places en SAVS (services d'accompagnement à la vie sociale) et en SAMSAH (services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés). On peut remarquer qu'au vu des chiffres disponibles sur les places en ESMS attribuées à des personnes en situation de handicap psychique en 2010, ce nombre (environ 35 000) ne représente qu'environ 7% des places en ESMS, alors même que la plupart des personnes en situation de handicap psychique sont hospitalisées à plein temps, dont certaines pour lesquelles cette hospitalisation est souvent considérée comme inadéquate.

On distinguera notamment parmi les ESMS :

- Les **foyers et établissements d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés**, pris en charge totalement par l'assurance maladie.
- Les **maisons d'accueil spécialisées (MAS)**, pour les personnes en situation de grande dépendance ayant besoin d'une aide technique et humaine permanente. Elles sont également financées par l'assurance maladie. En conséquence, les personnes qui y résident ne touchent que 30% du montant de l'allocation adulte handicapé (AAH).
- Les **établissements et services d'aide par le travail (ESAT)**, réservés aux personnes en situation de handicap et visant leur insertion ou réinsertion sociale et professionnelle. Cette structure accueille des personnes en situation handicap ne pouvant pas travailler dans une entreprise ordinaire ou dans une entreprise adaptée à leurs besoins.
- Les **établissements médico-sociaux d'hébergement des adultes handicapés** (hors MAS) dont les frais d'hébergement sont au moins en partie à la charge des adultes hébergés. On y distingue :
 - **Les foyers d'hébergement**, qui assurent l'hébergement et l'accompagnement des travailleurs en situation de handicap exerçant une activité pendant la journée en milieu ordinaire ou dans un ESAT. Ils sont placés sous la compétence des conseils départementaux, comme tous les établissements dédiés avant tout à l'hébergement (et non aux soins). C'est d'ailleurs l'aide sociale départementale qui prend en charge les dépenses d'exploitation des foyers¹⁷
 - **Les foyers occupationnels ou foyers de vie**, qui accueillent des personnes adultes dont le handicap ne leur permet pas ou plus d'exercer une activité professionnelle, même en ESAT par exemple. La vocation de tels foyers est majoritairement sociale : « Il s'agit de développer l'autonomie des résidents ou, tout au moins, de prévenir toute forme de

¹⁷ <https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/adultes-handicapes/foyer-hebergement-adultes-handicapes-252.html>

régression par la réalisation d'activités quotidiennes diversifiées. Les activités proposées sont diverses et adaptées aux capacités des résidents. Il peut s'agir d'activités manuelles (peinture, sculpture...), d'activités de gymnastique, de danse, d'expression corporelle, d'activités d'ergothérapie... Les frais d'hébergement sont, à titre principal, à la charge de la personne hébergée. Cette contribution, calculée en fonction des ressources du résident, est plafonnée afin qu'il conserve à sa disposition un minimum de moyens financiers. Compte tenu de la somme devant être laissée à la disposition du résident, le surplus des frais d'hébergement et d'entretien est pris en charge par l'aide sociale du département »¹⁸

- **Les foyers d'accueil médicalisés (FAM)**, qui reçoivent des personnes dans l'incapacité d'avoir une activité professionnelle et ayant besoin d'une assistance pour la plupart des actes essentiels de la vie courante, ainsi que d'une médicalisation, sans toutefois justifier une prise en charge complète par l'assurance maladie : celle-ci ne prend en charge qu'une partie des frais (les frais de soin), le reste (les frais d'hébergement, d'animation) étant à la charge des personnes en situation de handicap hébergées. Selon leurs revenus, elles peuvent néanmoins bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement en établissement. On parle de "foyers à double tarification".
- De plus, certaines familles peuvent accueillir dans leur logement, sous réserve de la délivrance d'un agrément au niveau départemental, des personnes en situation de handicap. Ce service est rendu à titre onéreux par ceux qu'on appelle plus couramment les "**accueillants familiaux**". Le prix de l'accueil est à la charge de la personne en situation de handicap, qui conserve ses prestations sociales en faveur du handicap, et peut également, sous condition de ressources, se voir verser l'aide sociale à l'hébergement.
- Enfin, parallèlement aux structures d'hébergement classiques, se sont développés des services médico-sociaux qui ont vocation à accompagner la personne en situation de handicap dans son quotidien tout en favorisant son insertion sociale. Ce sont les **services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)** et les **services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH)**. Les SAMSAH répondent à des besoins plus importants de la part des personnes accompagnées et donc à la nécessité d'un accompagnement non seulement social mais également en partie médical. Les SAMSAH ont en plus une composante sanitaire favorisant le maintien dans les soins en milieu ouvert. Il convient d'insister sur le fait que ces dispositifs ne sont pas toujours considérés comme relevant de l'aide à l'accueil, puisqu'ils permettent le maintien à domicile tout en aidant à l'autonomisation du patient. Leur but principal est d'aider le bénéficiaire à sortir de l'isolement par des visites à domicile régulières, de promouvoir son autonomie en milieu ordinaire par le maintien ou la restauration de liens sociaux et son accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Ces dispositifs permettent l'accompagnement de toutes sortes de situations de handicap. Ils s'adressent surtout à des personnes en situation de handicap psychique, mais ont vocation à se diversifier et peuvent également permettre l'accompagnement de personnes en situation de handicap physique. On recense en plus de ces services la catégorie des **services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)**, organismes privés ou publics qui agissent en qualité de prestataires pour des actions liées aux actes essentiels de la vie, au soutien à domicile et à la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne. Dans le cas où

¹⁸ <https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/adultes-handicapes/foyer-de-vie-pour-adultes-handicapes-382.html>

certaines soins doivent être réalisés au domicile de la personne, celle-ci peut bénéficier de **services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)**. Enfin, dans le but de répondre de manière plus complète aux besoins des personnes fragiles, une nouvelle forme d'organisation des services à domicile a été mise en place en 2005 sous la forme de **services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)**. Ceux-ci apportent à la fois un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et des soins aux personnes prises en charge. Ils regroupent donc des services qui assurent à la fois les missions d'un SAAD et d'un SSIAD.

- D'autres services d'accompagnement sont spécifiquement dédiés aux enfants en situation de handicap. On peut notamment relever les **services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD)**. Ces services n'ont pas vocation à héberger les enfants, mais proposent l'intervention d'une équipe de professionnels de santé. Ces professionnels interviennent directement auprès de l'enfant, dans ses différents lieux de vie et d'activité, voire directement dans les locaux du SESSAD. On recense différents types de SESSAD selon leur spécialisation par type de handicap :
 - Les **SESSAD (Services d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile)** ont vocation à s'occuper d'enfants et de jeunes de 0 à 20 ans en situation de handicap psychique ou moteur ou atteints de troubles du caractère et du comportement.
 - Le **SSAD (Service de Soins et d'Aide à Domicile)** a vocation à accompagner les enfants polyhandicapés âgés de 0 à 20 ans.
 - Le **Safep (Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce)** accueille les enfants de 0 à 3 ans déficients auditifs et visuels graves.
 - Le **Ssefis (Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire)** se charge des enfants de plus de 3 ans déficients auditifs graves.
 - Le **SAAAIS (Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire)** est destiné aux enfants de plus de 3 ans atteints de déficience visuelle grave.
- Pour les enfants souffrant de difficultés psychologiques dont les manifestations perturbent l'accès aux apprentissages et les relations sociales, un **Dispositif Institut Thérapeutique et Pédagogique (DITEP)** peut être mis en place : il permet la mise en place d'un projet personnalisé d'accompagnement pour chaque enfant. Ceci lui permet de bénéficier de différentes modalités d'accompagnements, allant du SESSAD à un accueil à temps plein de semaine dans l'un des services de l'établissement, en fonction de son âge.
- Enfin, certains enfants présentant des troubles du neuro-développement peuvent être orientés vers une **plateforme de coordination et d'orientation (PCO)**. Les équipes de ces plateformes accompagnent les enfants qui ont un écart inhabituel de développement par rapport aux enfants du même âge. Ces plateformes ont une vocation d'accompagnement et de prévention en ce qu'elles permettent aux familles d'avoir accès à des soins et rééducations de professionnels sans devoir attendre un diagnostic complet.

Ces différents types de services d'hébergement et d'accompagnement des personnes en situation de handicap impliquent un certain nombre de dépenses publiques.

Premièrement, on peut relever les **frais de fonctionnement des différents ESMS**, notamment de ceux de ces établissements dont le coût est pris en charge par l'assurance maladie et n'implique pas, au contraire des foyers d'hébergement, un reste à charge pour la personne handicapée. Ces frais comprennent les coûts de maintenance, de gestion, et avant tout les soins reçus par ces personnes. On peut raisonnablement considérer que ces dépenses de santé, bien qu'elles ne soient pas directement

dédiées à l'autonomie mais plutôt à la santé, pourraient entrer dans la cinquième branche de la Sécurité sociale en ce qu'elles sont directement effectuées dans le cadre d'une prise en charge des personnes handicapées en ESMS.

Ensuite, les départements versent, sous condition de ressources, **l'aide sociale à l'hébergement en établissement** (pour les adultes en ESMS ou accueillis par des particuliers agréés). En effet, si les personnes accueillies en ESMS n'ont pas les ressources suffisantes pour financer leur accueil, le département leur procure alors cette aide. Elle n'est toutefois pas applicable à tous les ESMS : l'hébergement en MAS relève ainsi de l'assurance maladie¹⁹ de même que l'hébergement des enfants et adolescents handicapés²⁰ si aucune autre offre d'accueil n'est disponible. L'ASH est également susceptible d'être versée aux adultes handicapés résidant chez des accueillants familiaux.

Enfin, les SAVS sont financés par les conseils départementaux, dans le cadre d'un prix de journée défini par chaque département. Les dépenses des SAMSAH sont, quant à elles, prises en charge par l'Assurance maladie pour la partie soins, mais la partie accompagnement est réglée par le conseil général sur la base du prix de journée d'un SAVS. Aucune participation financière n'est en général demandée aux usagers faisant appel aux services d'un SAVS ou d'un SAMSAH. Ceci dépend néanmoins du règlement de l'aide sociale facultative, propre à chaque département.

d. Les dépenses fiscales

Le tome II de l'annexe du projet de loi de finances pour 2020 relative aux Évaluations des voies et moyens définit les dépenses fiscales comme « des dispositions législatives ou réglementaires dont la mise en œuvre entraîne pour l'État une perte de recettes et donc, pour les contribuables, un allègement de leur charge fiscale par rapport à ce qui serait résulté de l'application de la norme, c'est-à-dire des principes généraux du droit fiscal français ».

Ces dépenses procèdent de différents dispositifs fiscaux voués à alléger la charge fiscale pesant sur les personnes en situation de handicap. On peut toutefois déplorer, comme le souligne le rapport public annuel de la Cour des comptes pour 2014²¹, que ces différentes dépenses fiscales et exonérations forment un empilement complexe de mesures disparates, sans véritable cohérence d'ensemble, et qui s'avèrent même parfois anti-redistributives.

Parmi les dépenses fiscales, on compte notamment :

- Des **taux de TVA réduits** s'appliquant à certains appareillages spécifiques et aux services à la personne destinés à fournir une aide aux personnes en situation de handicap en incapacité d'effectuer des tâches quotidiennes, ou aux entreprises fournissant des biens et services aux personnes en situation de handicap.
- Des **demi-parts supplémentaires** en faveur des personnes ayant des enfants à charges titulaires de la carte d'invalidité (pour une incapacité d'au moins 80%) et des titulaires de cette carte, ou d'une pension militaire ou d'accident du travail pour une invalidité d'au moins 40 %. Ces avantages fiscaux permettent de faire diminuer le montant de l'impôt sur le revenu.

¹⁹ Aux termes de l'article L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles, "Dans les établissements ou services destinés à recevoir les personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants, les frais d'accueil et de soins sont pris en charge au titre de l'assurance maladie."

²⁰ D'après l'article L. 242-10 du même code.

²¹ https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/2_4_2_fiscalite_liee_handicap_Tome_I.pdf

- Un **abattement de l'impôt sur le revenu** en faveur des personnes invalides de condition modeste. Cet abattement vient s'ajouter à la majoration de parts du quotient familial. Il concerne les personnes bénéficiaires d'une pension militaire d'invalidité d'au moins 40%, les personnes titulaires d'une pension d'invalidité pour accident du travail d'au moins 40 % et les bénéficiaires d'une carte mobilité inclusion mention "invalidité" pour incapacité d'au moins 80 %.
- Une **exonération d'impôt sur le revenu sur certaines aides sociales ou prestations de compensation potentiellement perçues** par les personnes en situation de handicap, comme l'AAH, l'AEEH ou la PCH, du fait de leur non-prise en compte dans le calcul de l'assiette de l'impôt.
- Une **exonération d'impôts locaux** en faveur des personnes en situation de handicap et de condition modeste. Cette exonération concerne la taxe d'habitation, en cours de suppression, mais également la taxe foncière et la contribution à l'audiovisuel public (parfois dite « redevance TV »). Elle est attribuée si la personne bénéficie de l'AAH, est en situation d'invalidité, et occupe son logement seul ou avec son conjoint, avec des personnes à charge, avec des titulaires de l'allocation supplémentaire d'invalidité, ou avec des personnes modestes.
- Des **crédits d'impôts** (égaux à 25 %) sur les dépenses d'équipement pour les personnes en situation de handicap²². Les équipements concernés sont ceux voués à améliorer l'accessibilité du logement ou à l'adapter à la perte d'autonomie. Un crédit d'impôt égal à 50 % des dépenses supportées pour l'emploi d'un salarié à domicile leur est également accordé, ce qui permet de (re)solvabiliser les restes-à-charge évoqués plus haut²³.
- Une **réduction d'impôt** au titre des **primes des contrats de rente-survie et d'épargne handicap**. Un contrat de rente-survie est un type de contrat d'assurance qui permet de faire bénéficier à un proche en situation de handicap de revenus à vie sous la forme d'une rente dans le cas où la personne souscrivant au contrat décèderait avant lui. Les personnes handicapées titulaires d'un contrat d'assurance « rente-survie » bénéficient d'une réduction d'impôt égale à 25 % du montant des primes versées.
- **Divers abattements et réductions sur les droits de donation et de succession.**

²² Un particulier résidant en France peut bénéficier d'un crédit d'impôt s'il a réalisé des dépenses d'équipement pour une personne âgée ou en situation de handicap dans son habitation principale.

Le taux de ce crédit d'impôt s'élève à **25 % du montant des dépenses supportées dans l'année**. Pour une personne seule, les dépenses sont plafonnées à 5 000 euros. Pour un couple soumis à imposition commune, les dépenses sont plafonnées à 10 000 euros. Ce plafond est majoré de 120 euros par personne à charge (60 euros par enfant en résidence alternée).

²³ Un particulier résidant en France peut bénéficier d'un crédit d'impôt s'il a employé un salarié chez lui (dans sa résidence principale ou secondaire) ou au domicile d'un de ses ascendants qui perçoit l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Le crédit d'impôt s'élève à **50% des dépenses supportées dans l'année**, dans la limite d'un plafond de 12 000 euros, majoré de 1500 euros par enfant à charge ou rattaché (7 500 euros en cas de résidence alternée), par membre du foyer âgé de plus de 65 ans, et, uniquement pour le calcul de la réduction d'impôt, par ascendant âgé de plus de 65 ans, remplissant les conditions pour bénéficier de l'APA lorsque les dépenses sont engagées à son domicile. Le plafond majoré ne peut pas excéder 15 000€.

Le plafond est porté de 12 000 € à 15 000 € (majoré de 1 500 € par personne à charge dans les mêmes conditions que la limite de 12 000€, sans excéder le total de 18 000 € après majorations) pour la première année au cours de laquelle le contribuable emploie un salarié à domicile.

Les dépenses sont retenues dans la limite de 20 000 € lorsque l'un des membres du foyer fiscal est titulaire d'une carte d'invalidité d'au moins 80 % ou perçoit une pension d'invalidité de troisième catégorie ou le complément d'allocation d'éducation spéciale de l'enfant handicapé. Aucune majoration ne s'applique à la limite de 20 000€.

Les aides reçues pour financer l'emploi du salarié à domicile (APA, complément de libre choix du mode de garde, aide financière de l'employeur) sont exclues des dépenses.

- Les personnes en situation de handicap qui résident dans un établissement pour personnes dépendantes bénéficient d'une **réduction d'impôt** égale à 25 % des dépenses liées aux frais d'hébergement dans la limite de 10 000 € par personne hébergée (réduits du montant des allocations ou aides versées au titre des dépenses de dépendance ou d'hébergement).

A côté de ces dépenses fiscales existent des **exonérations de cotisations patronales**. Ces dépenses ne rentrent pas à proprement parler dans la catégorie des "dépenses fiscales" en ce que les cotisations patronales ne représentent pas légalement des "impositions de toute nature". Ces exonérations s'adressent aux personnes en situation de handicap employant une aide à domicile.

e. Les dépenses de gestion et d'investissement

Les coûts de gestion comprennent majoritairement les frais de fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Ces maisons, en place depuis 2005, sont chargées d'octroyer les droits à diverses prestations telles que la PCH, l'AAH ou l'AAEH. Elles sont donc amenées à traiter et évaluer les plus de 4,5 millions de demandes annuelles qui sont déposées par des personnes en situation de handicap pour obtenir une aide sociale à l'autonomie. Les MDPH introduisent toutes les demandes relatives aux enfants et aux adultes, dont les cartes mobilité inclusion, les orientations scolaire, professionnelle ou vers des ESMS adaptés à la nature du handicap.

Les coûts de gestion incluent également ceux destinés à la gestion des deux organismes visant à promouvoir l'insertion professionnelle des travailleurs en situation de handicap (Agefiph et Fiphfp), ainsi que de la CNSA.

Les dépenses d'investissement en matière de handicap visent principalement à améliorer l'accueil et l'hébergement des personnes en situation de handicap, via des opérations de modernisation et de création de places. Ces dépenses sont notamment prises en charge par la CNSA, qui y consacre une partie de son budget. Les dépenses d'investissement procèdent généralement d'une logique pluriannuelle et ont vocation à préparer l'avenir de l'aide à l'autonomie.

En l'espèce, plusieurs plans actuels ont permis de débloquer des financements dans le but d'augmenter le nombre de places en ESMS pour les adultes et les enfants en situation de handicap.

4. L'extension de l'aide à l'autonomie à des besoins et situations de handicap jusqu'alors pas ou peu pris en compte

Dans cette partie, nous nous intéressons aux besoins des personnes en situation de handicap qui ne font pas l'objet d'une compensation, mais qui correspondent néanmoins à des besoins effectifs des personnes en situation de handicap. Ils pourraient donc constituer de nouvelles dépenses au titre de la cinquième branche de la Sécurité sociale.

a. L'élargissement du périmètre de la PCH

Aides à la parentalité

Le rapport de l'IGAS "*Evolution de la prestation de compensation du handicap*"²⁴ datant de 2016 affirme que les textes de la PCH ne sont pas adaptés aux besoins de parentalité des parents en situation de handicap. L'aide humaine n'est pas prévue, et l'arrêté sur les aides techniques, même s'il n'exclut pas

²⁴ DAUDE Marie, MAUSS Huguette, PAUL Stéphane, « Evolution de la prestation de compensation du handicap », Inspection générale des affaires sociales, novembre 2016.

les aides destinées à la parentalité, ne les mentionne pas en tant que telles, ce qui donne lieu à des pratiques locales très différentes. Pour faire face aux besoins, des aides se sont en effet mises en place localement : aides humaines extra-légales dans certains départements ou majoration des plans d'aide, aides de la caisse d'allocations familiales (CAF), notamment aide à domicile, même si les critères d'intervention des CAF ne sont pas favorables aux personnes en situation de handicap, ou constitution de services d'aide à la parentalité (SAPPH).

- *Aide humaine à la parentalité*

Sur la mise en place d'une éventuelle aide humaine à la parentalité, se posent en réalité plusieurs questions. Une des questions centrales porte sur le **type de handicap**. S'il est assez simple, en effet, d'identifier pour les handicaps moteurs les aides techniques nécessaires et les difficultés que l'aide humaine devra pouvoir compenser, le type d'aides humaines nécessaires aux personnes en situation de handicap mental, psychique ou cognitif ou aux personnes autistes est souvent considéré comme étant plus difficilement identifiable. Les actions engagées aujourd'hui en termes de parentalité sont d'ailleurs très cloisonnées et spécialisées par type de handicap.

Une deuxième question centrale est celle de **l'âge de l'enfant**. Si tous les interlocuteurs rencontrés par la mission IGAS s'accordent sur le fait qu'une aide est nécessaire jusqu'à l'entrée à l'école primaire de l'enfant, se pose la question du maintien de l'aide au-delà des sept ans de l'enfant, âge auquel il devient autonome pour s'habiller, se laver et prendre ses repas.

Une dernière question porte sur le **profil des intervenants**. Cette thématique est liée à celle du type de handicap, et notamment du handicap mental ou psychique.

- *Aide technique à la parentalité*

Concernant les aides techniques, le rapport relève des besoins de deux sortes :

- une meilleure connaissance du matériel existant : celui-ci est soit peu fabriqué ou peu adapté, soit fabriqué à l'étranger, soit méconnu par les MDPH comme par les personnes en situation de handicap, soit très cher ;
- une attribution plus facile par les MDPH, qui parfois interprètent très strictement la réglementation.

Aides à l'alimentation, aux courses, préparation et prises des repas, vaisselle

Le besoin d'aide-ménagère n'est pas pris en compte par la PCH. L'élément aide humaine ne comprend pas l'aide ménagère (le ménage et l'entretien du logement) dans la mesure où ce temps peut être pris en charge à un autre titre que la compensation du handicap (annexe 2-5 du code de l'action sociale et des familles - CASF). L'élément "aide humaine" de la PCH intègre les actes liés à l'alimentation, mais l'annexe 2-5 précise que l'acte alimentation comprend le temps quotidien d'aide pour les repas et une prise régulière de boisson. Il ne comprend donc pas le portage des repas, ni le temps de préparation et débarrassage du repas. Cette absence de prise en compte des besoins d'aides ménagères et de préparation aux repas est l'un des facteurs du refus du passage de l'ACTP (non définie dans son contenu qui peut donc inclure de l'aide-ménagère) vers la PCH. Elle mène également à perpétuer la situation décrite par la DREES dans son étude publiée en décembre 2016 : 90 % des personnes à domicile relevant de l'aide humaine de la PCH sont considérées comme ayant besoin d'aide pour les travaux ménagers²⁵.

²⁵ "Rénover la prestation de compensation du handicap (PCH) afin d'améliorer l'accès à cette prestation, renforcer sa juste attribution et mieux prendre en compte les besoins des personnes", janvier 2020.

Aujourd'hui, l'allocation représentative de services ménagers (dite « aide ménagère ») permet de bénéficier d'une aide à la vie domestique (ménage, courses, entretien du linge, préparation des repas...), comme nous l'avons vu plus haut.

Les activités domestiques

L'INSEE envisage trois périmètres du travail domestique, selon une interprétation plus ou moins restrictive des critères qui le définissent. Le périmètre restreint correspond au cœur des tâches domestiques (cuisine, ménage, soins matériels aux enfants, entretien du linge, gestion du ménage). Accompagner ses enfants ou une autre personne fait aussi partie du périmètre restreint. Le périmètre intermédiaire y ajoute des activités à la frontière du loisir (courses, jardinage, bricolage, jeux avec les enfants). Le périmètre le plus large y ajoute le fait de promener un animal et les trajets en voiture effectués pour se déplacer soi-même. Au niveau macroéconomique, en 2010, entre 42 et 77 milliards d'heures de travail domestique ont été effectuées en France.

En 2010, une personne de 11 ans et plus résidant en France consacre en moyenne 2 heures et 7 minutes par jour aux activités du cœur du travail domestique, soit près de 15 heures par semaine. Elle consacre 3 heures par jour et 21 heures 30 minutes par semaine respectivement aux tâches domestiques du périmètre intermédiaire, et 4 heures par jour et plus de 27 heures par semaine aux tâches du périmètre extensif²⁶. Ainsi, sur l'année, les Français consacrent en moyenne 765 heures au cœur des tâches domestiques.

Il est cependant important de noter que ces durées consacrées aux tâches domestiques sont très variables selon le sexe, l'âge, le fait de vivre en couple et le nombre d'enfants du ménage. On peut notamment noter que les femmes réalisent 72% des tâches domestiques du périmètre restreint, 64% de celles du périmètre intermédiaire, et 60% de celles du périmètre extensif.

Pour évaluer la valeur de ce travail domestique, on peut considérer ce qu'il aurait fallu payer pour faire réaliser ce travail, et ainsi retenir un coût horaire qui inclut les cotisations salariales et patronales qu'il aurait alors fallu verser (tout en tenant compte des allègements de cotisations sociales). On peut choisir le coût horaire d'un salarié payé au Smic (méthode dite du « substitut généraliste »), ou bien prendre, pour chaque tâche domestique, le coût horaire moyen d'une personne exerçant la profession à laquelle il faudrait recourir (méthode du « substitut spécialisé »). Une heure de garde d'enfant est alors valorisée au coût horaire moyen d'une assistante maternelle, une heure de ménage à celui d'une femme de ménage, etc.

Une valorisation « intermédiaire » réalisée par l'INSEE de ce travail domestique sur l'année 2010 permet d'estimer sa valeur à 33% du PIB, soit 635,9 milliards d'euros.

Le rapport *“Rénover la prestation de compensation du handicap (PCH) afin d'améliorer l'accès à cette prestation, renforcer sa juste attribution et mieux prendre en compte les besoins des personnes”* publié en janvier 2020 propose plusieurs mesures pour améliorer l'accès à l'aide-ménagère. La mesure 2 concerne l'intégration dans la PCH de l'aide-ménagère, sous deux formes possibles :

- Option 1 : intégrer dans l'acte « alimentation » de l'élément aide humaine de la PCH la préparation aux repas et la vaisselle.
- Option 2 : intégrer dans l'élément aide humaine de la PCH une aide ménagère uniquement pour les bénéficiaires vivant seuls.

b. L'extension des critères d'éligibilité de la PCH au handicap psychique, intellectuel, troubles neuro-développementaux, etc

Le rapport *« Rénover la prestation de compensation du handicap (PCH) afin d'améliorer l'accès à cette prestation, renforcer sa juste attribution et mieux prendre en compte les besoins des personnes. »* publié

²⁶ INSEE, PREMIERE n°1423, « Le travail domestique : 60 milliards d'heures en 2010 », 2012

en janvier 2020, a fait le constat de l'inadaptation de la PCH aux besoins des personnes ayant un handicap psychique, cognitif, mental ou neuro-développemental. En effet, le texte (annexe 2-5) du CASF²⁷ fixant le référentiel pour l'accès à la PCH et les critères d'évaluation du guide d'évaluation des besoins de compensation (GEVA) accordait une place relativement limitée à la fonction de surveillance dans l'aide humaine, sous-estimant les besoins de stimulation et d'aide à la compréhension des personnes handicapées psychiques. Ces dernières étaient donc souvent considérées comme non éligibles à la PCH. Si le décret n° 2017-708 du 2 mai 2017 modifiant le référentiel d'accès à la prestation de compensation a permis de mieux prendre en compte la spécificité du handicap psychique, mental, cognitif et neuro-développemental, les difficultés d'accès à la PCH pour ces types de handicap persistent.

Afin de répondre à ces difficultés, le rapport propose de lancer un groupe de travail visant à **proposer une PCH spécifique pour ces publics**, sous la responsabilité d'une personnalité qualifiée. Le rapport recommande que le **plafond réglementaire maximal pour les heures de surveillance prévues dans l'aide humaine de la PCH soit revalorisé** afin de mieux prendre en compte les besoins de réappropriation des compétences et habiletés quotidiennes et sociales des personnes handicapées psychiques. Ils demandent également que les **professionnels des MDPH soient mieux formés à ces handicaps** et qu'ils soient accompagnés dans l'évolution de leurs pratiques d'évaluation.

c. La suppression des barrières d'âge de la PCH (60 ans, 75 ans)

L'espérance de vie des personnes en situation de handicap s'allonge : cela s'est traduit par l'émergence progressive de la notion de « personne handicapée vieillissante ». La réalité des personnes handicapées vieillissantes est notamment apparue au travers des résultats de l'enquête handicaps incapacités-dépendance (HID) dont les résultats ont été publiés en 2002²⁸.

En 2014, en moyenne nationale, 13 % des demandes déposées auprès des MDPH concernent une personne de plus de 59 ans (18,6 % dans le département où le taux est le plus élevé). Les demandes relatives à la PCH représentent 6,6 % du total de ces demandes²⁹.

Avant la promulgation de la *loi n° 2020-220 du 6 mars 2020 visant à améliorer l'accès à la prestation de compensation du handicap*, la limite d'âge supérieure pour solliciter la PCH était fixée à 60 ans. La demande pouvait être déposée jusqu'aux 75 ans de la personne, si celle-ci répondait avant 60 ans aux critères d'attribution de la PCH. Notons que le décret d'application de cette loi n'a pas encore été publié.

Dès l'origine, ces limites d'âge avaient été conçues comme provisoires, comme on le voit dans l'article 13 de la loi du 11 février 2005 : « [...] Dans un délai maximum de cinq ans, les dispositions de la présente loi opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction de critères d'âge en matière de compensation du handicap [...] seront supprimées ». Aucun texte n'avait cependant été publié à ce titre et la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement incluait les dispositions suivantes : « Dans les six mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet un rapport au Parlement sur l'impact des seuils de soixante et de soixante-quinze ans pour l'attribution de la prestation de compensation du handicap dans la prise en compte du handicap pour les personnes vieillissantes en situation de handicap ».

²⁷ Code de l'action sociale et des familles.

²⁸ DREES, Etudes et résultats, n° 204, décembre 2002.

²⁹ CNSA, repères statistiques, n° 04, novembre 2015.

La loi du 6 mars 2020 a supprimé la limite d'âge de 75 ans, mais maintenu celle de 60 ans : désormais, toute personne handicapée de moins de 60 ans, ou de plus de 60 ans ayant présenté un handicap avant cet âge, peut bénéficier de la prestation³⁰.

Quant à la barrière d'âge fixée à 20 ans (âge minimum requis pour obtenir l'ACTP et l'ACFP, puis pour la PCH), elle a été supprimée en 2008. La PCH peut se substituer au complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

d. Aide à la communication et à la vie sociale et citoyenne

L'annexe 2-5 du CASF définit la notion de participation à la vie sociale comme l'ensemble des déplacements à l'extérieur, pour d'autres motifs que ceux pris en compte pour les déplacements dans le logement et ceux extérieurs exigés par des démarches liées au handicap, et la communication afin d'accéder notamment aux loisirs, à la culture, à la vie associative... La formulation du référentiel concernant la participation à la vie sociale ne correspond pas à une liste exhaustive et n'est donc pas limitée aux déplacements et à la communication. Cette définition est plus restrictive que celle de la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement), pour qui la participation à la vie sociale est l'implication de la personne dans une situation de la vie réelle – elle constitue la perspective sociétale du fonctionnement.

Depuis la loi du 11 février 2005 et la mise en place de la prestation de compensation du handicap, la participation à la vie sociale des personnes en situation du handicap en dehors du domicile est un besoin reconnu. Il fait l'objet d'une évaluation, et peut être valorisé jusqu'à 30 heures d'aides humaines par mois³¹. Le code de l'action sociale et des familles ne mentionne pas de plafond journalier pour les heures de participation à la vie sociale, tout comme le guide PCH 2017 de la CNSA³². Notons que cette aide est aujourd'hui restreinte à certains handicaps (même accès que la PCH). Les personnes peuvent également être orientées vers un service médico-social de type SAVS (Service d'accompagnement à la vie sociale) ou SAMSAH (Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés), ce qui implique alors un travail de coordination entre les différents services et intervenants à domicile.

e. Aide à la vie affective et sexuelle

Les questions d'aide à la vie affective et sexuelle pour les personnes handicapées font débat depuis plus d'une décennie. En 2011, la ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale, Roselyne Bachelot, avait saisi le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) à ce sujet, en posant trois questions³³ :

- Quelles prestations la société serait-elle susceptible d'offrir pour atténuer les manques ressentis dans leur vie affective et sexuelle par les personnes handicapées, notamment celles « dont le handicap ne leur permet pas d'avoir une activité sexuelle sans assistance », et qui interrogent sur « la mise en place de services d'accompagnement sexuel » ?
- Quelle analyse faire sur l'éventuelle instauration de ces services par les professionnel·les du secteur sanitaire et médico-social, et qu'en serait-il du droit à la compensation ?
- Quel état des lieux et quelles propositions le CCNE pourrait-il faire sur les moyens susceptibles de

³⁰ Source : senat.fr.

³¹ Voir annexe 2-5 du CASF.

³² Accès à l'aide humaine : élément 1 de la prestation de compensation du handicap, Guide d'appui aux pratiques des maisons départementales des personnes handicapées – CNSA, Mars 2017, p48.

³³ "Vie affective et sexuelle des personnes handicapées. Question de l'assistance sexuelle", avis n°118 du CCNE, 2012.

promouvoir, chez les personnels du secteur sanitaire et social, les bonnes pratiques relatives à la vie privée, au respect de la liberté et de la dignité des personnes handicapées ?

Le CCNE avait rendu un avis fin 2013, intitulé « Vie affective et sexuelle des personnes handicapées. Question de l'assistance sexuelle », dans lequel il déclarait : « *Il n'est pas possible de faire de l'aide sexuelle une situation professionnelle comme les autres en raison du principe de non-utilisation marchande du corps humain* ». Depuis, Sophie Cluzel, secrétaire d'Etat en charge des personnes handicapées, a de nouveau saisi le CCNE le 2 février 2020, estimant que "la société a mûri" sur ce sujet, même s'il reste "tabou".

De tels accompagnements à la vie affective et sexuelle sont toujours interdits en France, car ils sont considérés comme de la prostitution - alors qu'ils sont autorisés dans d'autres pays européens comme l'Allemagne, la Suisse, les Pays-Bas ou encore le Danemark. Ils sont cependant réclamés par les associations, comme APF France Handicap, qui pose les revendications suivantes :

- Permettre aux personnes en situation de handicap d'exprimer leurs aspirations, de choisir leur vie affective, intime et sexuelle et en garantir le respect quels que soient leur mode et leur lieu de vie.
- Changer les regards et les mentalités sur la vie intime, affective et sexuelle des personnes en situation de handicap en dépassant les préjugés moraux et les interdits culturels.
- Créer des services d'accompagnement sexuel faisant appel à des assistants sexuels formés.
- Permettre la prise en charge financière des produits et aides techniques en matière d'accompagnement à la vie sexuelle.

f. Les aidants familiaux

Au titre de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, un aidant est une « *personne qui vient en aide [à une personne dépendante de son entourage], de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne* ». Ainsi, les tâches effectuées par les proches aidants sont variées et parfois très lourdes : soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, gestion du budget, démarches administratives, coordination, vigilance/veille, soutien psychologique, communication, activités domestiques...

Ces efforts de la part des proches sont-toutefois loin d'être véritablement reconnus et compensés financièrement. En effet, malgré une reconnaissance législative de la qualification de "proche aidant", ce statut n'ouvre encore que bien peu de droits aux aidants. Pour l'instant, les aidants disposent d'un droit au répit. Ce « droit au répit pour le proche aidant » leur permet de bénéficier jusqu'à 500 euros par an pour financer une période de répit. La question d'ouvrir plus de droits pour les aidants invoque bien sûr la problématique du financement d'une telle mesure.

Du fait de la compensation encore insuffisante des efforts des aidants familiaux, on peut envisager de les étudier dans le cadre d'une possible extension de l'aide à l'autonomie.

g. Les besoins en ESMS

L'approche en termes de besoins nouveaux ne doit pas ignorer la situation des ESMS et notamment le manque de places dans ces structures. Des données de l'UNAFAM fournissent une estimation des places nécessaires en ESMS et en accompagnement pour prendre en charge toutes les personnes souffrant de **troubles psychiques sévères et persistants** (au nombre de 1,2 million en France). Il est notamment estimé que 42% de ces personnes devraient être suivies par un SAVS ou un SAMSAH (ce qui

ne correspond pas à un hébergement en institution). Il est ainsi estimé que près de 459 000 places en SAVS ou SAMSAH devraient être créées, de même que 184 000 logements devraient être mis à la disposition des personnes en bénéficiant. Il est de plus estimé qu'un accueil adapté en fonction des besoins des personnes nécessiterait 60 000 places en résidences d'accueil, 80 000 places de plus en foyers de vie et 78 000 en FAM et MAS. Un manque de services d'accompagnement peut aussi se faire ressentir pour les jeunes et les adultes atteints de troubles de déficits de l'attention / hyperactivité.

Si le gouvernement a pu souligner à l'occasion de la stratégie quinquennale d'évolution et de transformation de l'offre menée en 2019 que l'offre de places en ESMS "a presque doublé en 10 ans", cette stratégie a néanmoins révélé un manque d'offre médico-sociale pour certains handicaps ainsi que la nécessité d'un meilleur accompagnement des personnes en situation de handicap. Il a notamment été préconisé de garantir à chaque personne en situation de handicap "un accompagnement souple, modulaire et construit au regard de ses attentes". Outre la nécessité d'un changement quantitatif de l'offre d'accompagnement, c'est aussi le nécessaire changement qualitatif qui est pointé du doigt dans cette stratégie.

Ces propos convergent avec ceux, nettement plus alarmants, tenus en 2017 par la rapporteure de l'ONU sur les droits des personnes handicapées, après sa visite en France. Dans son verdict, Catalina Devandas-Aguilar a ainsi fait part de ses vives inquiétudes et appelé la France à de gros efforts. Elle a ainsi souligné que l'institutionnalisation ne devrait pas être la norme, appelant donc à une nette amélioration de l'offre dans le but de favoriser la dignité et la pleine citoyenneté effective des personnes en situation de handicap, tout en favorisant leur représentation et leur participation dans les débats sur le handicap.

h. L'accessibilité

L'enjeu de l'accessibilité est un enjeu majeur des politiques publiques à destination des personnes en situation de handicap : l'accessibilité permet, dans l'espace public notamment, de faire tomber les barrières physiques à l'accès à certains lieux par les personnes en situation de handicap. Ces adaptations se réalisent au moyen de travaux d'aménagement ou de modernisation souvent coûteux. La mise en œuvre de l'accessibilité est particulièrement importante dans les établissements recevant du public (ERP), afin d'assurer une égale considération par l'État de ses différents citoyens ainsi qu'un égal accès aux services publics.

Néanmoins, le chiffrage des dépenses d'accessibilité, outre sa difficulté, ne semble pas nécessairement devoir être inclus dans ce rapport. En effet, en tant que les dépenses liées à l'accessibilité relèvent d'une obligation légale, il n'est pas évident que la 5^e branche de la Sécurité sociale soit amenée à les prendre en charge... De fait, ces dépenses sont souvent intégrées au budget propre à l'immobilier, aux rénovations, et ne procède pas d'un budget "accessibilité" au niveau national.

5. Autres prestations sociales potentiellement intégrables à la 5^{ème} branche

a. L'AAH et la pension d'invalidité

L'allocation aux adultes handicapés (AAH)

L'allocation aux adultes handicapés est un minimum social destiné aux personnes en situation de handicap âgées de vingt ans ou plus et ne pouvant prétendre à une pension de retraite, un avantage invalidité (pension d'invalidité et allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)) ou une rente d'accident du travail d'un montant au moins égal à celui de l'AAH.

Elle est attribuée selon des **critères médicaux et sociaux** évalués par la commission des droits et de

l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Si l'on reconnaît au demandeur un taux d'incapacité d'au moins 80%, l'AAH-1 lui est accordée. Si ce taux est compris entre 50% et 79% et que l'on reconnaît au demandeur une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE)³⁴, c'est l'AAH-2 qui lui est accordée.

L'AAH est versée, selon le régime du bénéficiaire, par la caisse d'allocations familiales (CAF) ou la caisse de la Mutualité sociale agricole (CMSA). Pour les bénéficiaires de l'AAH-2, ce versement prend fin à partir de l'âge minimum légal de départ à la retraite. Les bénéficiaires de l'AAH-1 ayant ouvert leurs droits à la retraite après 2017 continuent quant à eux de percevoir l'AAH (dont le montant est alors recalculé pour tenir compte de la pension de retraite).

L'AAH est également attribuée selon des **conditions de ressources**. Il s'agit d'une **aide quasi-individualisée** : elle est versée à l'individu et son plafond ne dépend pas de la configuration familiale, mais les ressources prises en compte sont celles de l'individu et du ménage.

En outre, la loi du 11 février 2005 a instauré un **mécanisme d'intéressement à l'activité professionnelle** pour les bénéficiaires de l'AAH, devant leur permettre de cumuler en partie AAH et revenus d'activité jusqu'à 1590 € par mois, que ceux-ci proviennent d'un travail en milieu ordinaire ou protégé.

Enfin, la loi de 2005 prévoyait deux compléments à l'AAH pour les personnes percevant l'AAH de type 1 à taux plein ainsi qu'une aide au logement, vivant dans un logement indépendant et ne percevant pas de revenus d'activité : le **complément de ressources pour les personnes handicapées (CR)** et la **majoration pour la vie autonome (MVA)**.

À la lumière des constats de la mission Sirugue sur les minima sociaux conduite en 2015, le gouvernement a choisi de conduire un certain nombre de réformes devant renforcer la lisibilité des dispositifs et l'équité de traitement entre les bénéficiaires des différents minima sociaux.

Tout d'abord, alléguant une rationalisation des dépenses ainsi que la nécessité de désengorger les MDPH devant traiter un nombre important de demandes, et de lutter contre le non-recours aux aides, le gouvernement a décidé en 2019 de **supprimer le complément de ressources au profit de la seule majoration pour la vie autonome**.

Ensuite, le gouvernement a cherché à **rapprocher les règles de prise en compte de la situation familiale des bénéficiaires de l'AAH avec celles qui s'appliquent aux bénéficiaires d'autres minima comme le RSA**. En effet, le niveau de ressources garanti à un couple comptant un bénéficiaire de l'AAH s'établissait en 2017 à 2 fois celui d'une personne isolée, alors qu'il s'établissait à 1,5 fois pour les bénéficiaires du RSA. Les règles d'appréciation des revenus des bénéficiaires de l'AAH en couple ont été établies à 1,9 fois le plafond d'une personne seule en novembre 2018 puis à 1,8 fois en novembre 2019.

L'effet de ces deux réformes sur le niveau de vie des bénéficiaires de l'AAH devait par ailleurs être compensé par une première revalorisation du montant moyen mensuel de l'AAH à compter de décembre 2018, le portant à 860 euros par mois pour une allocation à taux plein, puis d'une seconde revalorisation en 2019, le portant à 900 euros par mois à taux plein.

Le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) a néanmoins présenté en octobre

³⁴ La RSDAE se caractérise par des difficultés d'accès à l'emploi qui sont liées exclusivement aux effets du handicap, et ne peuvent être compensées. La reconnaissance de la RSDAE exige que le demandeur ne dépasse pas un certain plafond de ressources (9 701,52 euros pour une personne seule, 19 403,04 euros pour une personne vivant en couple sans enfant en 2017 et 4 850,76 euros par enfant supplémentaire).

2018 un avis défavorable³⁵ à la suppression du complément de ressources pour les personnes handicapées, arguant qu'elle réduirait considérablement leur niveau de vie (la revalorisation de l'AAH n'étant pas assez importante pour compenser la perte) sans pour autant simplifier le système outre mesure.

Il a ainsi pu souligner que le complément de ressources et la majoration pour la vie autonome, loin de se recouper, répondaient à **deux objectifs différents** : pour le premier, compenser l'absence durable de revenus d'activités de personnes qui sont dans l'incapacité de travailler et pour le second, favoriser l'accès à un logement autonome de personnes dont le taux d'incapacité reconnu par la CDAPH est supérieur à 80%.

Le CNCPH a également **contesté le surcroît de travail pour les MDPH** allégué par le gouvernement, du fait du petit nombre de personnes demandant le complément de ressources (68 000, alors que les MDPH traitent plus de 4 millions de demandes par an).

En outre, la suppression ne constitue pas à ses yeux un moyen de lutter contre le **non-recours au CR**, celui-ci étant automatiquement étudié par les CDAPH.

Enfin, invoquant le rapport Taquet-Serres ("Plus simple la vie", 28 mai 2018) qui propose notamment d'accorder des droits sans limitation de durée aux personnes dont le handicap est peu susceptible d'évoluer positivement, le CNCPH défend une attribution automatique du complément de ressources aux personnes qui y sont éligibles, sans limitation de durée.

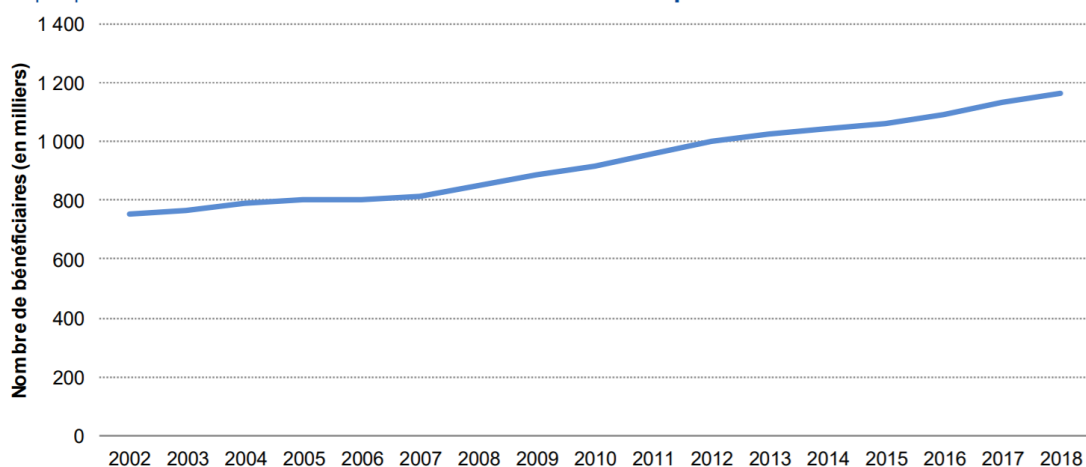
Depuis 2002, l'AAH a connu 3 grandes phases d'évolution du nombre de ses bénéficiaires :

- Sur la période 2002-2007, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 1,7 % par an en moyenne, en ralentissement par rapport aux années précédentes, où il progressait en moyenne de 2,5 % par an. La croissance des effectifs s'explique en partie par l'augmentation de la population âgée de 45 à 60 ans (générations du baby-boom), la prévalence du handicap augmentant avec l'âge. L'augmentation de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap et donc de la durée de perception de l'AAH contribuent également à la progression des effectifs.
- De 2007 à 2012, la progression du nombre de bénéficiaires s'est accélérée, pour s'établir à 4,2 % par an en moyenne, en conséquence de l'assouplissement des conditions d'accès à l'allocation, notamment avec l'augmentation des plafonds d'éligibilité dans le cadre du plan de revalorisation de 25 % de l'AAH sur cette période. En 2011, s'y est ajouté le recul de l'âge minimal de départ à la retraite qui repousse la fin de droit à l'AAH, pour les personnes dont le taux d'incapacité est compris entre 50 % et 79 %.
- Depuis 2013, le nombre de bénéficiaires de l'AAH progresse moins rapidement. Il a retrouvé une croissance comparable à celle qui était observée avant 2002, soit +2,6 % par an en moyenne entre 2013 et 2018.

35

https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/11/avis_article_83_plf_pour_2019_22102018_vf.pdf?fbclid=IwAR2tl_0nOBYrgG2MldLVroUS9T3jsZVDnc3wd_EDp_wXBZE_4m1gMJtf338

Graphique 1 • Evolution du nombre de bénéficiaires de l'AAH depuis 2002



Sources : Cnaf Fileas, MSA.

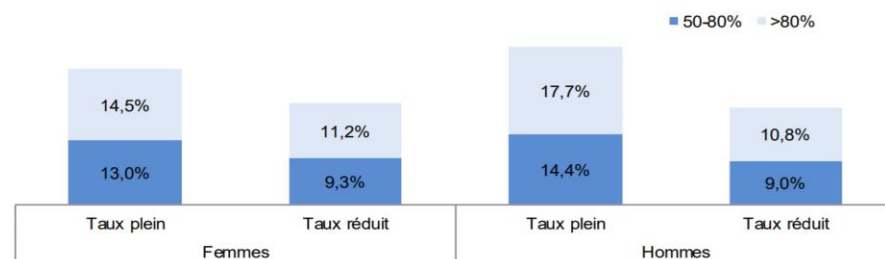
On comptait **1 159 898 bénéficiaires de l'AAH au 31 décembre 2018** (sources : CNAF et CCMSA, 2019).

L'AAH-1, attribuée aux personnes dont l'incapacité reconnue est supérieure à 80%, est relativement stable en pourcentage de la population. À l'inverse, l'AAH-2, qui est attribuée aux personnes dont l'incapacité se situe entre 50% et 80%, et qui sont en même temps reconnues comme durablement et substantiellement empêchées d'accéder à un emploi, augmente, elle, à un rythme très rapide. Ainsi, entre 2006 et 2017, le nombre d'allocataires de l'AAH-1 est passé de 556 100 à 627 900, tandis que le nombre d'allocataires de l'AAH-2 a doublé, passant de 246 900 à 501 100³⁶.

En 2018, 54 % des allocataires bénéficient de l'AAH au titre d'une incapacité supérieure à 80 %. 48 % des bénéficiaires sont des femmes dont 57 % avec l'AAH à taux plein (contre 62 % des hommes).

La situation la plus fréquente est celle d'un homme percevant l'AAH à taux plein, avec un taux d'incapacité supérieur à 80 % (17,7 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'AAH en 2018). Trois quarts des bénéficiaires de l'AAH sont des personnes isolées, en très grande majorité sans enfant.

Graphique 2 • Répartition des bénéficiaires de l'AAH selon le sexe, le taux d'incapacité et le type d'allocation (taux plein ou taux partiel) en décembre 2018



Source : Cnaf fileas, MSA
Champ : France entière

³⁶ https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1087.pdf?fbclid=IwAR0MJY8XmBuHoAizlAfoOgCij48XATiEmbyibU7F4q5hb6UqhMy4bZoBfhA

Différents travaux ont mis en évidence les problématiques liées à l'AAH.

Tout d'abord, la question s'étant posée d'intégrer l'AAH à un revenu universel d'activité (RUA) qui fonderait ensemble les différents minima sociaux, des travaux ont été conduits dans le cadre d'une concertation nationale et ont évalué l'AAH en termes d'équité et d'efficacité.³⁷

Trois critères ont été retenus : la redistributivité, la neutralité de la puissance publique vis-à-vis de la vie privée et le gain au travail.

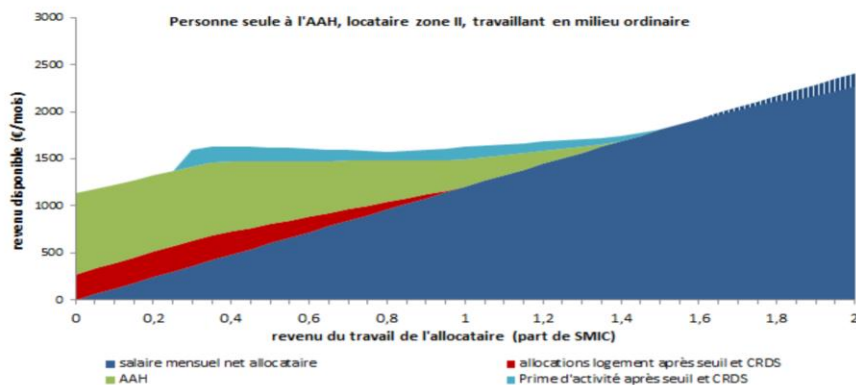
L'AAH, comme les autres prestations quasi-individualisées, n'est pas la meilleure aide en ce qui concerne l'équité et la redistributivité : elle ne prend en compte le niveau de vie que via son plafond.

Elle est relativement intrusive dans la vie privée des bénéficiaires, puisqu'elle dépend des ressources du ménage, et produit un avantage financier à la mise en couple. Le mécanisme de conjugalisation fait de ce fait l'objet d'une contestation très forte de la part des associations de personnes en situation de handicap, au motif qu'il porterait atteinte à la dignité des personnes handicapées, en les plaçant en situation de dépendance financière vis-à-vis de leur conjoint. En effet, lorsque les revenus de ces derniers augmentent, l'AAH versée diminue. En conséquence, les associations revendiquent une individualisation du calcul de l'AAH. Une proposition de loi allant dans ce sens a été adoptée à l'Assemblée nationale en février 2020, et est à l'heure actuelle en cours d'examen au Sénat.

Enfin, le **barème de l'AAH génère des cas où le gain au travail n'est pas assuré**. En effet, une modalité spécifique de calcul de la prime d'activité conduit à ce que la dégressivité de son montant puisse s'ajouter à celles de l'AAH et des aides personnelles au logement, faisant baisser le revenu disponible alors que les revenus du travail augmentent : à partir d'un salaire supérieur à un quart de SMIC, l'intégralité de l'AAH est considérée comme un revenu d'activité du point de vue de la prime d'activité, et fait donc l'objet d'un abattement de 62%.

Par exemple, un allocataire de l'AAH célibataire, locataire et travaillant en milieu ordinaire a un revenu disponible quasiment identique quel que soit son revenu d'activité sur une plage comprise entre 0,3 et 1,3 SMIC :

Graphique 6 : Exemple de situation où le gain au travail est nul pour un allocataire AAH

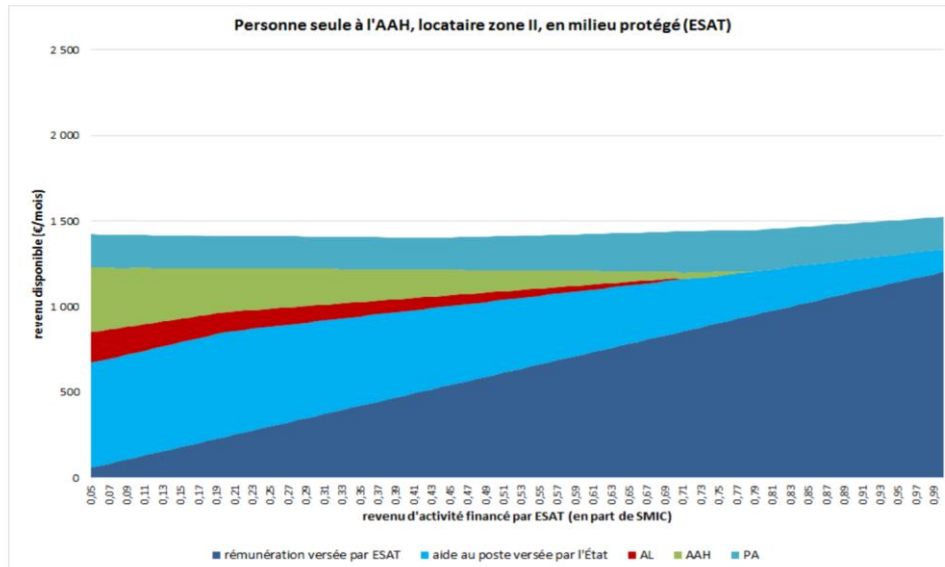


Source : législation mai 2019. Calculs : France Stratégie. Loyer égal au loyer plafond. AAH hors complément de ressources et majoration pour vie autonome

³⁷ <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/lutte-pauvrete-gouv-fr/rua/article/ressources-de-la-concertation>

La situation est comparable en milieu protégé : le revenu disponible est quasiment le même, quel que soit le revenu d'activité versé par l'ESAT, en raison des dégressivités applicables sur l'aide au poste versée par l'Etat et sur l'AAH :

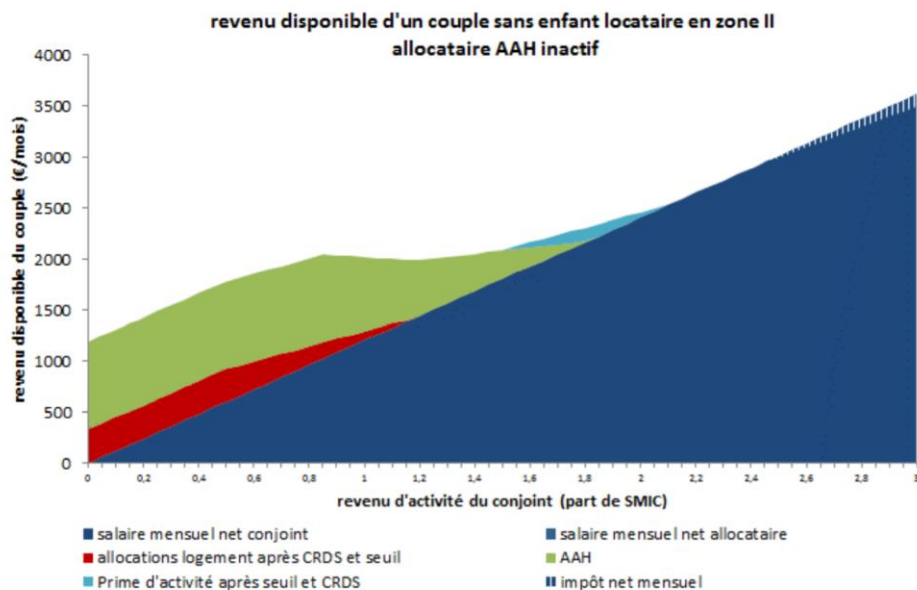
Graphique 7 : Exemple de situation où le gain au travail est nul pour un allocataire AAH



Source Drees, législation 2019

On retrouve également des cas où le gain au travail n'est pas assuré pour le **conjoint** de l'allocataire de l'AAH :

Graphique 8 : Exemple de situation où le gain au travail est nul pour le conjoint d'un allocataire AAH



Les associations de personnes en situation de handicap se sont opposées à la proposition d'intégrer l'AAH à un revenu universel d'activité, au motif que celui-ci ne prendrait pas en compte les besoins spécifiques des bénéficiaires de l'AAH. L'AAH n'est pas un minimum social comme les autres, puisqu'elle vise à compenser des déficiences et des incapacités personnelles, et non des situations de vulnérabilité

sociale. Ces associations craignent ainsi, avec le RUA, un alignement des minima sociaux vers le bas et une dégradation du niveau de vie des personnes en situation de handicap.

Plutôt qu'une intégration de l'AAH au RUA, des associations appellent à la création d'un Revenu individuel d'existence spécifique pour toutes les personnes en situation de handicap ou atteintes de maladie invalidante ne pouvant pas ou plus travailler :

- au moins égal au seuil de pauvreté ;
- conçu comme une prestation de sécurité sociale non contributive, c'est-à-dire pour les personnes qui n'ont pu cotiser en raison de leur impossibilité de travailler (ou pour celles ayant des cotisations trop faibles pour leur assurer des ressources suffisantes avec une pension d'invalidité ou une rente d'accident de travail) ;
- déconnecté du revenu du conjoint, du concubin, de la personne avec laquelle un pacte civil de solidarité a été conclu, ou encore des personnes vivant sous le même toit et ce, quel que soit le lieu de vie (domicile propre, établissement, chez un tiers) ;
- maintenant les droits connexes (santé, logement...) ;
- avec des compléments (charges indirectes liées aux conséquences du handicap, liées aux conditions de vie, notamment en matière de logement, de vie autonome,...).

Pendant la concertation sur une possible intégration de l'AAH à un revenu universel d'activité, les associations de personnes en situation de handicap ont également mis en évidence les difficultés posées par les conditions médicales d'accès à l'AAH. Selon ces associations, cela crée notamment des inégalités d'accès aux études pour les jeunes. Jusqu'à leurs 20 ans, les jeunes en situation de handicap bénéficient de l'AEEH, qui leur permet de suivre des études. Passé le cap des 20 ans, l'AAH n'est pas la suite automatique de l'AEEH. Ainsi, les jeunes ayant un taux d'incapacité de 80% bénéficient de l'AAH1 à partir de 20 ans, et peuvent poursuivre leurs études. Mais les jeunes ayant un taux entre 50 et 79% se voient souvent refuser l'AAH2 par les MDPH, au motif que s'ils peuvent faire des études, alors ils sont en capacité de travailler. Les MDPH ne tiennent pas compte du fait que leurs conditions d'études sont le plus souvent incompatibles avec un emploi. De ce fait, ils sont souvent contraints d'interrompre leurs études et de chercher un emploi.

Du point de vue des finances publiques, dans un rapport rendu en novembre 2019³⁸, la Cour des comptes a identifié trois problèmes liés à l'AAH :

- Tout d'abord, ses critères d'attribution laisseraient une marge d'appréciation importante, source de pratiques diverses selon les départements. Ainsi par exemple, comme la frontière entre le revenu de solidarité active et l'AAH-2 apparaît incertaine, selon les départements, une même situation personnelle pourrait être analysée comme relevant du handicap ou du RSA.
- En outre, depuis 2007, les MDPH ont fait face à une augmentation massive des demandes concernant l'AAH. Pour y répondre, elles ont dû mettre en place un mode d'examen des demandes en masse, en réduisant le temps consacré à chaque dossier. Les premières demandes d'AAH, par exemple, ne font pas nécessairement l'objet d'une rencontre avec la personne concernée ou d'un accueil personnalisé.
- Enfin, les modalités d'attribution de l'AAH laissent de grandes marges d'appréciation aux équipes des MDPH. Il en résulte d'importantes disparités de pratique entre départements, et une

³⁸ <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-11/20191125-rapport-allocations-adultes-handicapes.pdf>

marginalisation de l'Etat, qui est pourtant le responsable de ce dispositif et son unique financeur.

La Cour des comptes a formulé neuf recommandations pour remédier à cette situation :

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.

Les associations de personnes en situation de handicap ont vivement critiqué ce rapport et ses principales recommandations. En annexe du rapport, on trouve les réponses argumentées de la Fédération nationale des accidentés de la vie (FNATH), de la Confédération française pour la promotion sociale des aveugles et amblyopes (CFPSAA), de la Fédération française des associations d'infirmités motrices cérébrales (FFAIMC), de l'Association pour adultes et jeunes handicapés (APAJH), de la Fédération française des Dys, de l'Union nationale des familles et amis des malades mentaux (Unafam), de l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (Unapei), d'AFP France handicap et de l'Association Autisme France.

Concernant la frontière entre RSA et AAH2, les associations ont pu souligner que les critères d'attribution de l'AAH type 2 et du RSA étaient différents : l'AAH est liée à une situation de handicap étudiée par l'équipe pluridisciplinaire des MDPH et contrairement au RSA, elle ne relève pas d'une vulnérabilité sociale ou d'un non accès à l'emploi.

Les associations ont également dénoncé la défiance que manifestait la Cour des comptes envers les associations, mais aussi les MDPH et les médecins. Selon elles, le rapport suggère à tort que l'AAH est accordée systématiquement, que les MDPH sont trop généreuses dans son attribution, de même que les médecins dans la délivrance de certificats médicaux.

Les associations ont également critiqué l'affirmation de la Cour des comptes selon laquelle la notion de handicap aurait été « démedicalisée » au fil du temps, ce qui aurait mené à l'augmentation du nombre d'allocataires de l'AAH. Les associations rappellent que l'approche médicale reste prédominante dans l'évaluation des besoins et le déclenchement des droits sociaux, comme en témoigne le guide barème. Aux yeux des associations, le rapport stigmatise les handicaps psychiques, en affirmant que cette

“démédicalisation” conduit à prendre en charge “des conséquences psycho-sociales de la précarité et du chômage”. Les associations tiennent à rappeler que les pathologies d’origine psychique ne se limitent pas aux dépressions et aux conséquences des situations de précarité sociales.

Concernant les recommandations du rapport prises une à une :

1 : L’APAJH considère comme infondée la distinction opérée entre l’AAH1 et l’AAH2, et rappelle que les taux de chômage des allocataires des deux aides sont quasiment identiques, autour de 80%.

2 : L’APAJH appelle de ses vœux un travail de fond de révision du guide-barème associant les associations représentatives des personnes en situation de handicap, qui n’aillent pas dans le sens des économies budgétaires, mais vise à harmoniser les pratiques des CDAPH. La FFDys abonde dans le sens d’une nécessaire révision, en soulignant que le barème actuel est particulièrement inadapté à l’évaluation des difficultés des personnes “Dys”. Selon APF France handicap, tous les travaux conduits sur ce sujet ont fait valoir la nécessité de revoir ce guide-barème dans une perspective de mise à jour et d’élargissement à des situations de handicap qui ne sont pas ou sont encore très mal appréhendées (Dys, autisme, handicap psychique ...) au vu de l’évolution des connaissances scientifiques et non pas dans une approche restrictive telle que préconisée dans le rapport de la Cour des comptes, en particulier s’agissant de la notion de « gêne notable ». Enfin, au-delà de la question des critères pertinents pour la définition du seuil d’incapacité, il apparaît que c’est davantage l’enjeu de formation et d’outillage des MDPH sur le guide-barème qui est à considérer, afin que celui-ci soit appliqué de manière effective et appropriée. Autisme France souligne que le guide barème n’a aucun critère pour prendre en charge les troubles du spectre de l’autisme, puisque n’existent que deux entrées possibles pour eux : déficiences cognitives et intellectuelles et déficiences du psychisme, ce qui n’a selon elle aucun sens, au regard des classifications internationales.

3 : La FFAIMC se demande si la sanction financière ne risquerait pas d’affaiblir les MDPH, sans que cela rende service aux usagers.

4 : Selon la FNATH, conditionner l’attribution de l’AAH2 à une prise en charge médico-sociale adaptée serait contreproductif à l’encontre des personnes handicapées psychiques, et risquerait à terme de limiter considérablement leur accès à l’AAH. L’APAJH affirme qu’en aucun cas l’accompagnement médico-social, qui est un dû de la collectivité à l’égard des personnes en situation de handicap, ne doit être conditionné à l’attribution de l’AAH2 dans une logique de contrepartie, dont la motivation serait la recherche d’économies budgétaires, au mépris de l’accès au droit des usagers, ainsi que du principe du consentement aux soins. La FFDys demande que ce soit le besoin d’accompagnement médico-social de la personne et sa restriction substantielle et durable de l’accès à l’emploi qui soient pris en compte, plutôt que leur réalisation effective. La conditionnalisation de l’attribution de l’AAH-2 à une prise en charge médico-sociale est, selon les associations, en opposition avec la définition même de l’AAH, qui doit répondre à des droits sans exiger de contrepartie.

5 : L’APAJH a réaffirmé le caractère spécifique de l’AAH, qui à ses yeux ne doit pas être appréhendée comme un minimum social conditionné à une contrepartie en termes d’activité. En effet, « l’AAH se donne pour objectif d’assurer une allocation de dignité à une population qui, du fait de sa situation de handicap, n’est pas en mesure de subvenir à ses besoins par son travail ». Selon l’APAJH, cette recommandation ignore également le manque de moyens des MDPH, qui les empêcherait de conduire de tels entretiens. Pour l’Unafam, cette proposition n’est pas pertinente car ce n’est pas sur la base d’un entretien qu’il est possible d’évaluer « l’employabilité » d’une personne en situation de handicap, d’autant que cet entretien systématique aurait *in fine* pour objectif, selon elle, d’écarter un certain nombre de personnes de l’accès à l’AAH. Pour l’Unapei, il est important de travailler sur l’évaluation de l’employabilité et l’accompagnement vers l’emploi des personnes handicapées sur le long terme.

6 : Selon la FNATH, imposer une contre visite médicale obligatoire avant toute première attribution de l'AAH serait parfaitement illusoire : sur le plan conceptuel, le handicap ne se réduit pas à des caractéristiques médicales, et sur le plan pratique, le déficit actuel de démographie médicale rend la mesure impossible à mettre en œuvre. L'APAJH ajoute que cela complexifierait les démarches et allongerait les délais de traitement. La FFAIMC souligne pour sa part que les MDPH ont le pouvoir de demander des compléments d'information (bilans complémentaires, évaluations externes) pour mieux évaluer les situations individuelles et adapter les réponses. La FFDys met en cause le manque de personnes compétentes pour évaluer les troubles des personnes "dys". Pour l'Unafam, il est nécessaire d'améliorer l'évaluation grâce à des équipes pluridisciplinaires formées, spécialisées, et au renforcement des partenariats dans les territoires, avec des réseaux de santé ou des équipes spécialisées. Selon APF France handicap, cette recommandation créerait un mécanisme d'obligation et de sanctions vis à vis de la personne qui risquerait de la fragiliser davantage si elle était privée de son allocation en cas de refus de soins

7 : selon l'APAJH, cette recommandation apparaît elle aussi principalement orientée vers l'impératif d'économie budgétaire, et laisse à croire que des abus considérables sont à déplorer, là où seulement 68% des premières demandes d'AAH1 et 57% de celles d'AAH2 ont reçu une réponse favorable en 2017

8 : l'APAJH souligne que cette recommandation paralyserait le fonctionnement des CDAPH en rallongeant les délais de traitement. Selon la FNATH, il serait plus efficace de mettre en place des traitements particuliers pour les seuls cas complexes ou limites que d'imposer systématiquement un passage en CDAPH

9 : l'APAJH craint que l'attribution à l'Etat de la majorité des voix en matière d'ouverture des droits à allocation ne fasse primer les logiques comptables sur la reconnaissance des droits des personnes. Selon l'Unapei, cette recommandation, qui instaurerait un principe de « décideur payeur » pour l'attribution de l'AAH, serait contraire à l'esprit de la loi du 11 février 2005 et au principe de démocratie sociale, car elle risquerait de remettre en cause le rôle collégial des CDAPH et l'intérêt d'y participer pour les représentants des personnes handicapées.

La pension d'invalidité

Le régime de sécurité sociale mis en place en 1945 a prévu des pensions d'invalidité, destinées aux assurés sociaux âgés de moins de 60 ans et subissant, du fait d'une maladie ou d'un accident, une perte de capacité de gain ou de travail d'au moins deux tiers.

La perception d'une pension d'invalidité se fait dans une **logique assurantielle et contributive**.

Tout d'abord, pour en bénéficier, il faut avoir effectué au moins 600 heures de travail salarié ou assimilé au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant l'interruption de travail ou la constatation de l'état d'invalidité, dont 200 heures au moins au cours des 3 premiers mois.

Cette invalidité est appréciée au cas par cas par un médecin-conseil des caisses primaires d'assurance maladie (ou des caisses de la MSA).

Il existe plusieurs niveaux d'invalidité mais pas de barème spécifique, puisque c'est la perte de capacité de gain de chaque personne par rapport à sa situation antérieure qui prévaut en théorie :

- La première catégorie d'invalidité concerne les personnes ayant subi une perte de capacités mais qui sont encore en mesure d'exercer une activité rémunérée ;
- La deuxième catégorie correspond aux situations où l'activité professionnelle est impossible ;
- La troisième catégorie concerne les personnes qui ne peuvent exercer une activité professionnelle

et doivent en outre être aidées par un tiers pour effectuer les actes de la vie courante.

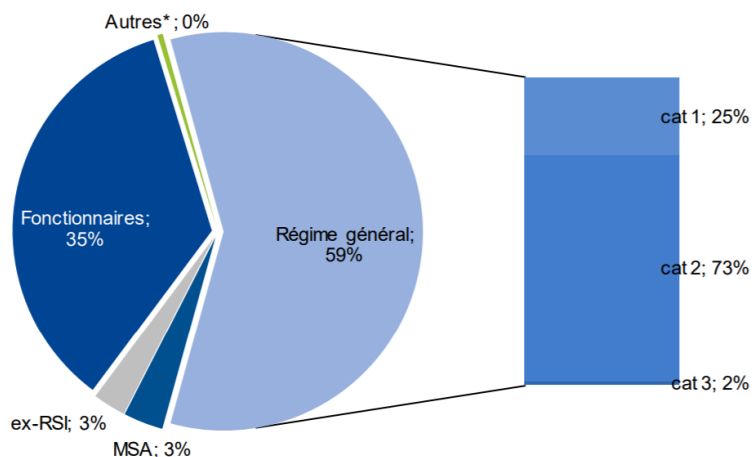
Par ailleurs, **le niveau des pensions d'invalidité dépend des salaires perçus antérieurement.**

En revanche, pour les pensions dont le montant serait trop faible, le mécanisme assurantiel laisse place au versement d'une prestation financée par l'État, et donc non-contributive, **l'Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI).**

Le droit à l'ASI prend fin lorsque l'allocataire atteint l'âge légal de départ à la retraite. Il peut alors bénéficier de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). Son montant peut atteindre 4 864,56 € par an pour une personne seule et 8 027,27 € par an pour un couple marié. L'allocation est versée sous conditions de ressources, les plafonds étant fixés à 8 457,76 € par an pour une personne seule et 14 814,38 € par an pour un couple marié.

En 2018, environ 1,3 million de personnes étaient bénéficiaires d'une pension d'invalidité, tous régimes confondus. Cela concernait 775 000 personnes au sein du régime général (soit 59% des bénéficiaires).

Graphique 1 • Répartition des pensionnés d'invalidité en 2018, par régime

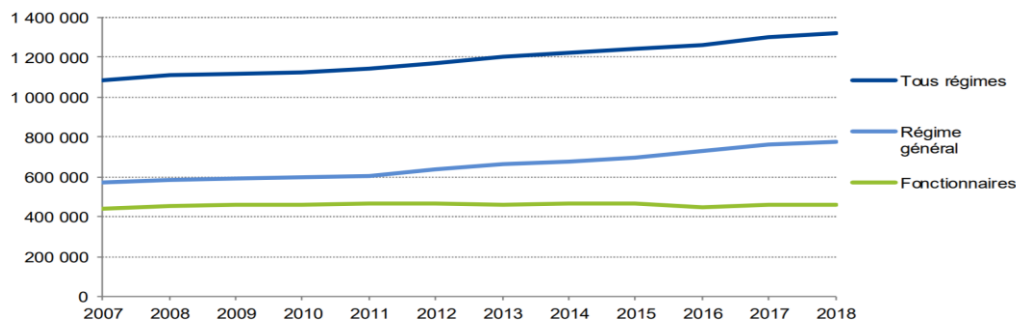


* La liste des régimes pris en compte est détaillée en précisions méthodologiques.
Sources : CCSS septembre 2019, Cnam et ex-RSI (traitement DSS), Drees (estimation DSS).
Champ : France entière.

Les effectifs de bénéficiaires de pensions d'invalidité, tous régimes confondus, ont en moyenne progressé de 1,8 % par an sur la période 2007-2018.

Le nombre de pensionnés du régime général a augmenté plus rapidement que celui des autres régimes (+2,7 % par an en moyenne), en passant de 575 000 à 775 000 pensionnés entre 2007 et 2018, soit une augmentation de 35 %.

Graphique 3 • Évolution des effectifs de bénéficiaires de pensions d'invalidité, sur la période 2007-2018



Source : CCSS septembre 2019, estimations DSS sur données Cnam, RSI et Drees
Champ : France entière.

L'âge moyen des bénéficiaires d'une pension d'invalidité de droit direct au régime général est de 53,1 ans en 2017, proche de l'âge moyen observé chez les indépendants (53,7 ans) ou à la MSA salarié (53,3 ans).

Le nombre des bénéficiaires de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) et leur part dans l'ensemble des pensionnés d'invalidité sont retracés par catégorie de pension dans le tableau suivant.

	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%			
1 ^{ère} catégorie	11 500	8,4%	10 800	7,7%	10 300	7,0%	10 100	6,5%	10 000	6,2%	9 900	5,9%	10 500	5,9%	10 900	5,9%	11 300	5,9%	Diminution
2 ^{ème} catégorie	64 000	14,6%	61 300	13,8%	59 200	13,0%	58 000	12,2%	56 900	11,6%	55 800	11,2%	56 900	10,7%	57 900	10,0%	58 300	10,3%	
3 ^{ème} catégorie	3 300	20,4%	3 100	19,6%	2 900	18,9%	2 800	18,2%	2 700	17,5%	2 600	16,8%	2 500	15,9%	2 400	16,0%	2 400	15,4%	
Total	78 800	13,3%	75 200	12,5%	72 400	11,7%	70 900	11,0%	69 600	10,4%	68 300	10,0%	69 900	9,6%	71 200	9,0%	72 000	9,3%	

Source : Cnam (DSES) - données France métropolitaine.

Lecture : en 2018, le nombre de bénéficiaires de l'ASI de 1^{ère} catégorie s'élève à 11 300 personnes. Ils représentent 5,9 % des bénéficiaires d'une pension d'invalidité de 1^{ère} catégorie.

En 2018, un peu moins de 80 000 personnes bénéficiaient de l'ASI.

b. Les prestations liées à l'emploi

En 2020, 2,8 millions de personnes en âge de travailler bénéficient de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH). Ce chiffre n'inclut pas l'ensemble des situations de handicap : au total, ce sont 5,9 millions de personnes en âge de travailler qui déclarent avoir au moins un problème de santé durable (depuis au moins six mois) accompagné de difficultés dans les tâches quotidiennes.

Le dispositif le plus emblématique en faveur de l'emploi des personnes en situation de handicap est **l'obligation de leur emploi pour les employeurs d'au moins 20 salariés**, fixée à 6 % des effectifs salariés, dans les secteurs public et privé.

S'ils n'atteignent pas ce pourcentage, les employeurs doivent s'acquitter d'une contribution financière qui permet de financer des services et aides spécifiques pour l'insertion, la réinsertion, ou le maintien dans l'emploi, via deux fonds :

- celui de **l'Agefiph** (association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées) pour le secteur privé ;
- celui du **Fiphfp** (fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique) pour le secteur public.

Les travailleurs en situation de handicap ont également accès à des **structures d'emploi aménagées**, les EA (entreprises adaptées) et les ESAT (établissements et services d'aide par le travail).

Dans son rapport "Handicaps et emploi 2019-2020", l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), a néanmoins souligné que les résultats de ces mesures étaient jusqu'ici décevants.

Certes, la part des travailleurs en situation de handicap recensés au titre de l'obligation d'emploi dans les établissements assujettis a augmenté : entre 2009 et 2017, elle est passée de 2,7 % à 3,5 % des effectifs dans le secteur privé et de 4,4 % à 5,5 % dans le secteur public. Mais **le taux de 6 % n'est toujours pas atteint**.

Par ailleurs, **le taux de chômage des personnes en situation de handicap reste le double du taux de chômage moyen** : 18% contre 9%. A peine un tiers des personnes en situation de handicap dispose d'un emploi. Les emplois auxquels elles accèdent demandent en moyenne un plus faible niveau de qualification et présentent de plus faibles perspectives d'évolution de carrière. Les discriminations liées au handicap dans l'emploi constituent enfin le premier motif de saisine du Défenseur des droits.

Difficultés d'accès à l'emploi des personnes handicapées

	Ensemble population	Travailleurs handicapés	Par rapport à l'ensemble de la population, les travailleurs handicapés sont...
Taux d'activité	72 %	43 %	... nettement moins souvent en activité.
Taux d'emploi	65 %	36 %	... près de 2 fois moins souvent en emploi.
Taux de chômage	9 %	18 %	... 2 fois plus souvent au chômage.

Source : Insee - Enquête Emploi - Chiffres 2018 - Les chiffres « Travailleurs handicapés » correspondent aux personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative de handicap.

Le financement de la politique d'emploi des travailleurs en situation de handicap suscite enfin de fortes préoccupations. Une meilleure application de l'obligation d'emploi se traduit mécaniquement par une contraction des montants collectés ; ils ont ainsi diminué de 212 millions d'euros entre 2010 et 2018.

Selon l'Igas, c'est tout le cadre conceptuel qui est à rénover en ce qui concerne l'emploi des personnes en situation de handicap :

- Il conviendrait tout d'abord de prendre davantage en compte la définition du handicap donnée par l'Organisation mondiale de la santé en 2001, qui en fait le résultat de **l'interaction entre facteurs individuels et environnementaux**. Pour l'heure, les mesures françaises restent subordonnées à une approche individuelle et médicale du handicap, la personne se voyant attribuer un statut de travailleur handicapé en fonction de déficiences fonctionnelles médicalement constatées, sans référence à l'environnement de travail.
- Il conviendrait ensuite, selon l'IGAS, de **sortir d'une approche trop catégorielle**, isolant la population des travailleurs handicapés : de nombreuses personnes, notamment celles dont le handicap n'est pas visible, renoncent à demander une reconnaissance administrative ou à en faire état, de peur d'être stigmatisées.
- Le rapport insiste enfin sur l'importance de la **prévention en matière de santé au travail** : avant même de mettre en place des dispositifs d'aide, il faudrait prévenir, pour tous les salariés, les facteurs de risques professionnels, et pour les salariés confrontés à un problème de santé, le risque

de handicap et de désinsertion professionnelle.

Le rapport fait état de trois scénarios d'évolution possibles :

- Le premier scénario serait le **statu quo**. Conserver le cadre juridique, institutionnel et financier actuel exigerait néanmoins de rechercher de nouvelles sources de financement, de développer et de transformer les modalités d'accompagnement des travailleurs en situation de handicap, et de les rapprocher de la politique de santé au travail.
- Un second scénario serait la **refondation de ce cadre**, dans l'optique d'inclure davantage les personnes en situation de handicap. Le système suédois pourrait servir d'exemple : il est fondé sur le **refus de la distinction entre les travailleurs handicapés et les autres**. Le handicap n'est pas identifié en fonction de critères personnels mais évalué en situation de travail pour un emploi donné. Les employeurs n'ont donc pas à répondre à des quotas d'emploi, mais il existe des incitations financières significatives à aménager l'environnement de travail selon le principe d'accessibilité universelle. Le financement du système est fondé sur la solidarité nationale.
- Un dernier scénario consisterait à **conserver l'obligation d'emploi, tout en recentrant les soutiens sur les situations de handicap les plus problématiques** : celles qui nécessitent des aménagements importants du milieu de travail, un accompagnement dans l'emploi et/ou la compensation financière d'une faible productivité. L'appréciation des situations peut combiner une approche médicale avec une analyse de l'environnement professionnel. Ce type d'approche est en vigueur en Allemagne.

Les établissements et services d'aide par le travail

Les **Établissements et services d'aide par le travail** sont des établissements médico-sociaux. Ils permettent aux travailleurs handicapés d'exercer une activité professionnelle adaptée à leurs capacités personnelles et de développer ainsi leur potentiel. Pour être accueilli en ESAT, il faut être orienté vers le milieu protégé par la CDAPH.

Au 31 décembre 2019, 118 438 personnes étaient accueillies dans les 1497 ESAT français. Le taux d'équipement en places dans les ESAT pour la France entière s'élève à 3,6% en 2019.

Les entreprises adaptées

Selon le code du travail, les **Entreprises Adaptées (EA)** "*permettent à leurs salariés d'exercer une activité professionnelle dans un environnement adapté à leurs possibilités, afin qu'ils obtiennent ou conservent un emploi. Les entreprises adaptées mettent en œuvre pour leurs salariés un accompagnement spécifique destiné à favoriser la réalisation de leur projet professionnel, la valorisation de leurs compétences et leur mobilité au sein de l'entreprise elle-même ou vers d'autres entreprises.*"

Si comme les ESAT, elles visent à intégrer durablement les travailleurs handicapés dans l'emploi, elles s'en distinguent par leur objectif premier, leur mode de financement et le statut des travailleurs :

- Les EA visent avant tout à **créer de la richesse pour créer des emplois durables et de qualité**, là où les ESAT visent à accompagner le travailleur et lui permettre de conserver ses acquis scolaires et professionnels ;
- Les EA **sont autofinancées à 80%**, tandis que les ESAT sont financés à 80% ;
- Le travailleur d'une EA a le statut de **salarié**, il est rémunéré au minimum au **SMIC**, tandis que dans un ESAT, le travailleur est un usager, qui perçoit une indemnité de 55% du SMIC minimum.

Depuis le 1^{er} janvier 2019 et après une concertation de plus de 9 mois, les entreprises adaptées ont vu

leur cadre d'intervention évoluer. Cette évolution vise deux objectifs principaux :

- Un changement d'échelle des entreprises adaptées au service du développement économique des territoires et de l'emploi, pour que 80 000 personnes handicapées puissent en bénéficier d'ici 2022 (contre 40 000 en 2018).
- Un accroissement de leur modèle inclusif pour développer le placement et l'accompagnement des transitions professionnelles vers les autres employeurs privés et publics et déployer une nouvelle réponse accompagnée de proximité.

L'accompagnement dans l'emploi des personnes en situation de handicap

L'emploi accompagné, créé en 2016, est un dispositif d'appui pour les personnes en situation de handicap en vue de leur permettre d'obtenir et de garder un emploi rémunéré.

Quel que soit leur milieu de travail – ordinaire (EA) ou protégé (ESAT) –, certaines personnes dont le handicap le nécessite peuvent ainsi bénéficier d'un accompagnement médico-social et d'un soutien à l'insertion professionnelle, en vue de leur permettre d'accéder et de se maintenir dans un emploi rémunéré.

La mise en œuvre comprend un soutien et un accompagnement du salarié ainsi que de l'employeur. Il est porté par une personne morale qui conventionne avec au moins un établissement social ou médico-social accompagnant des personnes en situation de handicap d'une part, et avec le service public de l'emploi d'autre part. Ce dispositif est mis en œuvre sur décision de la CDAPH, le cas échéant sur proposition des organismes relevant du service public de l'emploi (organismes de placement spécialisés pour personnes handicapées, Pôle emploi, missions locales pour l'insertion sociale et professionnelle des jeunes).

Le dispositif d'emploi accompagné est financé par le budget de l'État, ainsi que le cas échéant, par le fonds d'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (Fiphfp), et l'association générale du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph).

Au 31 décembre 2018, année de démarrage effectif, le nombre total des accompagnements s'élevait à 1 228 personnes. À ce stade, le dispositif conserve une dimension très modeste comparé aux programmes d'emploi accompagné à l'étranger.

Le gouvernement a annoncé « un changement d'échelle » pour l'emploi accompagné, pour atteindre un objectif de 50 000 personnes qui devraient bénéficier d'un accompagnement personnalisé à l'horizon 2021. Il est prévu d'opérer un rapprochement avec les objectifs de la stratégie nationale pour l'autisme qui prévoit de doubler les crédits affectés à l'emploi accompagné. Un nouvel appel à candidatures sera lancé prochainement par les ARS pour intégrer la dimension autisme dans les projets.

c. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et ses compléments

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est destinée à soutenir les personnes assurant la charge d'un enfant en situation de handicap. Elle est versée par les caisses d'allocation familiales (CAF), sans condition de ressources, aux familles ayant un enfant de moins de 20 ans auquel on a reconnu un taux d'incapacité d'au moins 80% ou compris entre 50% et moins de 80% s'il fréquente un établissement ou service médico-social ou un dispositif d'enseignement collectif dédié à la scolarisation des élèves handicapés, ou encore s'il recourt à des mesures d'accompagnement ou à des soins dans le cadre de mesures préconisées par la CDAPH.

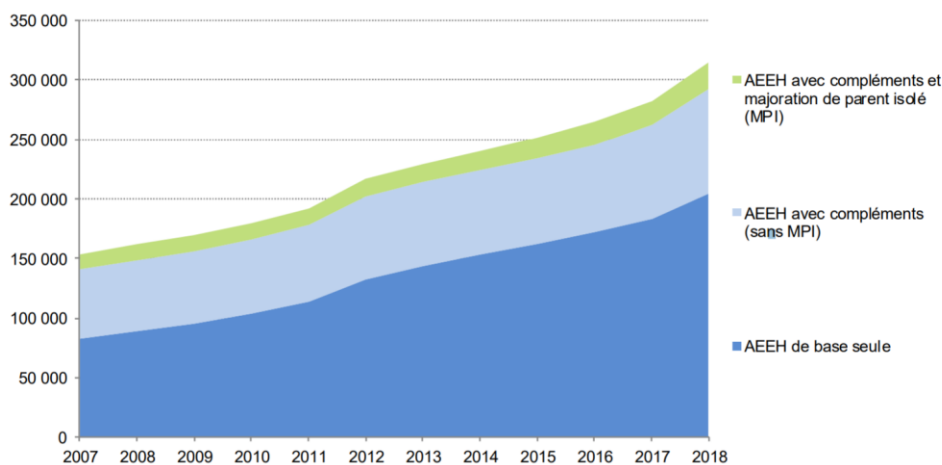
L'AEEH est composée d'une allocation de base et d'un complément (parmi six possibles) si les besoins de l'enfant le justifient. Une majoration pour parents isolés (MPI), créée en 2005, peut être versée

depuis le 1^{er} janvier 2006 aux familles monoparentales allocataires. Depuis le 1^{er} avril 2008, date d'entrée en vigueur pour les parents de choisir de percevoir le complément de l'AEEH ou la prestation de compensation (PCH) : les enfants ont désormais la possibilité d'accéder aux cinq éléments de la prestation de compensation.

En 2018, l'AEEH a été versée pour 321 600 enfants (régimes général et agricole confondus).

Ce nombre a quasiment doublé en dix ans :

Graphique 1 • Évolution depuis 2008 du nombre total d'enfants bénéficiaires de l'AEEH par type d'allocation perçue



Source : données Cnaf (données au 31 décembre pour 2005-2017, données au 30 juin pour 2018, chiffres arrondis). Champ : France entière.

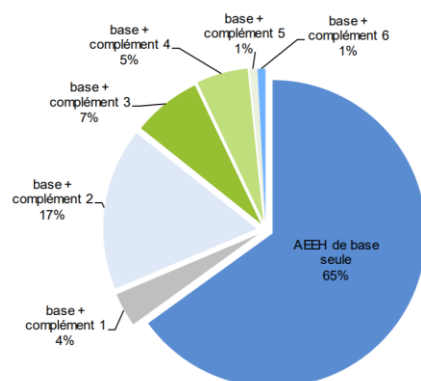
Cette hausse s'explique par une meilleure détection du handicap et des réponses médico-sociales qui y sont apportées.

Les compléments à l'allocation de base ont été créés d'une part pour **répondre au coût que représente le handicap de l'enfant pour la famille**, et d'autre part pour **compenser la perte de revenu** induite par la cessation ou la réduction d'activité professionnelle des parents ou le coût lié à l'embauche d'une tierce personne.

Le complément de catégorie 1 est lié aux dépenses d'aides techniques liées au handicap de l'enfant. Les compléments de catégorie 2 à 4 compensent le recours à une personne à temps partiel, et ceux de catégorie 5 à 6 le recours à une personne à temps plein.

Catégorie du complément	Montant	Aucune réduction activité	Réduction activité 20% ou emploi TP ≥ 8h/semaine	Réduction activité 50% ou emploi TP ≥ 20h/semaine	Réduction activité 80% ou emploi TP ≥ 35h/semaine
C1	99,46 €	Si frais > 232,06 € par mois			
C2	269,36 €	Si frais > 401,97 € par mois	OUI		
C3	381,25 €	Si frais > 513,86 € par mois	OUI + frais > 244,50 € par mois	OUI	
C4	590,81 €	Si frais > 723,42 € par mois	OUI + frais > 454,06 € par mois	OUI + frais > 342,17 € par mois	OUI
C5	755,08 €				OUI + frais > 296,88 € / mois
C6	1 125,29 €				OUI + contrainte permanente surveillance ou soins

Graphique 2 • Structure du nombre d'enfants bénéficiaires de l'AEEH par type d'allocation perçue en 2018



Source : données Cnaf (données au 31 décembre 2017, chiffres arrondis). Champ : France entière.
Note : les familles des enfants bénéficiaires du complément 1 de l'AEEH ne peuvent bénéficier de la MPI.

Le principal axe de réforme porte sur l'articulation entre l'AEEH et la PCH. Dans le prolongement du rapport Taquet-Serres ("Plus simple la vie", mai 2018), un rapport de l'IGAS, établi par Daniel Lenoir et Hervé Droal en juin 2019, fait état de la nécessité de clarifier cette articulation, afin d'améliorer et de simplifier la compensation du handicap pour les enfants.

Le rapport Taquet-Serres avait mis en évidence trois problèmes principaux dans l'articulation actuelle entre l'AEEH et la PCH.

Le premier était celui de la complexité de la mise en œuvre du "droit d'option", qui reste en réalité théorique. L'AEEH et la PCH sont en effet différentes et donc difficilement articulables. L'AEEH a un caractère forfaitaire et son effectivité n'est pas contrôlée, ce qui fait qu'elle est largement affectée aux familles. À l'inverse, la PCH, décomposée en différents éléments, nécessite une confrontation avec des critères d'éligibilité souvent restrictifs, difficiles à expliquer aux parents, et différents de ceux de l'AEEH.

AEEH et PCH ont ainsi été construites selon des logiques très différentes, ce qui conduit également à des traitements fiscaux divergents (intégration dans le revenu imposable et dans la base ressource du dédommagement des aidants familiaux pour la PCH, alors que ce n'est pas le cas pour les compléments de l'AEEH). Devant cette complexité, ce sont souvent les MDPH et non les familles qui décident en dernière instance si l'enfant va bénéficier des compléments de l'AEEH ou de la PCH. Enfin, cette complexité est accrue par les différences de circuits et de règles de paiement entre département (pour la PCH) et CAF (pour l'AEEH).

Le deuxième problème qu'avait identifié le rapport Taquet-Serres était que le système actuel de compensation (l'AEEH comme la PCH) était peu adapté aux besoins spécifiques des enfants en situation de handicap. Par comparaison avec les handicaps des adultes, les handicaps de l'enfant et de l'adolescent sont souvent plus difficiles à détecter et à caractériser et plus évolutifs. D'une part, le caractère forfaitaire des compléments de l'AEEH, qui n'ont pas été construits dans une logique de compensation, ne permet pas de prendre en compte l'ensemble des besoins de compensation. D'autre part, les critères d'éligibilité et les éléments de la PCH, conçus pour les adultes, n'ont pas été repensés pour les enfants et adolescents quand elle leur a été étendue en 2008.

Un dernier problème était l'absence de pilotage centralisé de la compensation des handicaps de l'enfant et de l'adolescent. Au moment du rapport Taquet-Serres, le total des finances publiques consacré aux enfants en situation de handicap s'élevait à plus de 8 milliards d'euros, et progressait de manière soutenue, comme en témoigne le tableau ci-dessous.

Chiffres 2018	Nombre de bénéficiaires	Montants (K€)	Tendancier financier annuel moyen
PCH enfants	20 972 ³⁰	213,5 ³¹	+ 7 %
AEEH (dont familles)	290 033 ³² (264 503)	974,6	+8-9 %
dont Compléments AEEH et MPI	100 995 ³³	466,9	+8-9 %
AJPP	9575 ³⁴	91,3	+11 %
Etablissements médico-sociaux	159 901 solutions d'accueil	6 100,2	+1,1 - 1,2 %
Etablissements scolaires	151 439 élèves ³⁵	1 039,5	33 %
Quotient familial		400 ³⁶	+2 %
Total	ns	+ de 8 Mds €	nd

Mais ces dépenses n'étaient pas pilotées de manière centrale et coordonnée, la responsabilité étant répartie entre les parties prenantes, à savoir la Sécurité sociale majoritairement, via la branche maladie pour l'accueil en établissements et les autres prestations en nature, et via la branche famille pour les prestations en espèces, les départements, via la PCH, l'Etat, via le budget de l'Éducation nationale et les dépenses fiscales (quotient familial).

Pour remédier à ces trois problèmes, le rapport de l'IGAS propose tout d'abord de repenser le système de prestations proposées aux familles d'enfants en situation de handicap. Il s'agirait de remplacer l'actuelle AEEH et ses compléments par deux prestations familiales : un complément familial handicap, qui se substituerait à l'AEEH de base et une allocation de présence parentale (APP), qui intégrerait l'actuelle AJPP, donc accessible aux parents avant que le handicap de leur enfant soit reconnu comme

tel, et serait prolongée au moment de la reconnaissance du handicap par la MDPH et jusqu'à la majorité de l'enfant, par une allocation prolongée pour handicap (APP/PH).

L'exercice de réingénierie des prestations a conduit à analyser ce qui dans les compléments de l'AEEH, mais aussi dans la PCH, correspond à des frais de soins qui auraient vocation à être couverts par l'assurance maladie. Le support de cette prise en charge plus adaptée serait d'abord assuré par la reconnaissance en ALD des pathologies susceptibles de générer un handicap, puis par des protocoles adaptés à chaque type de handicap. Enfin, sans proposer une "PCH enfant" qui réintroduirait une barrière d'âge que le législateur a voulu, sans succès, faire disparaître en 2008, le rapport propose d'adapter la PCH aux enfants, notamment en ouvrant fortement les critères d'éligibilité, aujourd'hui plus restrictifs pour les enfants que pour les adultes et en les adaptant fortement aux différents âges de la vie, d'une part, et en analysant en détail comment les éléments de la PCH peuvent intégrer les charges aujourd'hui couvertes par les compléments.

Ensuite, le rapport propose d'adapter le parcours aux besoins spécifiques des enfants. Il s'agirait de favoriser une prise en charge et un diagnostic précoces. La reconnaissance de l'ALD permettrait de déclencher un parcours de soins précoce favorable à la prévention, sur le plan administratif comme médical. Il s'agirait également de couvrir le besoin de présence parentale, par le biais de l'allocation de présence parentale, qui pourrait être prolongée une fois le handicap de l'enfant reconnu, et complétée, dans les situations de handicap particulièrement lourdes, par un complément au titre de la PCH. Cette allocation devrait être définie de manière à éviter les effets de trappe à inactivité qui peuvent exister aujourd'hui avec les compléments de l'AEEH. Un moyen de le faire pourrait être de l'intégrer dans la base ressource pour les prestations concernées, et à en exclure le dédommagement de l'aide parentale.

Enfin, le rapport se donne pour but d'orienter le dispositif de compensation vers le développement de l'autonomie et des capacités de l'enfant, en adaptant l'élément "aides humaines" de la PCH pour mieux couvrir les besoins de tierce personne, aujourd'hui mieux couverts par les compléments de l'AEEH. Le rapport préconise aussi d'accompagner ces changements d'un développement des outils numériques pour aider les parents face à cette situation complexe. Le rapport identifie quatre conditions préalables nécessaires à la mise en place de cette réforme qui restructurerait le système de prestations, de façon à ce que le passage d'un système à l'autre ne laisse pas de côté une part importante des familles qui bénéficient aujourd'hui des compléments de l'AEEH :

- Refondre le guide barème pour la reconnaissance du handicap et la grille d'éligibilité à la PCH.
- Généraliser les protocoles de soins à l'ensemble des causes de handicap, et en attendant, fixer des forfaits de soins pour les handicaps qui ne seraient pas couverts par un protocole.
- Adapter les aides de la PCH, notamment les aides humaines, aux enfants, et développer un outil de gestion de ces aides qui permette de simplifier l'accès pour les familles.
- Simuler les effets de la réforme pour les ressources des ménages et pour les finances publiques, pour en fixer les paramètres, dans une optique de soutenabilité, et pour éviter une dégradation de leur situation pour certaines familles.

Pour les mêmes raisons, le rapport propose une mise en place sous la forme d'une expérimentation législative, de façon à bien ajuster l'ensemble des paramètres avant sa généralisation et de laisser la possibilité pour les familles qui bénéficient des compléments de l'AEEH au moment du basculement de continuer à en bénéficier s'ils le souhaitent jusqu'à leur extinction.

Sans attendre le passage d'un système à l'autre, des mesures peuvent être rapidement mises en œuvre qui permettraient d'améliorer la situation des enfants et de leurs familles :

- la suppression de la condition d'éligibilité à un complément de l'AAEH pour accéder à la PCH ;
- l'attribution du bonus handicap de la PSU ou de la majoration du CMG, pour les enfants en situation de handicap, sur la base de la reconnaissance en ALD invalidante, comme critère alternatif de la reconnaissance par la MDPH ;
- la sortie de la base ressources des prestations concernée (et demain du RUA) du dédommagement de l'aide parentale au titre de la PCH, de façon à mettre fin à une distorsion de traitement avec l'AAEH ;
- la mise en place d'un dispositif permettant l'affiliation automatique à l'AVPF des parents dont la présence parentale est couverte par la PCH.

Enfin le rapport identifie des réformes qui ne conditionnent pas la mise en place de la réforme, mais qui permettraient de lever des obstacles lourds à la compensation du handicap pour les enfants :

- la généralisation des dispositifs du type "plateforme TND" en cours de mise en place dans le cadre de la stratégie nationale autisme et qui permettent d'organiser le plus tôt possible le parcours de soins des enfants en situation de handicap, et notamment d'assurer la qualité des bilans d'évaluation qui permettent d'engager la reconnaissance auprès des MDPH,
- la mise en place d'un dispositif de prise en charge des besoins de mobilité, qui s'accroissent avec l'orientation vers une société inclusive, et qui deviennent une source de coût mais surtout de complexité pour les familles, une modernisation profonde du dispositif des aides techniques et son articulation avec la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) par l'assurance maladie,
- une gestion dynamique du panier de services et de biens nécessaires à la compensation, s'appuyant, comme pour les soins, sur les méthodes de l'évidence base telle que développée par la HAS.

d. Les besoins d'une présence d'aide humaine dans le logement

Dans cette partie, nous nous appuyons essentiellement sur les conclusions du **rapport Piveteau-Wolfrom** sur l'habitat inclusif, "Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous !", rendu en juin 2020.³⁹

La loi ELAN du 23 novembre 2018 qualifie « *d'habitat inclusif* » un mode d'habitat « (...) destiné aux personnes handicapées et aux personnes âgées qui font le choix, à titre de résidence principale, d'un **mode d'habitation regroupé**, entre elles ou avec d'autres personnes (...) et **assorti d'un projet de vie sociale et partagée** », et se présentant « *comme un logement meublé ou non (...) loué dans le cadre d'un colocation (...) ou un ensemble de logements autonomes destinés à l'habitation, meublés ou non (...) situés dans un immeuble comprenant des locaux communs affectés au projet de vie sociale et partagée* ».

Cette même loi a créé un "**forfait pour l'habitat inclusif**" versé par les agences régionales de santé (ARS) à un porteur de projet d'habitat inclusif pour une durée fixée par convention (en général trois ans), selon des modalités fixées par le décret du 24 juin 2019 et l'arrêté du même jour.

D. Piveteau et J. Wolfrom ont néanmoins fait état de douze "freins" au déploiement de l'habitat inclusif, et de douze "idées pour l'action" destinées à les dépasser, qu'ils ont résumés dans le tableau ci-dessous.

Précisons le point 1 : lorsque la dimension de « partage de vie » est importante dans un projet mais que les habitants ne peuvent (ou ne veulent) pas assumer seuls les fonctions d'organisation et de régulation

³⁹ Le rapport Piveteau-Wolfrom, pour désigner l'habitat inclusif, emploie indifféremment les termes "habitat API" et "logement API" (API : accompagné, partagé et inséré dans la vie locale)

de la vie commune qu'elle implique, ils peuvent soit créer une personne morale porteuse du projet partagé, soit se rapprocher d'une personne morale existante, à laquelle ils confieront ce rôle. Cette personne morale (appelée « personne 3P » pour : « porteuse du projet partagé ») concourt à l'élaboration par les premiers habitants du « projet de vie sociale et partagée » qui définit la règle de vie commune, assure les fonctions d'appui à la vie partagée que les habitants lui confient (organisation et régulation de la vie à plusieurs, médiation, animation), assure, ou fait assurer par exemple par un ESMS, en lien avec l'environnement administratif, sanitaire, médico-social et du logement, une fonction d'appui au « parcours de vie » de chaque habitant. Elle est enfin garante de la prévention des situations de maltraitance auprès des habitants qu'elle accompagne. La « personne 3P » est ainsi l'interlocuteur-pivot des autres intervenants extérieurs (bailleurs, services d'aide à la personne) et des pouvoirs publics (Etat, département, ARS ...) dans le fonctionnement du ou des logements qui forment l'habitat API.

Par souci de synthèse, nous détaillons ci-dessous seulement deux aides emblématiques des propositions du rapport, l'aide à la vie partagée et le forfait de services mutualisés.

L'aide à la vie partagée (AVP)

Selon les auteurs du rapport, le forfait pour l'habitat inclusif entraîne comme désavantage que les projets retenus ne sont assurés de leur financement que pour trois ans. Le rapport propose donc de s'extraire d'une logique institutionnelle, adressée aux gestionnaires (instruction de différents projets, allocation de fonds au projet retenu) pour **solvabiliser directement les personnes en situation de handicap souhaitant avoir recours à l'habitat inclusif**. Il propose ainsi de créer une aide individuelle à la personne qui viendrait s'ajouter aux aides au logement déjà existantes (APL, ALS, ALF, AL) : **l'aide à la vie partagée (AVP)**. Celle-ci serait ouverte de plein droit, sous critère de ressources, à toute personne âgée ou en situation de handicap choisissant de vivre dans un logement API conventionné.

Le forfait de services mutualisés

Le rapport Piveteau-Wolfrom précise : « la législation actuelle ne permet pas toujours à des personnes qui ont un besoin d'aide à l'autonomie sous la forme d'une "supervision distante" d'accéder aux prestations d'aide à l'autonomie (APA, faute d'entrer dans le champ GIR inférieur à 5, ou PCH, faute d'être en impossibilité ou difficulté d'effectuer des gestes de la vie quotidienne).

Or ces fonctions de "supervision distante" sont précisément celles qu'il est particulièrement facile d'organiser dans un cadre de vie partagée. Partant de ce constat, les alternatives suivantes se présentaient aux auteurs du rapport :

- renoncer à solvabiliser le recours à ces services d'aide et d'accompagnement, même s'ils peuvent être réalisés de manière collective, donc plus efficiente, au sein d'un logement API ;
- les solvabiliser en élargissant les conditions d'accès à la PCH et à l'APA, notamment pour les besoins de surveillance. Cette alternative, que l'on peut souhaiter, excède les termes de la lettre de mission ;
- instaurer une aide *ad hoc*, permettant à des non bénéficiaires de l'APA ou de la PCH d'être financièrement soutenus dans l'accès à ces aides à l'autonomie quand ils vivent dans un logement API, donc chez eux mais en partageant une partie de leur vie avec d'autres, qui peuvent aussi avoir besoin de ces services pour vivre chez eux. C'est la solution que le rapport privilégie, en proposant pour ces personnes non bénéficiaires de l'APA ou de la PCH, mais éligibles à l'AVP, l'octroi d'un forfait de services mutualisés ».

Ce **forfait de services mutualisés est** destiné aux personnes âgées ou en situation de handicap qui profiteraient de prestations mutualisées (veille nocturne, surveillance...) et ne seraient pas bénéficiaires

de l'APA (allocation personnes âgées) ou de la PCH.

Le « frein » exprimé	Les idées pour l'action	Point
Manque de sécurité dans le long terme. Crainte des administrations d'un contrôle moins efficace	Le recours à une personne morale, Porteuse du Projet Partagé (Personne « 3P ») Lui permettre d'accéder à une « certification »	1
Habitants qui n'ont pas les moyens de financer les fonctions de régulation de la vie collective	Créer un droit individuel : l'Aide à la vie partagée (AVP)	2
Difficulté de financer des projets de logements API	Un fonds territorial d'investissement dans le logement API Un prêt aidé spécifique	3
Nécessité de sécuriser à la fois le prix du logement (loyer) et les coûts de gestion de la « vie partagée »	Fusionner la convention APL et la convention qui prévoit le service de la personne 3P	4
Coûts d'entretien et de fonctionnement des « espaces communs »	Facturation possible par le bailleur des coûts des espaces partagés Majorer l'APL comme en logement-foyer	5
Mobiliser des fonciers en zone urbaine tendue	Optimiser l'occupation du logement social par des transformations en logements API	6
Diversité des compétences à mobiliser sur de petits projets	Un pôle de ressources national Un réseau de « Communautés territoriales » Une « boîte à outils de soutien aux petits projets »	7
Les tensions sur l'offre de services d'aide à la personne	Faire de l'habitat API un instrument d'attractivité des métiers de l'aide à la personne	8
Difficulté à mobiliser le système sanitaire et médico-social	Faire du déploiement de l'habitat API un soutien à la transformation de l'offre médico-sociale	9
L'absence de « pilote » au niveau local, le manque de visibilité à moyen terme	Consolider le rôle de la « Conférence des financeurs » Planification stratégique inscrite dans le PLH et le plan départemental de l'habitat (PDH)	10
La crainte des surcoûts importants	Suivi des effets financiers et des transferts de coûts , avec consolidation nationale (CNSA)	11
Absence d'impulsion nationale	CNSA opérateur national de « maîtrise d'œuvre » de l' habitat des personnes âgées et handicapées	12

II. Bâtir un compte élargi du handicap dans le cadre de la 5^{ème} branche

1. Les dépenses actuelles liées au soutien à l'autonomie intégrables à la 5^{ème} branche

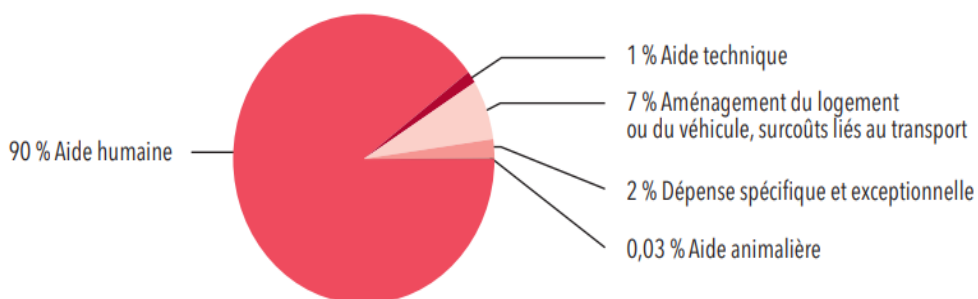
a. Les prestations de compensation

La PCH

En 2018, les dépenses annuelles brutes dédiées à la PCH s'élevaient à **2,038 milliards d'euros**⁴⁰, déclinés sur les 5 volets. L'enquête *Aide sociale* de la DREES publiée en 2017 décrit la répartition des dépenses de la PCH sur les 5 volets en 2015, en s'appuyant sur les données des enquêtes trimestrielles de la DREES réalisées de 2006 à 2015. En 2015, les dépenses dédiées à la PCH s'élevaient à 1 745 millions d'euros.

En 2015, 90 % des dépenses de la PCH tous handicaps confondus étaient consacrées à l'aide humaine (1 570,5 M€), 7 % à l'aménagement du logement ou du véhicule ou correspondant à des surcoûts liés au transport (122,15 M€), 1 % à l'aide technique (17,54 M€). Des dépenses spécifiques et exceptionnelles complètent ces dépenses à hauteur de 2 % (34,9 M€). L'aide animalière ne représente que 0,03 % de ces dépenses (52 350 euros). L'aide humaine et l'aide à l'aménagement du logement et du véhicule sont donc les deux volets les plus importants de la PCH.

Graphique 3 Répartition des dépenses de PCH par type d'aide, en 2015



Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

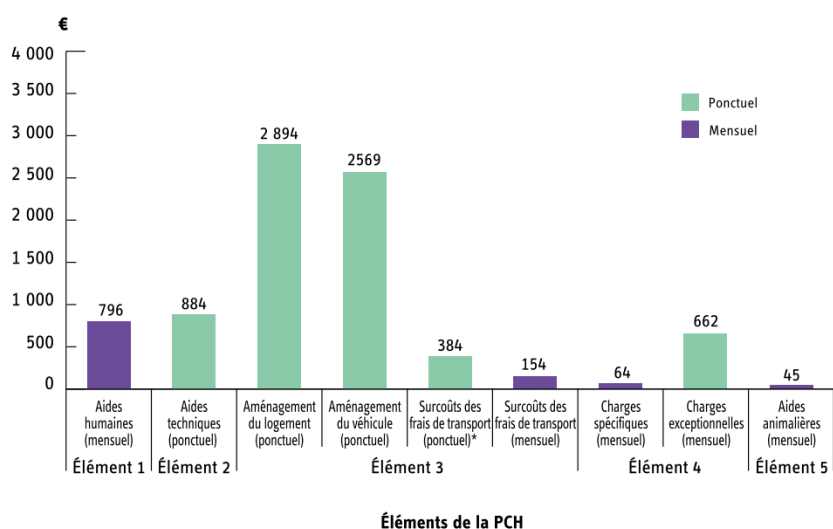
Source > DREES, enquête Aide sociale 2015.

En moyenne, en 2018, 796€ par personne sont accordés pour l'aide humaine chaque mois, 884€ pour l'aide technique, 2894€ pour l'aménagement du logement, 2569€ pour l'aménagement du véhicule, 538€ pour les surcoûts liés aux transports ponctuels et mensuels, 726€ pour les charges spécifiques et exceptionnelles, 45€ pour les aides animalières⁴¹.

⁴⁰ DREES, *Enquête Aide sociale 2019*. Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

⁴¹ *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2020*, CNSA, 2020

Montants moyens attribués par élément de la PCH en 2018

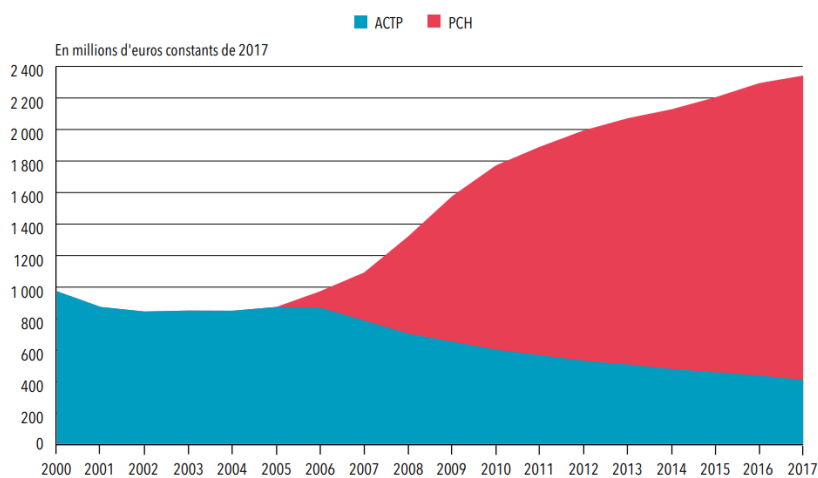


Source: Échanges annuels, CNSA 2019.

* Le montant moyen accordé pour les surcoûts liés aux frais de transports (versement ponctuel) ne repose pas sur un échantillon de MDPH suffisant (15 MdpH). Il n'est donc pas représenté dans le graphique.

Depuis 2006, les dépenses annuelles brutes de PCH ont été multipliées par 22, passant de 92 957 millions d'euros en 2006 à 2 038 millions d'euros en 2018. Notons que le barème de la PCH n'a pas été relavorisé depuis 2005.

Graphique 1 Évolution des dépenses annuelles brutes d'ACTP et de PCH, de 2000 et 2017



Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

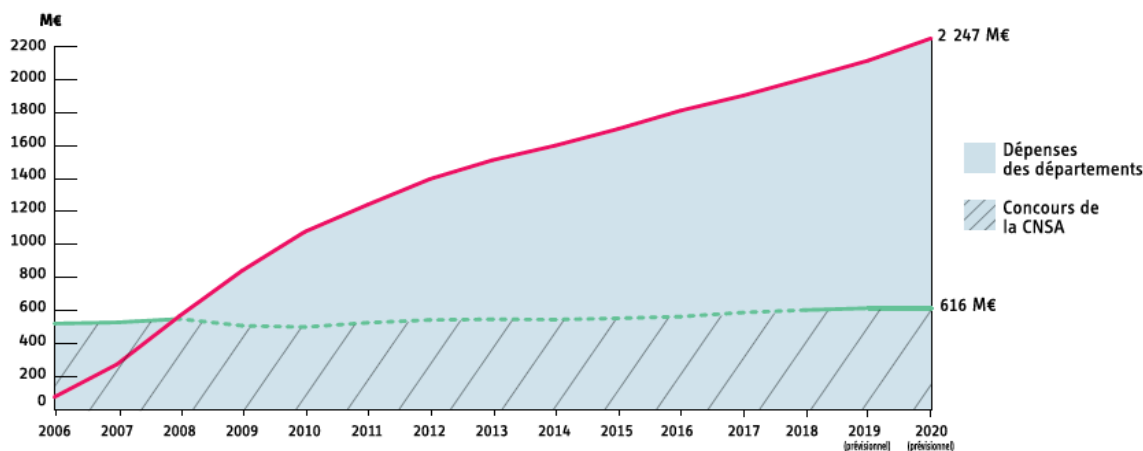
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Le financement de la PCH (assuré par les départements et la CNSA) provient des ressources suivantes :

- 6,70 % de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie.
- une fraction du produit de la CSG affectée à la CNSA, remplaçant la CSA (Contribution solidarité autonomie), qui était la ressource affectée à la CNSA jusqu'en 2019 (à la hauteur de 26%).

En 2020, la CNSA a contribué à hauteur de 616 millions d'euros au financement de la PCH par les départements, sur un total de 2 247 millions d'euros (soit **27,4% des dépenses**).

Évolution des dépenses de PCH et du concours CNSA versé aux départements depuis 2006



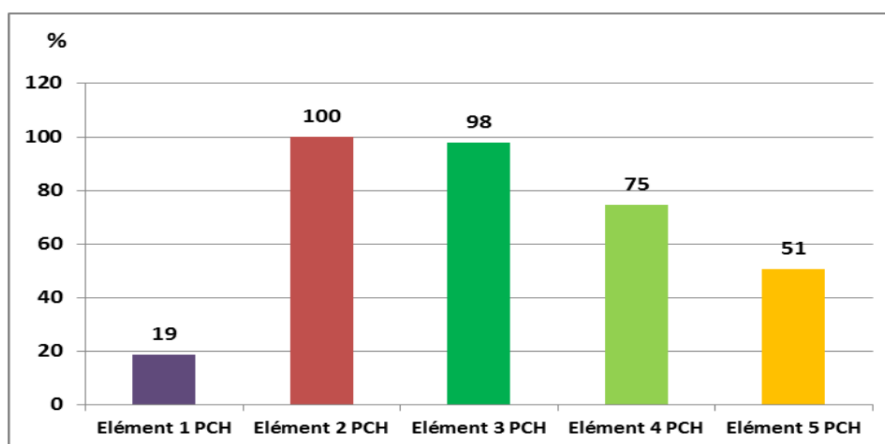
Source : CNSA 2020.

Les restes à charge de la PCH pris en charge par les Fonds départementaux du handicap

Une enquête de la CNSA⁴² publiée en 2019 analyse les dépenses des fonds départementaux de compensation du handicap (FDC) en 2017. Cette enquête s'appuie sur les réponses de 100 départements, mais les réponses incomplètes à certaines questions diminuent la taille de l'échantillon - il convient donc d'être vigilant sur l'analyse de ces données.

En 2017, 19% des FDC ont déclaré financer les restes à charge de la PCH pour l'aide humaine ; 100% des FDC ceux de l'aide technique ; 98% des FDC ceux d'aide au transport et à l'aménagement du logement ; 75% des FDC pour les charges spécifiques ou exceptionnelles ; et 51% des FDC ceux d'aide animale.

Éléments de la PCH éligibles au FDC en 2017 : pourcentages (échantillon : 91 FDC concernés/100 répondants)



Source : enquête FDC 2017 – CNSA.

⁴² Analyse des fonds départementaux de compensation du handicap (FDC) – données 2017, CNSA, novembre 2019.

Les fonds de compensation du handicap ne prenant presque pas en charge les restes à charge aide humaine (comme le montre le graphique ci-dessus), l'étude se centre sur les dépenses d'aide technique (élément 2 de la PCH) et d'aménagement du logement et transport (élément 3 de la PCH). En 2017, les fonds départementaux de compensation du handicap avaient dépensé en moyenne 76 138€ en compensation des restes à charge de l'aide technique, et 49 328€ en compensation des restes à charge de l'aide à l'aménagement du logement et du véhicule.

Tableau 2 : Montants versés en 2017 par type d'aides (en euros)

Nature des aides	Ensemble des aides techniques	Fauteuils roulants	Dont FR manuels	Dont FR électriques	Aides auditives	Scooters	Aménagement logement	Aménagement du véhicule
Moyenne	76 138	34 336	11 610	20 922	22 502	1 487	33 198	16 130
Médiane	44 352	20 568	6 535	17 204	15 868	716	26 521	12 365
Maximum	399 316	181 938	44 550	144 567	97 540	5 801	200 608	58 349
Minimum	1 978	1 878	60	671	1 000	100	567	284

Source : enquête FDC 2017 – CNSA.

L'ACTP (Allocation compensatrice pour tierce personne)

Comme le montre le graphique 1 (DREES, *Enquête Aide sociale 2019*) plus haut, les dépenses brutes de PCH et d'ACTP ont progressé de 2,1 % entre 2016 et 2017 en euros constants⁴³ pour s'établir à 2,3 milliards d'euros en 2017⁴⁴. Les dépenses brutes de l'ACTP s'élèvent à **404 millions d'euros en 2017**.

L'ACFP (Allocation compensatrice des frais professionnels)

Ne disposant pas de données récentes sur les dépenses liées à l'ACFP, nous proposerons ici une estimation de celles-ci. En 2013, environ 1500 personnes bénéficiaient encore de l'ACFP. Le nombre de bénéficiaires résiduels diminuant chaque année, nous supposons qu'il s'élève aujourd'hui à 1000. Sachant que le montant maximum de cette aide est de 900€ par mois, on peut estimer que les dépenses liées à l'ACFP s'élèvent, **au maximum, à 10,8 millions d'euros pour l'année 2019**. Nous soulignons une fois de plus que ce chiffre est **largement surévalué** et ne représente qu'une estimation.

L'allocation représentative de services ménagers

L'enquête *Dix ans d'aide sociale départementale aux personnes handicapées 2004-2013* de la DREES souligne que la dépense d'aide ménagère (allocation représentative de services ménagers) est complexe à mesurer et ne peut être qu'approchée : dans les données disponibles, elle recouvre à la fois l'allocation représentative de services ménagers et d'autres aides hors PCH et ACTP, notamment les secours d'urgence. Cette dépense passe de 35 millions d'euros en 2004 à **63 millions d'euros en 2013**. En 2013, elle représente 3% des dépenses d'aide à domicile et moins de 1% du total des dépenses d'aide sociale aux personnes handicapées, pour un peu plus de 3000 euros annuels par bénéficiaire en moyenne.

⁴³ Les évolutions de dépenses sont exprimées en euros constants. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière.

⁴⁴ DREES, *Enquête Aide sociale 2019*.

➤ **Tableau 1 • Mesures d'aide sociale aux personnes handicapées et dépenses associées en 2004 et 2013**

	2004		2013		Évolution 2004/2013	
	Nombre de mesures	Dépenses brutes	Nombre de mesures	Dépenses brutes	Nombre de mesures	Dépenses brutes
	<i>En milliers</i>	<i>En millions d'€ courants</i>	<i>En milliers</i>	<i>En millions d'€ courants</i>	<i>En %</i>	<i>En % d'€ constants</i>
Aide à domicile	146	756	317	2 091	117,2	140,3
dont PCH et ACTP	131	720	296	2 028	126,5	144,4
dont Aide ménagère	15	35	21	63	37,9	56,5
Aide à l'accueil	104	2 922	134	4 623	29,4	37,3
dont ASH	100	2 897	128	4 570	28,1	36,9
dont Accueil familial	4	25	6	54	47,2	85,7
Total domicile+accueil	250	3 678	451	6 715	80,8	58,5
Autres aides	ND	166	ND	535	-	180,7
Dont SAVS-SAMSAH(*)	ND	107	ND	316	-	156,4
Total	-	3 843	-	7 250	-	63,7

(*) Services d'accompagnement à la vie sociale et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

Note • pour établir les comparaisons avec les dépenses correspondantes, les bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH ont tous été comptés parmi les bénéficiaires d'une aide sociale à domicile.

Champ • France entière hors Mayotte.

Source • DREES, enquêtes Aide sociale 2003 à 2013.

Les dépenses d'aide ménagère ont alternativement diminué et augmenté entre 2013 à 2017 : 61,8 millions d'euros en 2014, 62,5 en 2015, 65,2 en 2016, 61 en 2017. On constate une nette hausse des dépenses entre 2017 et 2018 : de 61 millions d'euros en 2017 à 68,6 millions d'euros en 2018⁴⁵.

b. Les dépenses au titre des rentes accident du travail-maladies professionnelles

Le rapport précité de la DREES, qui évaluait l'évolution des « dépenses en faveur des personnes handicapées » entre 2004 et 2015 a estimé à 3,4 milliards d'euros en 2014 le montant des dépenses au titre des rentes accident du travail-maladies professionnelles, hors ayant droit. Ce rapport exclut toutefois les cas reconnus suite à un accident ou à une maladie non professionnelle qui peuvent toutefois ouvrir droit à une pension d'invalidité. Il ne retient pas non plus les indemnisations sous forme de capital, celles-ci ne concernant que de faibles niveaux d'incapacité.

Néanmoins, le budget total de cette branche de la Sécurité sociale est bien plus élevé. Selon la DREES, là encore, en 2015, plus de 76 % des prestations du risque AT-MP (soit 5,3 milliards d'euros) consistent en des rentes d'incapacité permanente partielle (IPP) de travail, versées par les administrations de Sécurité sociale. À la suite d'un accident du travail, un médecin de la caisse statue sur le taux d'IPP du bénéficiaire en fonction de son état général, de la nature de son infirmité, etc. Si ce taux est inférieur à 10 %, il se voit alors verser une indemnité sous forme de capital ; s'il est supérieur, il perçoit une rente viagère (jusqu'à son décès). Ce chiffre de 5,3 milliards pourrait néanmoins s'avérer excessif, puisqu'il ne

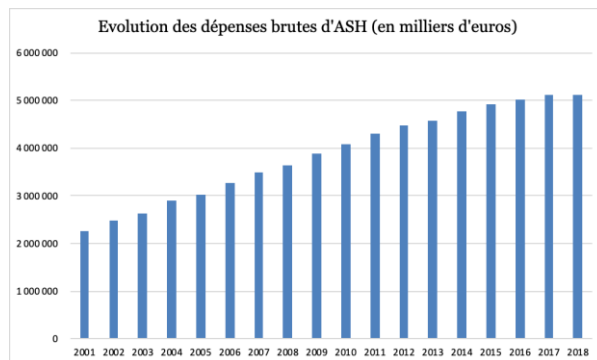
⁴⁵ DREES, *Enquête Aide sociale 2019*.

correspond pas aux mêmes prestations que le chiffre plus restrictif de la DREES estimant les prestations AT-MP versées aux personnes en situation de handicap à 3,4 milliards d'euros en 2014.

En 2018, d'après les chiffres de la Sécurité sociale, les indemnités d'incapacité permanente (en rente et en capital) représentaient 36% du budget de la branche (d'environ 10 milliards d'euros). Ce chiffre a donc récemment diminué par rapport à 2015, d'autant plus si l'on ne prend en compte que les indemnités en rentes. On peut donc estimer que les dépenses de la branche AT-MP recouvrant des situations de handicap devraient être au maximum aux alentours de **3,4 milliards d'euros** actuellement (pour reprendre le chiffre plutôt fiable avancé par la DREES, et en l'absence d'autres éléments permettant d'estimer les dépenses recouvrant effectivement des situations de handicap). Les dépenses de la branche sont néanmoins en baisse, au vu de la diminution progressive des accidents du travail et des maladies professionnelles.

c. Les dépenses liées aux services d'hébergement et d'accompagnement

L'enquête *Aide Sociale* de la DREES permet d'évaluer les dépenses brutes d'**aide à l'hébergement et à l'accueil de jour en établissement**. Pour l'année 2018, le total estimé pour la France entière (hors Mayotte) est de 5 117 millions €. Ce chiffre ne concerne que l'accueil des adultes handicapés.

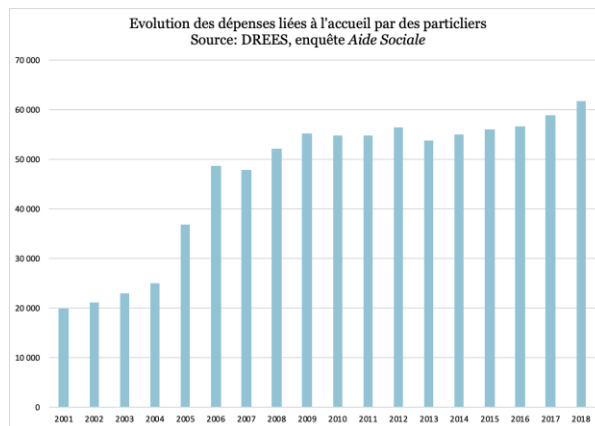


On peut néanmoins relever qu'au vu du manque de places dans certains établissements français, certaines personnes en situation de handicap se voient obligées de rejoindre des établissements situés en Belgique. Environ 6500 adultes sont actuellement dans cette situation. Si la situation de ces adultes est connue du gouvernement français (Sophie Cluzel a d'ailleurs déjà rencontré ses homologues belges à ce sujet), le retour de ces personnes dans des établissements français représenterait des dépenses supplémentaires pour l'Etat. Au vu de la dépense moyenne consacrée à l'hébergement et à "l'accueil de jour" des adultes en situation de handicap en France (environ 14 800 € par an et par personne), on peut en déduire très grossièrement une économie induite pour l'Etat d'une centaine de millions d'euros.

L'aide à l'hébergement ou à l'accueil de jour est surtout constituée de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), versée par les départements directement aux établissements d'accueil, en contrepartie d'une participation minimale du bénéficiaire.

Depuis 2001, on constate une nette augmentation des dépenses d'ASH liées à l'hébergement et à l'accueil de jour des handicapés en ESMS : entre 2001 et 2018, les dépenses ont plus que doublé, augmentant d'environ 127%.

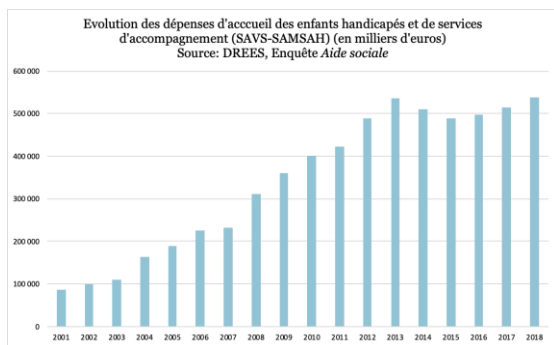
L'**accueil par des particuliers** implique également un certain nombre de dépenses publiques brutes : même si ce sont les bénéficiaires qui financent en grande partie les coûts de l'accueil supportés par les accueillants familiaux, les personnes en situation de handicap sont susceptibles de recevoir un certain nombre d'aides, dont l'ASH, mais également l'APL (aide personnalisée au logement) ou l'ALS (allocation de logement sociale). Seule l'ASH est prise en compte dans les dépenses relevant de l'aide sociale au



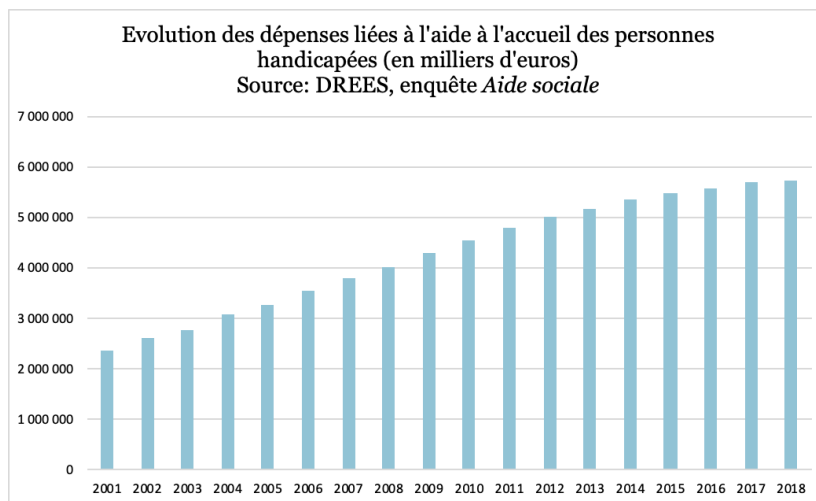
handicap, et donc dans le compte des dépenses liées au handicap susceptibles d'entrer dans le compte consolidé de la branche Autonomie de la Sécurité sociale. En effet, les dépenses d'aides au logement relèvent de la branche famille de la Sécurité sociale et sont versées par les caisses d'allocations familiales.

Là encore, on constate une nette augmentation des dépenses brutes liées à l'accueil des personnes handicapées par des accueillants familiaux, ce qui témoigne sans doute à la fois de la plus grande popularité du dispositif, jugé moins onéreux, et d'une politique plus incitative de la part de l'État, qui a été amené à développer ce dispositif et à le réguler. Ainsi, on est passé de 20 M € de dépenses en 2001 à 61,7 M € en 2018, soit plus de trois fois plus.

L'aide à l'accueil d'enfants en situation de handicap, ainsi que l'aide à l'accueil en services d'accompagnement (SAVS et SAMSAH) impliquent également un certain nombre de dépenses qui s'élevaient en 2018 à 538 M €. Depuis 2001, quand ces dépenses s'élevaient à 87 M €, ces dépenses ont donc été multipliées par six environ. Elles sont prises en charge par le conseil départemental.



En agrégeant toutes les dépenses liées à « l'accueil » des personnes (qui correspond à tous les cas dans lesquelles les personnes en situation de handicap ne peuvent se maintenir en milieu ordinaire), que celui-ci prenne la forme d'un hébergement, d'un accompagnement ou d'un accueil familial, on confirme naturellement cette tendance à l'augmentation des dépenses. Pour l'année 2018, les dépenses liées aux différents types d'aides sociales à l'hébergement des personnes en situation de handicap s'élevaient à environ 5,8 milliards d'euros, soit plus de deux fois plus qu'en 2001.



Le nombre total de mesures d'aide pour l'accueil des personnes en situation de handicap en France s'élevait en 2018 à 161 847. Ceci représente une évolution de 40% par rapport à l'an 2000, où ce nombre d'aides s'élevait à 115 385. Cette augmentation est même de 67% si l'on exclut les versements d'ACTP en établissement, qui ne représentent pas de pures aides à l'accueil. Le nombre de bénéficiaires de l'ACTP en établissement est en effet en diminution depuis 2006 (notamment, donc, depuis l'introduction de la PCH au 1er janvier 2001, qui prend progressivement le relai de l'ACTP). La prestation

de compensation en établissement remplace progressivement l'ACTP en établissement.

On peut décomposer ce nombre de mesures d'aides selon le nombre de personnes bénéficiaires des différents types d'aides.

Ainsi, le nombre total de personnes en situation de handicap bénéficiant d'une aide sociale à l'hébergement en établissement en 2018 s'élevait à 125 979 sur la France entière (hors Mayotte). Ce nombre additionne les bénéficiaires de l'ASH accueillis en foyer d'hébergement, en foyer occupationnel (foyer de vie), en maison de retraite, en EHPAD, en unité de soin de longue durée en en foyer d'accueil médicalisé. Là encore, ce chiffre est le fruit d'une nette augmentation du nombre de bénéficiaires de l'ASH, au moins depuis les années 2000 (date de début de la série statistique issue de l'enquête *Aide sociale* de la DREES). En effet, le nombre de bénéficiaires de l'ASH a augmenté de 60% entre 2000 et 2018.

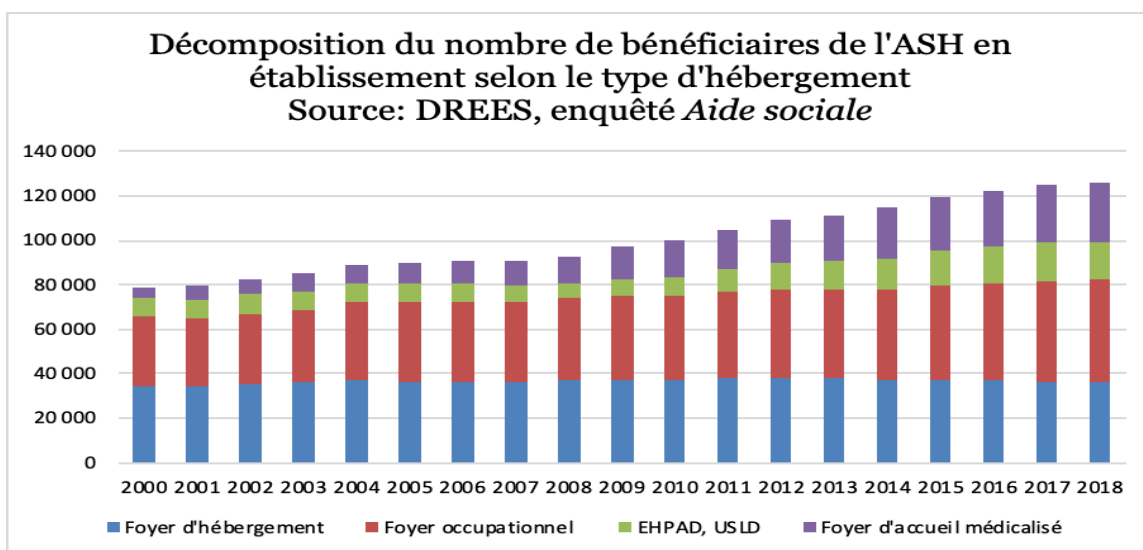
Cette augmentation est avant tout poussée par l'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'ASH accueillis en foyers d'accueil médicalisé, qui a bondi de 3521 en 2000 à 26 646 en 2018. Le nombre de personne handicapées bénéficiaires de l'ASH accueillis en maison de retraite, EHPAD ou unité de soin longue durée a quant à lui doublé pour atteindre plus de 17 000 personnes en 2018. Le nombre de personnes en foyer occupationnels a quant à lui crû de 50% sur la période pour atteindre plus de 46 000 personnes en 2018.

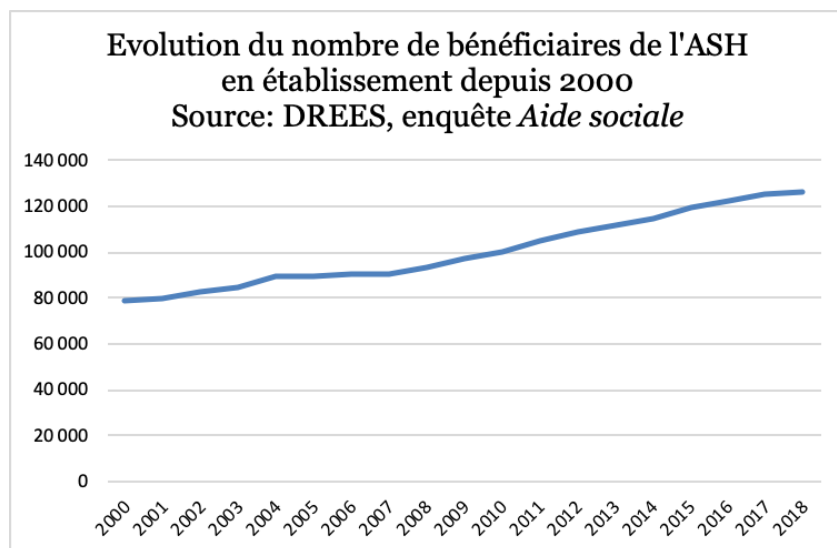
Le nombre de personnes bénéficiant d'une aide pour un accueil de jour en établissement est passé de 8 672 en 2000 à 19 588 en 2018.

Le nombre de bénéficiaire d'une aide à l'accueil chez un particulier est passé quant à lui de 3 385 en 2000 à 6 365 en 2018.

Enfin, le nombre de bénéficiaires d'aides ménagères ou d'auxiliaires de vie a augmenté, passant de 12 966 en 2000 à 21 122 en 2018.

Les dotations aux conseils départementaux jouant un rôle clé dans les aides à l'accueil, il importera de s'assurer que leurs dotations restent pérennes, voire augmentent pour financer le besoin croissant d'aide à l'accueil constaté.





Outre l'aide sociale à l'hébergement, qui relève des prestations sociales, un compte consolidé des dépenses liées au handicap et plus particulièrement aux ESMS doit nécessairement prendre en compte les dépenses de l'Assurance maladie pour financer l'accueil de personnes handicapées plus fortement dépendantes dans des établissements médicalisés (comme les MAS ou les FAM, pour une partie de leurs prestations).

Le montant des dépenses de l'Assurance maladie remboursées chaque année est fixé annuellement par l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), inscrit dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale. Cet ONDAM se décompose en plusieurs sous-objectifs de dépenses, dont la contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes en situation de handicap. Ce sous-objectif appartient à la catégorie des dépenses médico-sociales (ou ONDAM médico-social).

Les dépenses médico-sociales dans le cadre de l'objectif global de dépenses progressent de 3,2% en 2020, contre 2,7% en 2019 et 2,4% en 2018. Ce taux de croissance traduit un effort financier supplémentaire de 710 M€ sur la prise en charge des personnes âgées et handicapées. Pour le secteur des personnes handicapées, il s'agit principalement d'investissement en création de places mais également de la poursuite de la stratégie nationale contre l'autisme⁴⁶. L'ONDAM global connaît quant à lui un taux de progression de 2,3%.

Les dépenses en établissements et services pour personnes en situation de handicap s'élèvent en 2020 à environ 11,4 milliards d'euros. Elles étaient de 11,1 en 2019 et de 10,9 en 2018 d'après les précédentes lois de financement de la Sécurité sociale.

⁴⁶ Cf. annexe 7 au PJLFSS.

Tableau 1 • Réalisations prévisionnelles dans le champ de l'ONDAM 2019

	Base 2019	Objectifs 2019	Prévisions 2019	Ecart à l'objectif arrêté en LFSS 2019
ONDAM TOTAL	195,3	200,4	200,4	0,0
Soins de ville	89,1	91,5	91,4	-0,1
Établissements de santé	80,5	82,6	82,6	0,0
Établissements et services médico-sociaux	20,5	20,8	21,0	0,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,3	9,5	9,6	0,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,2	11,4	11,4	0,0
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,3	3,5	3,5	0,0
Autres prises en charge	1,9	1,9	2,0	0,0

Tableau 3 • Montants et taux d'évolution de l'ONDAM 2020

Montants en Md€	Base 2020	Taux d'évolution	Sous-objectifs
ONDAM TOTAL	200,6	2,3%	205,3
Soins de ville	91,4	2,4%	93,6
Etablissement de santé	82,5	2,1%	84,2
Etablissement et services médico-sociaux	21,0	2,8%	21,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,6	2,9%	9,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,4	2,6%	11,7
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,5	1,0%	3,5
Autres prises en charges	2,3	5,2%	2,4

Tableau 1 Dépenses de soins aux personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux

	Montants en milliards d'euros										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Soins aux personnes handicapées*	7,7	8,0	8,3	8,5	8,8	9,0	9,2	9,5	9,6	11,3	
<i>Évolution (en %)</i>	5,7	4,4	2,7	3,4	2,6	3,4	2,0	2,8	0,7		
dont ONDAM pers. handicapées	7,4	7,7	7,9	8,3	8,4	8,7	9,0	9,1	9,2	11,0	
dont Contribution CNSA	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,3	

Note > * Le montant des soins aux personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux correspond à la composante « personnes handicapées » de l'objectif global de dépenses (OGD) réalisé. En 2017, le périmètre d'action de l'ONDAM médico-social a été étendu et comprend désormais aussi les dépenses dévolues aux établissements et services d'aide par le travail (Esat). Le montant 2017 présenté ici n'est donc pas directement comparable à celui de 2016.

Sources > DREES, comptes de la santé, à partir de données DSS pour l'ONDAM, DGCS pour l'OGD.

Les dépenses globales liées à l'hébergement des personnes en situation de handicap doivent associer les différentes formes d'aide sociale à l'hébergement et la contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en ESMS pour personnes handicapées. Au total, ces dépenses globales s'élèvent pour l'année 2018 à 16,7 milliards d'euros (contre 14,3 en 2014).

d. Les dépenses fiscales

Nos estimations, issues en grande partie de l'annexe au projet de loi de finances pour 2020, *Évaluation des voies et moyens*, qui traite de l'ensemble des dépenses fiscales, nous portent à estimer ces dépenses fiscales à environ 3 milliards d'euros. Sans estimation pour l'année 2020 pour le montant des exonérations de charges sociales patronales, le chiffre estimé pour 2014 issu d'une enquête de la DREES sera repris, soit un montant de 1,2 milliards d'euros. Ceci porte les exonérations fiscales et sociales consenties en faveur des personnes en situation de handicap à un total de 4,2 milliards d'euros environ pour 2020.

Ce chiffre nécessite de prendre plusieurs précautions. D'une part, l'administration fiscale elle-même ne fournit pas des chiffres parfaitement exacts. Cette somme de 3 milliards d'euros représentant une agrégation de plusieurs dépenses plus faibles estimées par l'administration fiscale, il convient de la considérer avec prudence. De plus, étant annexées au projet de loi de finances pour 2020, ces dépenses ne sont que des prévisions pour 2020, notamment fondées sur les dépenses effectives en 2018 (bien souvent, les prévisions de dépenses pour 2020 sont légèrement plus élevées que les dépenses effectives en 2018).

Enfin, plusieurs éléments de ce total ont nécessité de notre part une approximation, tant les chiffres fournis dans le bleu budgétaire annexé au projet de loi étaient généraux. Par exemple, nous avons convenu de réduire le chiffre de 1799 millions d'euros (total non détaillé des exonérations de taxe d'habitation en faveur des personnes âgées, en situation de handicap, et de condition modeste prévues pour 2020), à 1200 millions d'euros. Ce chiffre, estimant le coût fiscal de l'exonération de taxe d'habitation pour les personnes en situation de handicap, est volontairement large afin d'éviter de sous-estimer les dépenses fiscales dédiées au handicap.

Les dépenses fiscales liées aux ESMS sont volontairement incluses dans les chiffres des dépenses fiscales et non dans l'estimation du coût global des ESMS, afin d'éviter toute confusion ou double compte.

Enfin, il faut préciser que ce chiffre exclut les exonérations d'imposition sur les diverses prestations liées au handicap, comme l'AAH, l'AEEH et la PCH (que l'on aurait pu évaluer à environ 1 milliard d'euros d'après les chiffres du projet de loi de finances pour 2020), afin d'éviter tout double compte avec ces prestations. En effet, une imposition de ces prestations correspond, en termes budgétaires, à une simple réduction de ces prestations au départ. Il convient donc de ne pas compter à la fois l'estimation du coût de la non-imposition de ces prestations et le montant total des prestations versées.

On peut ainsi citer certaines dépenses fiscales importantes pour l'année 2020 :

- 315 millions d'euros pour la réduction d'impôt au titre des frais de dépendance et d'hébergement pour les personnes dépendantes accueillies en établissement spécialisé ;
- 393 millions d'euros pour l'abattement de l'IR en faveur des personnes âgées ou invalides de condition modeste ;
- 450 millions d'euros pour la demi-part supplémentaire pour les contribuables invalides ;
- 250 millions d'euros pour le taux de TVA de 10% pour les services d'aide à la personne fournis à titre exclusif, ou à titre non exclusif pour celles qui bénéficient d'une dérogation à la condition d'activité exclusive selon l'article L. 7232-1-2 du code du travail, par des associations, des entreprises ou des organismes déclarés en application de l'article L. 7232-1-1 du même code, et dont la liste est fixée par décret et taux de 5,5% pour les prestations de services exclusivement liées aux gestes essentiels de la vie quotidienne des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes qui sont dans l'incapacité de les accomplir ;

- Environ 1 à 1,2 milliard d'euros pour l'exonération de la taxe d'habitation (sur les 1,8 milliard au total dédiés aux personnes âgées, en situation de handicap et de ressources modestes).

Il est possible de comparer ces chiffres avec ceux de l'année 2014 issus du projet de loi de finances pour 2014. Cette comparaison rencontre toutefois une limite : entre 2014 et 2020, les différents postes de dépenses fiscales ont en partie changé, notamment à l'issue de suppressions de certains dispositifs d'avantages fiscaux ciblant les personnes en situation de handicap.

Une approximation des dépenses fiscales ciblant les personnes en situation de handicap nous amène au chiffre de 3,5 milliards d'euros, là encore sans doute gonflé par la présence de certaines catégories de dépenses fiscales ne concernant pas seulement les personnes en situation de handicap (mais aussi les personnes âgées par exemple). Les dépenses fiscales auraient donc enregistré une légère baisse depuis 2014. Cette baisse se justifie notamment par les économies réalisées avec la transformation de la réduction d'impôt relative à l'emploi d'un salarié à domicile en crédit d'impôt (- 1 milliard d'euros). Elle est aussi due à un certain nombre de suppressions, comme celle des taux de TVA à 5,5% pour certains produits bénéficiant aux ESMS ou pour certains appareillages dédiés aux personnes en situation de handicap (ces taux spécifiques de TVA représentaient à eux deux en 2014 une dépense fiscale de 1,270 milliard d'euros).

Si l'on reprend le montant des exonérations de cotisations patronales estimé par cette même enquête (1,2 milliard d'euros), on arrive à un total en dépenses fiscales et en exonérations de cotisations sociales patronales pour 2014 de 4,7 milliards d'euros, contre un total de **4,2 milliards d'euros environ en 2020.**

e. Les dépenses de gestion et d'investissement

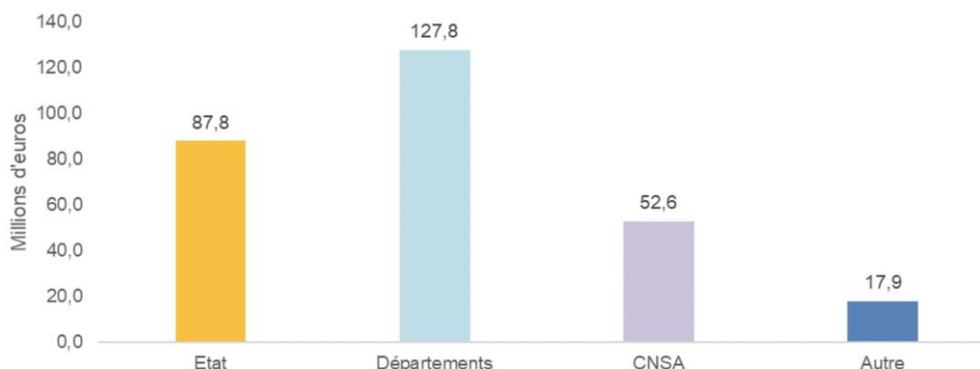
Les dépenses de gestion

Les coûts de gestion et d'investissement représentent une part très minoritaire des dépenses totales liées aux personnes en situation de handicap. Ces dépenses sont néanmoins importantes et en augmentation : l'augmentation du nombre de décisions concernant l'octroi des diverses aides destinées aux personnes en situation de handicap a fait croître les coûts de gestion des MDPH. Ces coûts de gestion doivent donc augmenter parallèlement à l'augmentation des aides allouées aux personnes en situation de handicap, sans quoi ces aides auraient du mal à être correctement attribuées et seraient versées avec un retard considérable. Il en va de même pour les coûts de gestion de la CNSA, de l'Agefiph et du Fiphp.

En 2017, **les dépenses de fonctionnement associées aux 92 MDPH ayant répondu atteignent 301,9 millions d'euros.** Ce coût global de fonctionnement intègre les dépenses au compte administratif des MDPH (hors fonds de compensation) ainsi que la valorisation des mises à disposition de personnel et de services externalisés non refacturés aux MDPH.

Ces dépenses de fonctionnement sont couvertes par les ressources des MDPH, qui proviennent à 99,5% des apports monétaires de l'État, des départements, de la CNSA et d'autres acteurs institutionnels. La répartition de ces apports est détaillée dans le diagramme suivant.

Apports MDPH (au global : monétaires et en nature) par contributeur en 2017 (hors investissement ; hors FDC)
Echantillon : 92 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

En 2017, après valorisation des mises à disposition de personnel et des services externalisés non refacturés (apports en nature), on estime à 281,1 millions d'euros les apports des partenaires aux MDPH. Ils se répartissent entre les trois principaux contributeurs : les conseils départementaux pour 44,7 %, l'État pour 30,7 %, la CNSA pour 18,4 %.

Au-delà des apports financiers qu'elle reçoit, la MDPH joue un rôle d'assembleur qui ne pourrait fonctionner sans l'engagement et les compétences des partenaires qui interviennent auprès des usagers. En effet, outre les apports financiers qu'elles reçoivent, les MDPH reçoivent également des apports en nature sous la forme d'appui administratif de la part d'autres acteurs institutionnels et notamment des départements (comme la mise à disposition de personnel).

En 2018, le concours financier de l'État se portait à 76,8 millions d'euros. Il n'a fait qu'augmenter depuis 2015, où il était de 68,2 millions d'euros. En parallèle, l'État poursuit l'objectif d'accroître l'effectivité et la qualité des décisions prises au sein des MDPH, notamment par une simplification de ces organismes.

Les dépenses de gestion et de personnel de la CNSA représentent quant à elles 22,1 millions d'euros pour 2020, d'après le budget voté au conseil de la CNSA en 2019⁴⁷.

Globalement, les charges de fonctionnement interne représentent 9,67% des dépenses de l'Agefiph (48,1 millions d'euros rapportés à 496,5 millions d'euros).

Enfin, les dépenses de fonctionnement et de personnel de la Fiphfp s'élevaient en 2019 à 13 241 543 € (consommés) en termes de fonctionnement, et à 606 456 € (consommés) en termes de personnel, soit un total d'environ 14 millions d'euros, par rapport aux 14,7 millions d'euros initialement prévus.

Au total, on peut donc estimer les coûts de fonctionnement liés aux services d'aide aux personnes en situation de handicap à environ **386 millions d'euros**.

Les dépenses d'investissement

⁴⁷ Dossier de presse Conseil du 28 novembre 2019 (<https://www.cnsa.fr/documentation-et-donnees-espace-presse/2019/dossier-de-presse-conseil-du-28-novembre-2019>)

Les dépenses d'investissement sont globalement financées par la CNSA, au travers de ses plans annuels d'aide à l'investissement dans le secteur médico-social ("PAI"). Depuis 2006, la CNSA soutient les opérations de restructuration, de création, d'extension et de mise aux normes des établissements médico-sociaux avec le plan d'aide à l'investissement (PAI). **Cet investissement représente 2,6 milliards d'euros.** "La CNSA est ainsi la première source d'aide publique et constitue un levier important d'aide à la transformation et au développement des établissements médico-sociaux. « **1 euro de la CNSA génère plus de 7 euros de travaux, soit 18,3 milliards d'euros depuis 2006** », d'après le site internet de la Caisse. Ces chiffres indiquent toutefois à la fois les dépenses d'investissements dans des ESMS dédiés aux personnes âgées que dans des ESMS dédiés aux personnes en situation de handicap.

En 2019, le bilan du PAI était qu'environ 30 millions d'euros avaient été dédiés à des opérations dans le secteur des personnes en situation de handicap.

À cette dépense, dont on sait qu'elle représente une somme entièrement dédiée aux personnes en situation de handicap, il faut également ajouter deux autres postes de dépenses de la CNSA. D'une part, elle a dédié en 2019 70,9 millions d'euros pour la modernisation et la professionnalisation de l'aide à domicile, l'accompagnement des aidants et la formation des professionnels des ESMS. D'autre part, elle a alloué 37,4 millions de crédits pour le soutien aux études et aux actions innovantes, à la modernisation et aux projets informatiques⁴⁸. Néanmoins, rien ne permet d'extraire de ces deux chiffres le montant exact dédié aux personnes en situation de handicap. Faute de mieux, on peut reprendre la répartition des financements des PAI entre personnes âgées et personnes en situation de handicap pour l'appliquer à ces deux chiffres : environ 30 millions d'euros de plus seraient ainsi dépensés dans l'investissement pour les personnes en situation de handicap.

Ceci porte le bilan en termes d'investissements voués aux personnes en situation de handicap à 60 millions d'euros pour 2019.

⁴⁸ CNSA, Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, 2020.

Évolution des plans d'aide à l'investissement notifiés (en cumulé 2006-2019)



Source CNSA 2019.

En 2017, 3 700 places ont été installées, dont 1 713 destinées à l'accompagnement des adultes et 1 598 pour les enfants, pour un montant de **130,6 millions d'euros**, et financées par la CNSA.

Les agences régionales de santé ont prévu d'installer au moins 6 889 places sur la période 2018-2021, dont 5 848 places les deux premières années. Cela représentera plus de **319 millions d'euros**. Il s'agira principalement de places pour adultes (notamment en établissements) et de places de services pour enfants.

Dans un contexte de croissance démographique, le taux d'équipement en établissements et services pour enfants en situation de handicap devrait progresser de 0,5 % d'ici 2021, passant de 9,91 à 9,96 places pour 1 000 enfants.

Le taux d'équipement en structures pour adultes devrait évoluer favorablement, passant de 3,14 places pour 1 000 adultes fin 2017 à 3,25 pour 1 000 adultes fin 2021, soit une progression de 3,7 %, d'après le bilan des plans établi par la CNSA.

Depuis 2008, la CNSA a alloué 1,251 milliard d'euros à la création de 40 226 places en faveur des personnes en situation du handicap au titre du programme pluriannuel du handicap (2008-2014) et du 2^{ème} schéma national pour les handicaps rares (2014-2018).

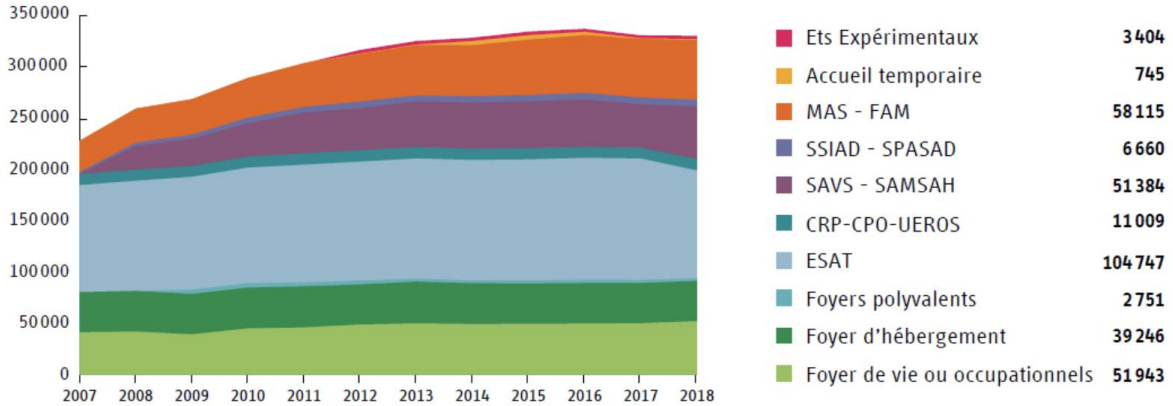
Au 31 décembre 2017 :

- 37 175 places étaient autorisées : pour ces autorisations, près de 1,2 milliard d'euros ont été engagés par les ARS ;
- 35 674 places étaient installées. On comptabilisait ainsi :
 - 21 418 places pour adultes, dont 13 679 en établissement et 7 739 de services,
 - 14 256 places pour enfants, dont 5 597 en établissement et 8 646 de services.

Les objectifs de création de places dans le secteur de l'enfance seront dépassés, mais ceux du secteur

des adultes ne pourront pas être atteints, puisque des crédits destinés au développement de l'offre pour adultes ont été utilisés pour le secteur des enfants.

Évolution du nombre de places pour adultes handicapés



Source: DREES, Panorama statistique Jeunesse Sports Cohésion sociale 2018.

Le PAI 2020 prévoit que la CNSA consacrera 110 millions d'euros à la modernisation et à la création de places dans les ESMS, dont 30 millions d'euros pour les établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap.

Tableau des dépenses actuelles liées au soutien à l'autonomie intégrables dans le budget de la 5^{ème} branche

Poste de dépense	Montant annuel estimé (en millions d'euros)
PCH	2 038
Restes à charge pris en charge par les FDC	15,6
ACTP	404,8
ACFP	10,8
Allocation représentative de services ménagers	68,6
Rentes AT-MP	3 400
ESMS	16 700
Dépenses fiscales	4 200
Dépenses de gestion et divers organismes	400
Dépenses d'investissement	60
Total	27 298

2. Les dépenses d'aide à l'autonomie pour des besoins et situations de handicap jusqu'alors pas ou peu pris en compte

a. *L'évaluation des dépenses considérées*

L'élargissement du périmètre de la PCH

Aides à la parentalité

Le rapport de l'IGAS⁴⁹ mentionné plus haut recommande la mise en place d'une aide à la parentalité au sein de la PCH. Dans l'hypothèse où elle serait mise en place, les aides existantes devraient être repensées pour devenir complémentaires à la PCH, sans effet de substitution. La DREES a chiffré un scénario de création d'une aide humaine, à la demande de la mission. Sur la base des hypothèses décrites dans le rapport⁵⁰, le coût de la nouvelle prestation serait de **258 millions d'euros par an si on ne prend en compte que les actuels bénéficiaires de la PCH**. Si on y ajoute les **personnes en situation de handicap psychique** mais non bénéficiaires de la PCH, on obtient un **coût supplémentaire de 170 millions d'euros annuels**.

La mission de l'IGAS a recalculé une « hypothèse basse ». Le nombre d'heures est le même, mais la prestation s'arrête aux sept ans de l'enfant (plutôt qu'à ses 15 ans, selon l'hypothèse faite par la DREES). Ne sont pris en compte que les actuels bénéficiaires de la PCH, avec les mêmes distinctions selon le type de handicap et selon la présence d'un conjoint dans le foyer que dans l'hypothèse chiffrée par la DREES, et les heures sont toutes valorisées au taux unique de 17,77 €. Le public non éligible à la PCH n'est pas inclus dans le calcul, qui reste donc un calcul de court terme. Le **coût de l'aide à la parentalité serait donc de 184 millions d'euros**.

Aide à l'alimentation, aux courses, préparation et prise des repas, vaisselle

Le rapport *“Rénover la prestation de compensation du handicap (PCH) afin d'améliorer l'accès à cette prestation, renforcer sa juste attribution et mieux prendre en compte les besoins des personnes.”* a chiffré le coût de la mise en place des mesures mentionnées plus haut pour intégrer l'aide ménagère dans la PCH.

- Pour l'option 1 (intégrer dans l'acte « alimentation » de l'élément aide humaine de la PCH la préparation aux repas et la vaisselle), l'impact serait modéré, pour les bénéficiaires qui seraient au-dessous du plafond de l'aide aux repas (1h45 par jour).
- Pour l'option 2 (intégrer dans l'élément aide humaine de la PCH une aide-ménagère uniquement pour les bénéficiaires vivant seuls), **le coût est estimé à environ 8,7 millions d'euros par an par heure attribuée par mois**. Par exemple, si l'attribution moyenne est de 5 heures par mois, le coût total sera de 43 millions d'euros.

L'option 2 ne prend en compte que les bénéficiaires vivant seuls. En effet, lorsque le bénéficiaire vit en couple le besoin d'aide-ménagère existe pour l'ensemble du foyer. Il ne s'agit donc plus de compenser un besoin individuel (or la PCH est une prestation permettant de compenser des besoins individuels). Précisons que cette approche ne prend pas en compte les adultes handicapés vivant au domicile de leurs parents, qui pourraient envisager un accès à un logement individuel ou partagé si ces aides étaient accessibles.

⁴⁹ DAUDE Marie, MAUSS Huguette, PAUL Stéphane, « Evolution de la prestation de compensation du handicap », Inspection générale des affaires sociales, novembre 2016.

⁵⁰ Hypothèses : cinq heures par jour pour les 0-3 ans avec un parent handicapé moteur ou sensoriel ; deux heures par jour pour les 3-7 ans avec un parent handicapé moteur ou sensoriel et pour les 0-7 ans avec un parent handicapé mental ou psychique, que celui-ci soit ou non éligible à la PCH ; trois heures par semaine pour les 7-15 ans. Le calcul se fait sept jours sur sept en prenant en compte la présence du conjoint valide, quand il existe, les week-ends et vacances scolaires (216 jours au lieu de 365). S'il y a plusieurs enfants au domicile, seul le plus jeune est pris en compte.

Pour les handicaps moteurs et sensoriels, on considère qu'il est nécessaire de mobiliser 30 % de TISF/éducateur spécialisé et 70 % d'AVS ; pour les handicaps mentaux et psychiques, on inverse la proportion : 70 % de TISF/éducateur spécialisé et 30 % d'AVS. L'AVS est valorisé au tarif prestataire de 2016, soit 17,77 €, et le profil TISF/éducateur est valorisé forfaitairement et arbitrairement à 30 €/60.

La formule de calcul du coût de l'option 2 est la suivante : nombre d'heures mensuelles x 12 x nombre de bénéficiaires n'ayant pas d'aidants familiaux (107 384) x le tarif horaire applicable selon la répartition de l'aide humaine par mode d'intervention (17,77x28% + 15,16x2% + 13,78x11%).

Enfin, ce calcul ne prend pas en compte l'économie réalisée sur l'aide ménagère départementale. S'il y a nécessairement des recoupements, les bénéficiaires de la PCH "aide humaine" n'ont pas pour autant tous accès à l'aide ménagère départementale, comme nous l'avons souligné plus haut.

Aide à la communication et à la vie sociale

Données non disponibles.

Aide à la vie affective et sexuelle

Données non disponibles.

La suppression des barrières d'âge de la PCH (60 ans, 75 ans)

Dans cette partie, nous nous fonderons exclusivement sur le rapport de la mission de l'IGAS⁵¹ "Evolution de la prestation de compensation du handicap", qui a apporté sa contribution au rapport au Parlement prévu par la loi de 2015 ("Dans les six mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet un rapport au Parlement sur l'impact des seuils de soixante et de soixante-quinze ans pour l'attribution de la prestation de compensation du handicap").

La mission a recommandé, d'une part, de **supprimer la barrière d'âge de 75 ans**. La loi n° 2020-220 du 6 mars 2020 visant à améliorer l'accès à la prestation de compensation du handicap a mis en application cette recommandation depuis - le décret d'application de la loi n'a cependant pas encore été publié. Selon la DGCS⁵², cette suppression de la barrière de 75 ans aurait un **coût de 69 millions d'euros**.

D'autre part, la mission de l'IGAS a fait chiffrer par la DREES des scénarios d'évolution de la barrière des **60 ans**, sans aller jusqu'à sa suppression. Plusieurs scénarios et hypothèses ont été envisagés.

Comme l'explique le rapport, la DREES a tout d'abord estimé le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile dans chaque GIR, par tranche d'âge, et a établi deux hypothèses d'éligibilité à la PCH pour ces personnes qui seraient donc susceptibles de basculer à la PCH si cette prestation leur était ouverte.

Encadré n° 6 : Hypothèses d'éligibilité à la PCH pour les bénéficiaires de l'APA

GIR	Hypothèse 1 : seuls les GIR 1 et 2 sont concernés	Hypothèse 2 : tous les GIR sont concernés, dans des proportions différentes ¹
1	100%	100%
2	80%	100%
3	0%	80%
4	0%	40%

(1) Les proportions de l'hypothèse 2 sont issues de travaux conduits par la CNSA sur de petits échantillons et comportent une marge d'incertitude non négligeable
Source : DREES.

Selon que l'on repousse la barrière d'âge actuelle (60 ans) et donc l'âge où l'on pourrait passer de l'APA vers la PCH à 65, 70 ou 75 ans, le nombre des personnes susceptibles de basculer est le suivant pour

⁵¹ DAUDE Marie, MAUSS Huguette, PAUL Stéphane, « Evolution de la prestation de compensation du handicap », Inspection générale des affaires sociales, novembre 2016.

⁵² Direction générale de la cohésion sociale.

chacune des deux hypothèses (on part du principe que la PCH serait systématiquement préférée à l'APA, du fait notamment du plus grand nombre d'heures d'aide humaine potentiellement attribuables dans la limite des plafonds de la PCH, par rapport aux plafonds de l'APA).

Encadré n° 8 : Nombre potentiel de personnes concernées

	Hypothèse 1	Hypothèse 2
De 60 à 65 ans	1 500	7 500
De 60 à 70 ans	5 600	24 700
De 60 à 75 ans	13 600	56 000

Source : DREES, remontées individuelles APA/ASH 2011, enquête annuelle « aide sociale » et enquête trimestrielle sur la PCH

En appliquant à ces bénéficiaires potentiels le coût moyen de la PCH par bénéficiaire payé, constaté au dernier trimestre de 2015, qui est de 750 € par mois soit 9 000 € par an, on obtient les surcoûts annuels suivants (en millions d'euros).

Encadré n° 9 : Hypothèses de coût annuel de la mesure (en millions d'euros)

	Hypothèse 1	Hypothèse 2
De 60 à 65 ans	13,5	67,5
De 60 à 70 ans	50,4	222,3
De 60 à 75 ans	122,4	504,0

Source : DREES, remontées individuelles APA/ASH 2011, enquête annuelle « aide sociale » et enquête trimestrielle sur la PCH

Comme le souligne le rapport, il s'agit d'hypothèses portant sur des coûts bruts, **sans avoir retranché les économies d'APA qui seraient réalisées.**

Ainsi, selon les scénarios envisagés (65/70/75 ans) et les hypothèses prises en compte (basculement d'une partie des deux premiers GIR2 ou des quatre premiers), le coût brut obtenu par la DREES (sans prise en compte des économies APA) est compris **entre 13 millions et 504 millions d'euros.**

Le rapport souligne que les chiffrages de la DREES présentent cependant des **fragilités**. Par exemple, le coût moyen de la PCH de 750 € est calculé toutes tranches d'âge confondues alors que l'on peut supposer qu'il augmente avec l'âge. Compte tenu de ces fragilités, le rapport recommandait en 2016 d'agir par paliers, en augmentant tout d'abord la limite de 60 à 65 ans, afin d'observer le coût réel des hypothèses envisagées et de déterminer laquelle serait la plus probable pour les prochains paliers.

L'éligibilité d'autres publics à la PCH (handicap psychique, intellectuel, troubles neuro-développementaux, etc.)

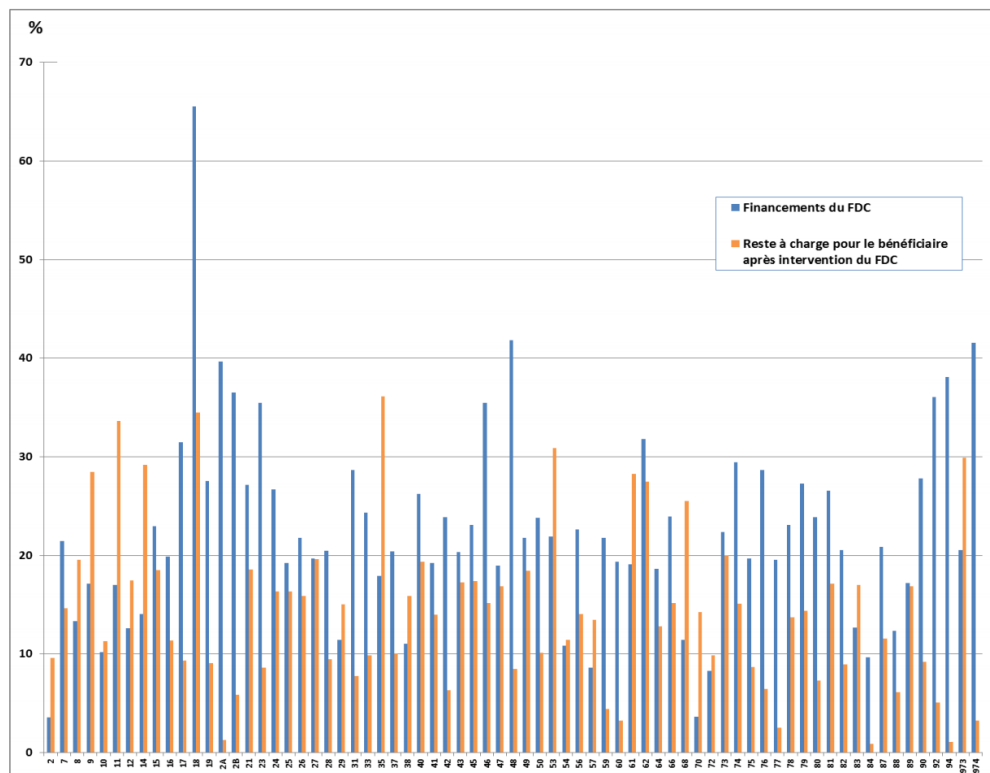
Il existe peu de données permettant d'estimer le coût d'une intégration des handicaps psychique,

intellectuel, troubles neuro-développementaux, troubles du spectre autistique, etc à la PCH. Au sujet du nombre de personnes concernées par cette éventuelle mesure, nous avons choisi de procéder par paliers : nous allons ainsi supposer une montée en charge de 150 000 personnes par an. L'objectif, à terme, pourrait être d'atteindre 612 000 personnes - nombre de personnes qui, selon l'Unafam, auraient besoin de cette aide humaine. En fixant le coût d'une heure d'aide humaine à 16€ (moyenne entre le tarif mandataire et le tarif prestataire) et en sachant que le coût moyen d'un plan d'aide humaine de la PCH est de 796€ (données CNSA 2020), nous pouvons faire les estimations suivantes :

- En se fondant sur le plan d'aide humaine moyen mensuel (hypothèse A) : le coût supplémentaire que représenterait chaque année l'intégration de l'aide humaine à la PCH pour 150 000 personnes en situation de handicap psychique ou intellectuel s'élèverait à 1 433 millions d'euros. Si l'objectif des 600 000 personnes était atteint, le coût total sur 4 ans serait de 5 731 millions d'euros.
- En supposant que le besoin d'aide humaine pour ces personnes est de 14 heures par semaine (hypothèse B) : le coût supplémentaire par an serait de 1 747 millions d'euros. Si l'objectif des 600.000 personnes était atteint, le coût total sur 4 ans serait de 6 989 millions d'euros.

Les restes à charge non pris en charge par les Fonds départementaux de compensation du handicap

**Part (en %) du financement des projets par les FDC* et part du reste à charge pour le bénéficiaire (après intervention du FDC) en 2017
(échantillon : 71 FDC)**



Source : enquête FDC 2017 – CNSA.

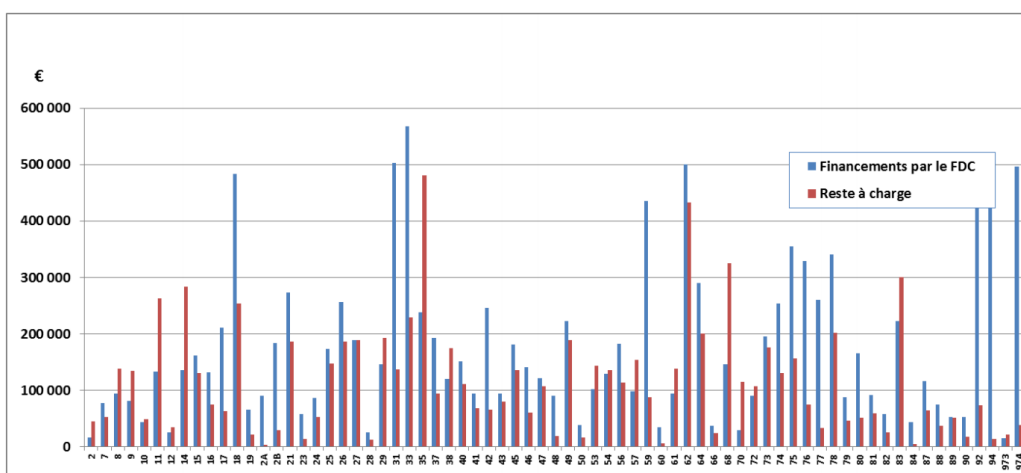
Le graphique ci-dessus met en évidence pour 71 Fonds départementaux de compensation du handicap (FDC) la part du financement des aides par les fonds en 2017 et celle du reste à charge pour la personne. Dans **22 de ces 71 FDC**, le montant du reste à charge pour le bénéficiaire après l'intervention du FDC est inférieur à 10 % du coût des projets (tous projets confondus). Pour un certain nombre de

départements (**15 des 21 FDC concernés**), on constate qu'une participation relativement élevée du FDC au financement des projets (> 25 %) permet de **contenir efficacement le reste à charge (< 15 %)**. À l'inverse, les départements dans lesquels le reste à charge pour la personne dépasse les 20 % (14 FDC concernés parmi les 71) sont majoritairement ceux où la participation du FDC est inférieure ou avoisine les 20 % (9 sur ces 14 FDC).

On remarque donc que la prise en charge des restes à charge par les fonds départementaux de compensation du handicap est très inégale selon les départements. L'intervention des FDC permet tout de même de réduire significativement les restes à charge après perception de la PCH.

L'analyse par type d'aide ou d'intervention financée montre que les **montants de reste à charge les plus élevés pour le bénéficiaire sont ceux liés à un aménagement du logement ou du véhicule** (médianes respectives supérieures à 800 euros).

Part (en volume financier) du financement des projets par les FDC* et part du reste à charge pour le bénéficiaire (après intervention du FDC) en 2017
(échantillon : 71 FDC)



Source : enquête FDC 2017 – CNSA.

Le graphique ci-dessus, issu de l'enquête de la CNSA analysant les fonds départementaux de compensation du handicap, permet de disposer d'une estimation du montant total que représentent les restes à charge des éléments 2 et 3 (qui représentent les plus grands postes de dépense) de la PCH dans les 71 départements enquêtés en 2017. Ce montant est **d'environ 7,8 M€**.

Notons que ce chiffre reste une approximation, ne concernant que les restes à charge pour les éléments 2 et 3 de la PCH, et reposant sur des données non complètes (seuls 71 départements ont répondu à l'enquête). Il est donc probablement largement **sous-évalué**. Une **enquête PHEDRE** (Prestation de compensation du handicap : exécution dans la durée et reste à charge) **pilotée par la DREES et l'IRDES et soutenue par la CNSA est en cours depuis 2016 pour estimer avec précision les restes à charge de la PCH** ; elle devrait arriver à son terme en 2021.

Les aidants

Un préalable à l'établissement d'un besoin de financement serait d'aboutir à une évaluation économique satisfaisante du travail fourni par les aidants dans le cadre de l'aide informelle. A ce titre, pourra notamment raisonner comme s'ils étaient rémunérés au SMIC pour chaque heure travaillée auprès de leurs proches en situation de handicap.

Le nombre estimé de proches aidants en France est évalué à 11 millions, qui s'occupent tant de personnes adultes que de personnes âgées dépendantes. Une étude du Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé de l'université Paris-Dauphine estime à **11 milliards d'euros par an l'économie pour l'État due au travail des aidants**. C'est en quelque sorte ce que représente la contribution des proches aidants pour la société. Il est estimé que 13% des salariés s'occupent aujourd'hui d'un proche dépendant.

Le rapport « Économie de l'aide formelle et informelle aux personnes âgées », produit pour le compte de l'IRESP en 2010 par l'UMR Inserm 912 (université d'Aix-Marseille) permet de déduire de ce chiffre de 11 milliards la partie dédiée aux personnes âgées, afin d'en extraire celle dédiée aux personnes en situation de handicap.

Ce rapport se fonde sur la méthode des "biens proxy", qui est un moyen d'évaluer le coût que représente l'aide apportée par l'entourage aux personnes âgées de 60 ans et plus. Elle repose sur le volume horaire que les aidants informels consacrent à l'aide qu'ils prodiguent à leurs proches. Ce volume horaire est ensuite converti en coût sur la base du SMIC horaire (évalué à 12,42€ selon la CNAF 2008).

Selon une des méthodes testées pour effectuer cette évaluation, ce rapport en arrive à chiffrer le coût annuel de l'aide informelle en France à environ 7,4 milliards d'euros. Sans étude de ce type sur les personnes en situation de handicap, on peut seulement en déduire, sous réserve de nombreuses précautions, que par comparaison avec le chiffre de 11 milliards d'euros, le coût annuel de l'aide informelle aux personnes en situation de handicap pourrait être d'environ 4 milliards d'euros. Gardons-nous toutefois d'une interprétation stricte de ce chiffre, qui n'est au fond qu'un minimum probable. De fait, de nombreuses situations de handicap, notamment de handicap psychique, restent largement sous-évaluées, alors même que ces personnes sont prises en charge au quotidien par leur famille. Ainsi, la contribution effective des aidants familiaux à la prise en charge de leurs proches en situation de handicap est sans doute plus élevée que ce que nous pouvons avancer ici.

L'accessibilité

Une loi d'avril 2014 a habilité le gouvernement à prendre par ordonnance des mesures qui ont introduit dans la loi du 11 février 2005 les agendas d'accessibilité programmée (Ad'AP). Du côté des collectivités territoriales, les estimations sont de 16,8 milliards d'euros pour les établissements recevant du public (ERP) et de 26,5 milliards d'euros pour les transports collectifs. Une étude menée par Accèsmétrie en 2010 a estimé le coût de la mise en accessibilité des seuls ERP à 3,6 Mds € pour l'État et à 16,8 Mds € pour les collectivités territoriales, dont environ 2,5 Mds € de TVA en large partie susceptibles d'être compensés par du FCTVA, soit environ 15 Mds €.

Ces chiffres sont parmi les rares indicateurs chiffrés permettant une approche du coût de la mise en œuvre de l'accessibilité au niveau global.

Rappelons toutefois qu'il est probable que les dépenses d'accessibilité ne rentrent pas dans le champ de la branche Autonomie de la Sécurité sociale. Nous ne les prendrons donc pas en compte dans la sommation finale des dépenses de l'Etat en faveur des personnes en situation de handicap susceptibles d'entrer dans la 5e branche de la Sécurité sociale.

b. La maquette intégrant les besoins actuellement non couverts

Poste de dépense	Précisions	Montant annuel estimé (en millions d'euros)
Aide à la parentalité	Estimation de la DREES	258 (prise en compte des actuels bénéficiaires de la PCH)
	Estimation de l'IGAS (2016)	428 (actuels bénéficiaires de la PCH + handicaps psychiques, cognitifs, troubles neuro-développementaux...)
Aide à l'alimentation, aux courses, préparation et prise des repas, vaisselle	Estimation de l'intégration d'une aide-ménagère dans l'aide humaine de la PCH	8,7 M par heure attribuée par mois. 43 M pour 5h par mois par exemple
Aide à la communication, à la vie sociale et citoyenne		Données non disponibles
Aide à la vie affective et sexuelle		Données non disponibles
Suppression/évolution des barrières d'âge	75 ans	69
	60 ans	Entre 13 et 504 selon les hypothèses et scénarios
Restes à charge non pris en charge par les FDC		7,8
L'éligibilité d'autres publics à la PCH		1 433 (hypothèse A) Palier 1 ^{ère} année 1 748 (hypothèse B) Palier 1 ^{ère} année
Les aidants		4 000 (peu fiable)
Total besoins actuellement non couverts	Minimum	5 824
	Maximum	6 800
Total dépenses actuelles liées au soutien à l'autonomie intégrables à la 5^{ème} branche + besoins actuellement non couverts	Minimum	33 122
	Maximum	34 098

3. Les dépenses liées aux prestations sociales potentiellement intégrables à la 5^{ème} branche

a. L'évaluation des dépenses considérées

L'AAH et la pension d'invalidité

L'AAH est une prestation différentielle, calculée par référence à un montant maximum (le **taux plein**), fixé par décret. L'AAH peut varier selon la situation professionnelle, les ressources, la situation de famille et le nombre de personnes à charge du bénéficiaire. En présence de ressources, elle est versée à **taux réduit**. Enfin, l'AAH est attribuée pour des durées variables en fonction du taux d'incapacité, susceptible ou non d'évolution favorable.

De 860 € par mois en 2018, le taux plein a été porté à 900 € au 1^{er} novembre 2019. La revalorisation significative de 2019 devait permettre à 34 000 personnes supplémentaires, dont les revenus mensuels sont compris entre 811 € (le plafond en 2017) et 900 €, de bénéficier de l'AAH. Les prévisions de dépenses d'AAH à l'horizon 2023 (en date du 17 mai 2019) estiment l'effet des revalorisations exceptionnelles à 42 millions d'euros pour 2018, 512 millions d'euros pour 2019 et 362 millions d'euros pour 2020.

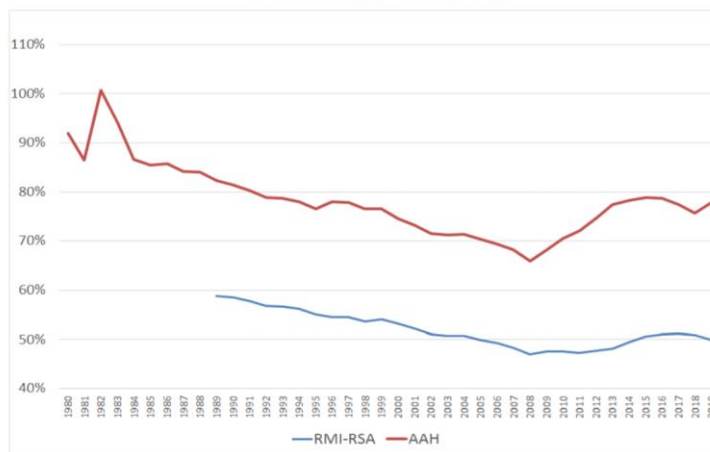
Le montant de la dotation 2018 pour le financement de l'AAH s'élève à **9 735 millions d'euros**.

Les dépenses liées à l'AAH au niveau du seuil de pauvreté

On évalue l'évolution du niveau de l'AAH non pas en valeur absolue, qui ne tiendrait pas compte de l'augmentation du niveau des prix et du niveau de vie moyen de la population, mais rapporté à la valeur du seuil de pauvreté (défini comme égal à 60% du niveau de vie médian, ce qui représente 1 041 euros par mois en 2017 selon l'observatoire des inégalités).

Le niveau de l'AAH atteignait près de 80% en 2019 avec le début de la mise en place par le gouvernement du plan triennal de revalorisation. Voici son évolution entre 1980 et 2019 :

Graphique 1 : montant forfaitaire du RMI puis du RSA et de l'AAH (en % du seuil de pauvreté)



Source : Drees et Insee ; calculs rapporteur général à la réforme du RUA

Les dépenses liées à l'AAH sans prendre en compte les revenus du conjoint : données non disponibles

Parallèlement aux revalorisations exceptionnelles du montant de l'AAH, les règles d'appréciation des revenus des bénéficiaires de l'AAH en couple, qui représentent, en 2019, 24% des allocataires (soit

environ 270 000 personnes), ont été modifiées. Le plafond de ressources pour les couples est resté élevé : il a été porté de 1 625,40 à 1 629 euros mensuels à compter de novembre 2019. Cette mesure devait garantir qu'aucun bénéficiaire en couple ne soit exclu de la revalorisation exceptionnelle de l'allocation.

Ainsi 60% des ménages en couple (soit 162 000 personnes) ont bénéficié, en novembre 2019, d'une revalorisation à plein à la suite de la réforme. Les 40% de bénéficiaires en couple qui n'en ont pas disposé entièrement ont disposé a minima d'un montant d'AAH constant.

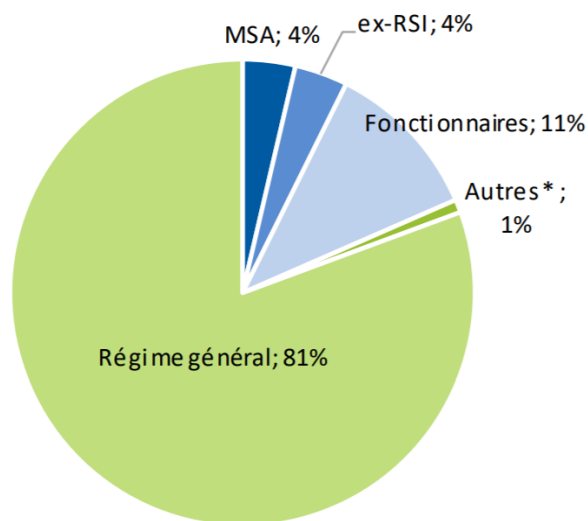
Les dépenses liées à l'AAH en intégrant les compléments supprimés

En intégrant le complément de ressources, il faut majorer les dépenses liées à l'AAH de **0,47 million d'euros en 2019** et de **5,7 millions en 2020** au regard des mesures mises en œuvre, notamment de la mesure transitoire de maintien des droits pendant 10 ans pour les actuels bénéficiaires s'ils restent allocataires de l'AAH (source : avis du CNCPPH déjà cité).

Les dépenses liées à la pension d'invalidité

Tous régimes confondus, les dépenses totales d'invalidité ont représenté **7,5 milliards d'euros en 2018**. Les dépenses du régime général ont représenté 81% du total, contre 11% pour les régimes de la fonction publique et 9% pour les autres régimes (MSA, autres régimes spéciaux et ex-RSI). La faible part des régimes de la fonction publique résulte de différences de règles d'admission en invalidité entre ces régimes et le régime général.

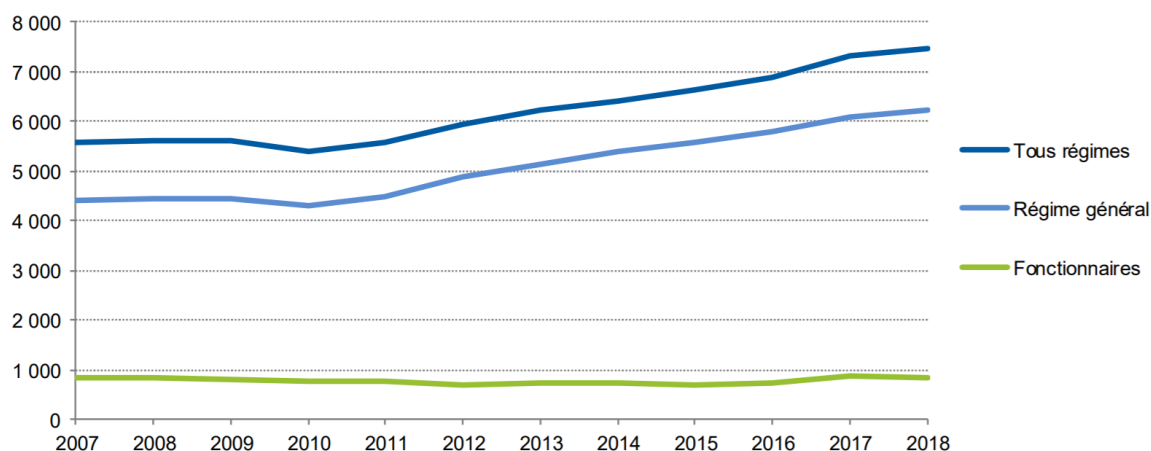
Graphique 2 • Répartition des dépenses d'invalidité en 2018, par régime



* La liste des régimes pris en compte est détaillée en précisions méthodologiques.
Source : CCSS septembre 2019, Cnam.
Champ : France entière.

Les dépenses d'invalidité, tous régimes confondus, ont diminué de 2007 à 2010, puis ont augmenté à partir de 2011 jusqu'en 2018 (+4,3 % d'augmentation moyenne annuelle).

Graphique 4 • Evolution des dépenses d'invalidité en M€, sur la période 2007-2018



Source : CCSS septembre 2019, Cnam.
Champ : France entière.

Concernant le régime général, à compter de 2011, la réforme des retraites de 2010 contribue à la hausse des prestations d'invalidité, le recul de l'âge de départ à la retraite se traduisant par un allongement de la durée en invalidité.

En 2018, l'ASI représente quant à elle une dépense de **241,8 millions d'euros**. Après une première revalorisation au 1er avril 2020, le PLFSS 2021 prévoit une nouvelle augmentation de l'ASI garantissant un niveau de ressources de 800 € par mois pour une personne seule.

Les prestations liées à l'emploi

L'aide au poste dans les entreprises adaptées (EA)

L'aide au poste dans les EA est une **compensation salariale versée aux entreprises pour l'emploi des personnes en situation de handicap**. Elle a été instaurée en 2005 et s'est substituée à la garantie de ressources des travailleurs handicapés (GRTH). Elle a représenté **338 millions d'euros en 2018**.

La subvention d'accompagnement et de développement versée aux entreprises adaptées

La subvention spécifique versée aux entreprises adaptées a également été instituée en 2005 et a pour vocation de compenser le surcoût lié à l'emploi très majoritaire de personnes handicapées dans les entreprises adaptées. Elle complète l'aide au poste. Elle a représenté **33,3 millions d'euros en 2018**.

Les mesures en faveur des personnes en situation de handicap (programmes régionaux pour l'insertion des travailleurs handicapés – PRITH – et aides individuelles)

Les PRITH définissent les plans d'actions du service public de l'emploi et de ses partenaires en matière d'emploi et de formation professionnelle des personnes en situation de handicap. Ce dispositif doit permettre d'assurer un pilotage plus efficace de cette politique et d'améliorer la coordination et la lisibilité des actions des différents acteurs en faveur des travailleurs handicapés et des entreprises. Il a représenté **5,08 millions d'euros en 2018**.

Les dépenses de l'Agefiph dédiées au maintien ou à l'accès à l'emploi

En 2018, les dépenses de l'Agefiph ont représenté **450 millions d'euros** (tableau 2 en annexe).

Les dépenses du Fiphfp dédiées au maintien ou à l'accès à l'emploi

En 2018, les dépenses du Fiphfp ont représenté **125 millions d’euros** (tableau 2 en annexe).

À eux deux, l’Agefiph et le Fiphfp ont pris en charge 1% des dépenses publiques pour la compensation de la perte d’autonomie des personnes handicapées en 2018.

Les dépenses liées aux ESAT

Les ESAT reçoivent de l’Etat une aide au poste, qui a vocation à compenser les charges supportées par les ESAT au titre de la rémunération, des cotisations sociales afférentes, du financement partiel de la formation professionnelle continue et de la prévoyance des travailleurs en situation de handicap admis dans ces établissements et services, dans les conditions définies par les articles L. 243- 4 et suivants du code de l’action sociale et des familles.

Les crédits 2018, d’un montant de 1 341 millions d’euros, correspondent au financement de la compensation servie pour la rémunération de l’ensemble des travailleurs handicapés orientés et accompagnés dans les 119 302 places d’ESAT autorisées.

Les dépenses liées à l’emploi accompagné

Le financement du dispositif est assuré conjointement par l’État, l’Agefiph et le FIPHFP, à hauteur respectivement de **5 millions d’euros, 2 millions d’euros et 500 000 € pour l’année 2018**. Avec le “changement d’échelle” du dispositif annoncé par le gouvernement, l’enveloppe globale (État, Agefiph et FIPHFP) devrait dépasser 17 millions d’euros en 2020.

L’AEEH et ses compléments

Tableau 1 • **Barème de l’AEEH en vigueur au 1^{er} avril 2019**

	AEEH		Majoration parent isolé	
	en % de la BMPF(1)	Montant mensuel au 01/04/2018	en % de la BMPF(1)	Montant mensuel au 01/04/2018
Allocation de base	32%	132,21 €	-	-
Complément 1	24%	99,16 €	-	-
Complément 2	65%	268,56 €	13%	53,71 €
Complément 3	92%	380,11 €	18%	74,37 €
Complément 4	142,57%	589,04 €	57%	235,50 €
Complément 5	182,21%	752,82 €	73%	301,61 €
Complément 6	MTP (2)	1 121,91 €	107%	442,08 €

Source : Réglementation (barème en vigueur depuis le 01/04/2019).

(1) La BMAF est la base mensuelle de calcul des allocations familiales qui sert à fixer le montant des prestations familiales, elle est fixée à 413,16€ depuis le 01/04/2019 ;

(2) Majoration pour tierce personne.

Note de lecture: Un parent élevant seul son enfant handicapé qui bénéficie d’un complément de type 4 percevra $132,21+589,04+235,50=956,75€$ mensuels.

Les dépenses de la Sécurité sociale pour l’AEEH ont représenté **1 milliard d’euros en 2018** (source : tableau 2 en annexe, PLFSS).

Les besoins d’une présence d’aide humaine dans le logement

Forfait pour l’habitat inclusif

Le forfait pour l’habitat inclusif qui existe actuellement représente 3 000 à 8000 euros par an. Au total, il a représenté 15 millions d’euros en 2019 et devrait représenter 25 millions d’euros en 2020.

Les aides prévues dans le rapport Piveteau-Wolfrom

Nous détaillons ici tout d’abord les principales aides nouvelles préconisées par le rapport Piveteau-Wolfrom : l’AVP, le forfait de services mutualisés, le prêt aidé et la transformation de logements existants en logements API. Puis nous restituons les estimations des auteurs en termes d’enveloppe

globale à accorder à ces réformes.

Le montant et le financement de l'AVP

Le rapport prévoit que le montant de l'AVP soit **conventionnel et forfaitaire, compris entre deux extrêmes fixés au niveau national**. Il devra être différencié selon la nature des services assurés par la personne 3P. Le rapport envisage des niveaux de forfait de l'ordre des montants du forfait pour l'habitat inclusif, voire supérieurs pour couvrir les nouvelles fonctions de la personne 3P, et notamment l'appui au parcours de vie : **par exemple jusqu'à 10 000 euros par personne et par an**.

L'AVP serait **versée par le département**, mais le paiement serait couvert par des **crédits de l'Etat** et par une **dotation de la CNSA**, dans le cadre d'un contrat avec le département. Toujours selon le rapport, cela pourrait prendre la forme d'un **fonds départemental de financement de l'AVP**, dont les dépenses seraient couvertes, soit intégralement soit partiellement, par les versements des deux budgets nationaux et, le cas échéant, par un complément de ressources du département.

Le montant et le financement du forfait de services mutualisés

Selon les auteurs, puisqu'il a vocation à couvrir ce qui relève de l'APA ou de la PCH lorsque les personnes en sont bénéficiaires, ce forfait ne peut avoir qu'un **financement départemental**. Ces dépenses supplémentaires ont vocation à être couvertes par une **dotation de la CNSA**. Son montant serait également conventionnel et forfaitaire, compris entre un minimum et un maximum fixés au niveau national.

Une distinction devra sans doute être faite entre personnes âgées et personnes en situation de handicap, les conditions d'éligibilité à l'APA et à la PCH étant différentes. Pour les personnes vivant avec un handicap mais n'ayant pas de PCH, la cible d'environ une heure de service d'aide humaine par jour et par personne, **entre 6 000 et 8 000 euros par an**, donne un ordre de grandeur.

Le prêt aidé API

Il serait financé par une **ligne spéciale du Fonds national d'aide à la pierre (FNAP), abondée par le budget de l'Etat ou celui de la CNSA**, et par des **fonds territoriaux**, ayant pour objet de collecter l'investissement volontaire des collectivités territoriales et d'autres personnes publiques ou privées chargées d'une mission de service public, en charge des politiques sociales pour les personnes âgées et en situation de handicap (communes, EPCI, départements, organismes de protection sociale et de prévoyance), dans des programmes comportant des logements API.

Les transformations de logements existants en logements API

Elle serait financée grâce à la réactivation de la **subvention PALULOS** (prime à l'amélioration des logements à usage locatif, destinée aux organismes HLM, aux SEM et aux organismes contribuant au logement des personnes défavorisées et à l'amélioration des logements locatifs à finalité sociale, plafonnée à 13.000 € par logement et 20.000 € pour une augmentation de surface de 10 % minimum) en utilisant pour cela les **fonds territoriaux** prévus pour le prêt aidé API.

Cette subvention pourrait être articulée à **l'actuel dispositif dit « PAI » de la CNSA**, financé sur ses excédents budgétaires, qui est actuellement exclusivement consacré à la création et à la rénovation de places en établissement médico-social.

Coût total estimé

Les auteurs du rapport ont procédé en trois temps :

- Ils ont d'abord estimé une **cible** : permettre, d'ici à 2030, à **150 000 personnes** (100 000 personnes

âgées et 50 000 personnes en situation de handicap), d'occuper un logement API ;

- Ils ont ensuite multiplié cette cible par **l'évaluation d'investissement** (construction, réhabilitation des logements) **et de fonctionnement** (les services des personnes 3P) ;
- Pour obtenir un coût net, il aurait fallu soustraire de cette somme ce que, en l'absence de déploiement de l'habitat API, les finances publiques auraient eu à payer pour les mêmes personnes. Cependant, les auteurs se sont limités au **coût brut des réformes proposées**, convaincus qu'ils étaient que le coût net unitaire était négatif, qu'on le compare à un accompagnement de même qualité à domicile ou en établissement.

Pour **l'évaluation d'investissement**, les auteurs ont fait l'hypothèse d'un taux d'occupation à 10% par des ménages de deux personnes, soit environ 140 000 logements à l'horizon 2030. En retenant un taux de 2/3 en logement subventionné, ils estiment le nombre de logements subventionnés à environ 100 000. Ces derniers pourraient selon eux se répartir pour 90% dans le parc social et pour 10% dans le parc privé conventionné (aides de l'Agence nationale de l'habitat).

- Dans le parc social, en retenant, pour le prêt aidé déjà évoqué, une esquisse de 50% PLAI, 30% PLUS, 20% PLS, plus une moyenne de 20% de « surfaces partagées » subventionnés en PLAI, ils ont abouti à une subvention moyenne entre 14 000 et 15 000 euros par logement.
- Dans le parc privé, la mission a fait l'hypothèse que les aides de l'ANAH pourraient être déplafonnées, de façon à pouvoir accompagner des opérations à hauteur d'au moins 8 000 euros par logement.

Le montant total des subventions à l'investissement (Etat, collectivités locales, ANAH, autres financeurs) à horizon de 10 ans serait donc à situer autour de **1,3 milliards d'euros sur dix ans, soit 130 millions d'euros par an**.

Concernant les **coûts de fonctionnement**, ils ont évalué les coûts liés à l'AVP et au forfait de services mutualisés. Selon eux, les coûts des services d'aide à la personne n'ont, en revanche, pas à être pris en compte : les habitants y auraient également recours s'ils habitaient ailleurs.

Pour l'AVP, les auteurs ont retenu :

- un impact du « critère de ressources » de l'ordre de 20% (soit 120 000 bénéficiaires sur la cible de 150 000 habitants) ;
- un montant moyen de 6 000 € par personne et par an.

Pour le forfait de services mutualisés, ils ont compté 5 000 € par an en moyenne (soit une heure par jour et par personne) pour 5% à 10% des habitants.

En tenant compte, pour la part de logement social, de la majoration d'APL, ils aboutissent à une **somme cible d'environ 800 millions d'euros de coût de fonctionnement par an en 2030**. Soit, avec une montée en charge non linéaire, **des dépenses nouvelles de l'ordre de 60 à 70 millions d'euros en 2021 et 2022**.

Le coût total des aides prévues dans le rapport Piveteau-Wolfrom serait donc de **9,3 milliards d'euros sur dix ans : en considérant une répartition 2/3 (personnes âgées) – 1/3 (personnes en situation de handicap), le coût sur le champ handicap serait de 3,1 milliards d'euros, soit 310 millions par an**.

Les crédits d'impôts

Crédit d'impôt pour les travaux d'équipement pour personnes âgées ou en situation de handicap

(En millions d'euros)

Dépenses fiscales sur impôts d'État contribuant au programme de manière subsidiaire		Chiffage pour 2016	Chiffage pour 2017	Chiffage pour 2018
110236	Crédit d'impôt pour dépenses d'équipements de l'habitation principale en faveur de l'aide aux personnes Impôt sur le revenu <i>Bénéficiaires 2016 : 48 036 ménages - Méthode de chiffrage : Simulation - Fiabilité : Très bonne - Création : 2004 - Dernière modification : 2014 - Fin d'incidence budgétaire : 2018 - Fin du fait générateur : 2017 - CGI : 200 quater A</i>	47	60	67

Crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile

(En millions d'euros)

Dépenses fiscales sur impôts d'État contribuant au programme de manière subsidiaire		Chiffage pour 2016	Chiffage pour 2017	Chiffage pour 2018
110214	Réduction d'impôt au titre de l'emploi, par les particuliers, d'un salarié à domicile pour les contribuables n'exerçant pas une activité professionnelle ou demandeurs d'emploi depuis moins de trois mois Impôt sur le revenu <i>Bénéficiaires 2016 : 2 343 289 ménages - Méthode de chiffrage : Simulation - Fiabilité : Très bonne - Création : 1991 - Dernière modification : 2016 - Fin d'incidence budgétaire : 2017 - Fin du fait générateur : 2016 - CGI : 199 sexdecies-1 à 3 et 5</i>	1 490	1 425	-

Crédit d'impôt pour les prestations de services à domicile pour les personnes âgées ou les personnes en situation de handicap

Les personnes âgées (de plus de 65 ans) et les personnes en situation de handicap peuvent bénéficier d'un crédit d'impôt de **50 % des dépenses engagées** pour des services à la personne dans la limite de plafonds allant de 13 500 € à 20 000 € selon les situations (soit entre 6 250 et 10 000 € par an au maximum).

Selon D. Piveteau et J. Wolfram, les sommes versées par les habitants à la personne morale 3P, restant à leur charge après déduction de l'aide à la vie partagée s'ils la perçoivent, pourraient ouvrir droit à un crédit d'impôts. En effet, les missions de la personne 3P s'inscrivent pleinement dans les activités de **services à la personne** détaillées dans le code du travail⁵³.

Selon eux, la question peut également se poser d'**augmenter le plafond** des dépenses de manière ciblée **pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap vivant dans un logement API**. Une telle hausse de plafond permettrait selon eux de prendre en compte au plus juste les dépenses engagées par les personnes vulnérables faisant le choix d'une vie en autonomie. Ils rappellent néanmoins que pour beaucoup d'habitants API, les sommes versées à la personne 3P seront couvertes par l'aide à la vie partagée et ne seront pas concernées par le crédit d'impôt.

⁵³ article D. 7231-1, 3ème alinéa du I : « assistance dans les actes quotidiens de la vie ou aide à l'insertion sociale aux personnes âgées et aux personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques qui ont besoin de telles prestations à domicile, quand ces prestations sont réalisées dans les conditions prévues aux 1° et 2° de l'article L. 7232-6 du présent code, à l'exclusion d'actes de soins relevant d'actes médicaux [...]»

b. La maquette intégrant les autres dépenses sociales en faveur des personnes en situation de handicap

Prestations	Montant annuel (base : chiffres 2018 en millions €)
AAH	9 735
AAH sans prendre en compte les revenus du conjoint	Absence de données
AAH en intégrant les compléments supprimés	9 740 (2020)
Rentes et pensions d'invalidité (y c. militaires) + prestations d'invalidité diverses	10 000
Agefiph	450
Fiphfp	125
ESAT	1341
Entreprises adaptées	371,3
PRITH et aides individuelles pour l'emploi	5,08
Emploi accompagné	7,5 (prévision de réforme : 17 en 2020)
AEEH	1000
Forfait pour l'habitat inclusif	25 (2020)
Aides prévues dans le rapport Piveteau-Wolfrom (habitat inclusif)	310
Crédit d'impôt pour des travaux d'équipement pour personne âgée ou en situation de handicap (habitat inclusif)	67
Crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile (habitat inclusif)	1425 (2017)
Total des autres dépenses sociales en faveur des personnes en situation de handicap	24 867
Total dépenses actuelles liées au soutien à l'autonomie intégrables dans 5^{ème} branche + besoins actuellement non couverts + autres prestations sociales possiblement intégrables à la 5^{ème} branche	Minimum : 57 989
	Maximum : 58 965

Comparatif

Tableau final « effort social consenti en faveur des personnes en situation de handicap » (au sens de l'étude de 2017 de la DREES qui récapitule toutes les dépenses actuelles, effectives en faveur du soutien aux personnes en situation de handicap).

Poste de dépenses		Montant annuel estimé en 2014 par la DREES (en milliards d'euros)	Montant annuel estimé pour 2020 (en milliards d'euros)
Prestations sociales en faveur du handicap	Prestations de compensation du handicap (PCH et ACTP)	1,6	2,45
	Accueil et hébergement des personnes handicapées	14,1	16,7
	Rentes (y.c ATMP), pensions d'invalidité et ASI	9,3	10,9
	Pensions militaires d'invalidité et autres pensions	0,7	1,1
	Autres prestations d'invalidité (dont crédits d'impôts)	0,6	1,42
	AAH	8,5	9,73
	Allocations en faveur des enfants handicapés (AJPP et AEEH)	0,9	1
	ESAT et garantie de ressources	3,0	1,35
Prestations liées à l'emploi des travailleurs handicapés (Agefiph et Fiphfp)	0,6	0,575	
SOUS-TOTAL		39,3	45,2 (+15%)
Dépenses fiscales et exonérations de cotisations sociales patronales	Aides fiscales soumises à conditions de ressources	0,5	1,59
	Demi-parts en faveur des personnes handicapées	0,4	0,45
	Taux de TVA réduits	1,2	0,25
	Autres aides fiscales	0,2	0,71
	Exonération des cotisations sociales patronales	1,2	1,2
SOUS-TOTAL		3,4	4,2 (+23,5%)
Dépenses de fonctionnement	MDPH	0,326	0,31
	Agefiph et Fiphfp + CNSA	0,065	0,084
SOUS-TOTAL		0,4	0,4 (=)
Dépenses d'investissement		0,076	0,06
SOUS-TOTAL		0,1	0,1 (=)
TOTAL		43,2	49,9

Éléments de synthèse de l'analyse financière

Au moment de conclure sur l'analyse financière, nous voulions faire un certain nombre de remarques :

- Plusieurs compartiments de dépenses n'ont pu être estimés faute de travaux sur lesquels s'appuyer ;
- La prospective est très dépendante des grandes masses considérées : parfois de façon conservatrice, parfois de façon expansive (c'est le cas du concours des aidants à hauteur de 4 Mds € et de la meilleure prise en compte du handicap psychique au titre de la PCH) ;
- Dans ce dernier cas, nous avons considéré d'emblée une montée en charge par palier sur 4 ans dans un souci de réalisme opérationnel et de soutenabilité.

En considérant les dépenses actuelles, la couverture des besoins nouveaux (à court termes et à un horizon de 4 années) et l'intégration des dépenses sociales tierces, on peut établir la synthèse ci-dessous :

Effort social 2020 en matière de handicap (en milliard d'euros)		49,9
Dépenses actuelles liées au soutien à l'autonomie intégrables dans le budget de la 5^{ème} branche		27,3
Dépenses nouvelles liées à des besoins actuellement non couverts Année 1 de montée en charge de la PCH en matière de handicap psychique	Minimum	5,8
	Maximum	6,8
Autres dépenses sociales en faveur des personnes en situation de handicap		24,9
Dépenses totales potentielles de la branche sur le volet handicap (court terme)	Minimum	58
	Maximum	59
Dépenses totales potentielles de la branche sur le volet handicap après montée en charge de la PCH en matière de handicap psychique (au bout de 4 années)	Minimum	62,2
	Maximum	63,2

Présentation en dynamique

	Minimum	Maximum	Augmentation de l'effort social		Augmentation de l'effort social hors valorisation du concours des aidants (4 Mds)	
Effort social global courant (estimation 2020)	49,9 Mds		En milliards d'euros			
Effort social intégrant les besoins actuellement non couverts et autres prestations sociales potentiellement intégrables à la 5^{ème} branche Années 1 de montée en charge de la PCH en matière de handicap psychique	58 Mds	59 Mds	Min 8,1	Max 9,1	Min 4,1	Max 5,1
Effort social intégrant les besoins actuellement non couverts et les autres prestations sociales potentiellement intégrables à la 5^{ème} branche Année 2	59,4 Mds	60,4 Mds	9,5	10,5	5,5	6,5
Effort social intégrant les besoins actuellement non couverts et les autres prestations sociales potentiellement intégrables à la 5^{ème} branche Année 3	60,8 Mds	61,8 Mds	10,9	11,9	6,9	7,9
Effort social intégrant besoins actuellement non couverts et autres prestations sociales potentiellement intégrables à la 5^{ème} branche Année 4	62,2 Mds	63,2 Mds	12,3	13,3	8,3	9,3

Le propos de cette étude était d'établir une approche globale du volet « handicap » du compte cible de la Cinquième branche, en prenant en compte l'ensemble des besoins, actuellement couverts ou pas, et en rapprochant de ce compte les dépenses tierces.

Il conviendrait aussi bien entendu de bâtir une cible de dépenses à terme en tenant compte de l'évolution du coût des facteurs.

L'intérêt, lorsqu'on dispose d'un « compte », est en effet de conduire un certain nombre de travaux d'évaluation économique : coût et retour sur investissement des politiques de prévention, évolution du coût des facteurs, évolution des clés de financement, variations en fonction des ressources des bénéficiaires... Nous esquissons quelques réflexions en annexe 2 sur le volet prévention.

L'intérêt est aussi de compléter cette approche financière globale par une approche qualitative et de prospective stratégique sur la qualité de la prise en charge, l'évolution des besoins, les comparaisons internationales (cf. annexe 1 pour une esquisse, tirée d'une analyse de l'IGAS, sur les politiques en matière de soutien à l'emploi des personnes en situation de handicap), les perspectives de financement à long terme... dans l'optique d'équilibrer les données et les analyses dont on dispose respectivement dans le champ du handicap et dans celui du grand-âge.

Annexe 1 – Comparaisons internationales des prestations en faveur de l’emploi des personnes en situation de handicap

Le rapport de l’IGAS de 2020⁵⁴ distingue trois modèles historiques en termes d’aide à l’emploi.

Tout d’abord, le modèle des quotas réserve des places en milieu ordinaire à des personnes en situation de handicap. Il est lié à une approche catégorielle, puisqu’il faut définir la population bénéficiaire. L’Allemagne est, avec la France, le pays le plus représentatif de ce modèle, mais 16 autres Etats membres de l’Union européenne ont une politique de quotas.

Le modèle des droits, fondé sur le principe de non-discrimination, a été développé aux Etats-Unis et ensuite adopté par le Royaume-Uni. Il met l’accent sur l’insertion en milieu ordinaire et sur l’obligation pour l’employeur de procéder à des “aménagements raisonnables” de l’environnement de travail. L’absence de tels aménagements ou le refus d’y procéder sont considérés comme une discrimination et sanctionnés comme tels.

Enfin, le modèle nordique refuse toute catégorisation des personnes sur des critères de handicap, ce qui le rapproche du modèle anglo-saxon. Cependant, à la différence du Royaume-Uni, la Suède conserve un secteur important d’emplois protégés. Par ailleurs, la tradition nordique de l’Etat Providence a conduit à un niveau élevé d’intervention, sous la forme de subventions salariales aux entreprises et d’accompagnements sur mesure pour les salariés, les employeurs et les collectivités de travail.

Cependant les frontières entre ces modèles ne sont pas intangibles. Par exemple, les Etats-Unis recourent au système des quotas : pour répondre aux appels d’offre du gouvernement fédéral, les entreprises doivent employer au moins 7% de travailleurs handicapés. De la même manière, la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) adoptée par l’Assemblée générale des Nations unies le 13 décembre 2006, consacre le principe anglo-saxon de non-discrimination.

Par ailleurs, des principes développés dans un cadre international et européen tendent à faire se rapprocher les différents modèles. Ainsi de l’idée selon laquelle il faut “désinsulariser” le handicap, en intégrant autant que possible les personnes en situation de handicap au milieu ordinaire. Cet objectif est aujourd’hui largement partagé au niveau international, même si sa déclinaison politique varie selon les pays.

⁵⁴ http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_igas-2020-handicapsetemploi_interactif.pdf

Annexe 2 – La prévention et sa prise en compte dans la logique de la 5^{ème} branche

Aborder la prévention de la perte d'autonomie résultant d'une situation de handicap est nécessaire pour mieux comprendre comment s'orientent et pourront s'orienter à l'avenir les politiques sanitaires et sociales relatives au handicap. L'investissement dans la prévention, qui concerne tous les secteurs des politiques publiques en matière de santé, est susceptible de diminuer la prévalence de certaines pathologies dans une population donnée et, en conséquence, permet d'envisager des économies importantes sur les futures dépenses afférentes.

Néanmoins, cette approche globale mérite d'être affinée, tout comme la définition même de la prévention qui est plus complexe qu'il n'y paraît. Comme l'explique Philippe Lamoureux dans le *Traité d'économie et de gestion de la santé* (2009), « la définition de la prévention ne fait pas consensus ». Dans le cas du handicap, une définition classique de la prévention comme visant à « éviter » une pathologie ne tient pas. En effet, bien que le handicap soit une situation résultant de facteurs divers, parfois susceptibles d'une prévention, cela n'est pas le cas de tous les types de handicap. Ainsi, dans certains cas, le handicap ne pourra faire l'objet d'une « prévention » au sens d'un simple évitement. On comprend donc que la notion de prévention telle qu'appliquée au cas du handicap doit revêtir une signification plus large : si elle peut concerner la prévention de certains facteurs du handicap, elle est avant tout une prévention de la perte d'autonomie associée à la situation de handicap. C'est ce que souligne utilement P. Lamoureux en distinguant, dans ce qu'il qualifie d'approche courante de la prévention :

- « La prévention primaire, qui intervient avant l'apparition de la maladie pour empêcher sa survenue ;
- la prévention secondaire, à laquelle il est fait appel lorsque la survenue de la maladie n'a pu être empêchée. Elle permet de gagner du temps sur l'évolution de celle-ci et de rendre le soin plus efficace, car plus précoce ;
- la prévention tertiaire, qui survient après le déclenchement de la maladie et des soins. Elle vise à réduire les conséquences de la pathologie. »

En oubliant le terme de « maladie », et en appliquant ce raisonnement au handicap, on comprend qu'une majorité de la prévention effectuée dans le cadre du handicap relève de la prévention secondaire et tertiaire, notamment en ce qu'elles permettent d'éviter une perte d'autonomie trop importante. La prévention, en ce sens plus global, inclut donc tout ce qui permet d'atténuer les effets négatifs du handicap sur la vie de la personne en situation de handicap.

Cette approche de la prévention est partagée par la journaliste Marie-Claire Brown dans son article « Prévenir certains handicaps, c'est possible », à la Documentation française. Celle-ci se réfère à la définition de la prévention donnée en 1948 par l'OMS comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».

Pour éviter la référence récurrente à la maladie présente dans cette première esquisse de définition, P. Lamoureux présente un deuxième type de définition plus globale et sans référence à la pathologie. Il y distingue notamment, à côté de la prévention dite « universelle », dirigée vers l'ensemble de la population, la prévention sélective et la prévention indiquée (Gordon, R. (1983) *An Operational Classification of Disease Prevention*).

La prévention sélective se destine exclusivement à des sujets considérés comme « à risque » et permet d'éviter la survenue d'une pathologie chez ces sujets. La prévention indiquée concerne quant à elle seulement les sujets atteints de la pathologie en question et « les aide à gérer leur traitement de façon à en améliorer le résultat ». Là encore, sous réserve d'une transposition de ces définitions au cas du handicap, ces deux types de prévention semblent caractériser particulièrement les dépenses liées à la prévention de la perte d'autonomie liée au handicap. Ainsi, un profil particulier des dépenses liées à cette prévention se dessine : il s'agit en effet, au contraire de la prévention dite « universelle », de dépenses bien ciblées sur une population donnée, mais potentiellement élevées car devant répondre à un handicap déjà existant, ou à un risque de survenue d'un handicap. De plus, cette prévention semble bien plus continue que la prévention universelle (qui n'est pas aussi régulière que la prévention sélective ou indiquée) : les personnes en situation de handicap font alors l'objet d'un suivi s'accompagnant d'une prévention sur le long terme.

Ainsi, les dépenses de prévention liées au handicap seraient, selon cette première hypothèse, concentrées dans une assiette relativement restreinte (en excluant les cas de prévention universelle qui peuvent occasionnellement toucher le handicap), mais potentiellement élevées car relativement ciblées et continues. Ces dépenses sont également nécessairement influencées par le caractère pluridisciplinaire de la prévention du handicap qui découle de la diversité de ses facteurs. Comme le soulignent Danièle Truscelli et Elizabeth Zucman dans l'ouvrage *Handicap, une encyclopédie des savoirs*, dirigé par Charles Gardou, « *Les multiples facteurs entrant dans la pathogénie des déficiences motrices les marquent d'une extrême diversité : leur gravité entraînant une dépendance plus ou moins invalidante ; celle du siège des lésions causales, cérébrales ou périphériques ; le moment où survient l'atteinte : génétique, fœtale, périnatale, dans l'enfance, l'âge adulte, la vieillesse [...]. L'intrication de ces facteurs confère aux troubles moteurs une grande complexité, à prendre en compte par le médecin de réadaptation fonctionnelle* ». On comprend donc le caractère multiforme de la prévention liée au handicap, qui en vient donc aussi à intégrer toutes les formes de rééducation, celles-ci ayant bien pour vocation de prévenir une perte d'autonomie des personnes en situation de handicap.

Néanmoins, ces actes de prévention se prêtent particulièrement mal à l'analyse économique, comme le souligne toujours Philippe Lamoureux dans le *Traité d'économie et de gestion de la santé*, notamment par rapport au soin, « *pour lequel un lien causal direct entre une action et sa conséquence peut plus facilement être mis en évidence* ». Il faut donc reconnaître là encore la difficulté de la littérature à quantifier de façon satisfaisante les économies en termes de dépenses de soins réalisées à partir de la prévention. Dans le cas du handicap, cette quantification est d'autant plus difficile que la prévention consiste notamment en des soins dans le but de retarder la perte d'autonomie : on se situe donc à la limite entre prévention et soins, et différencier les deux s'avère parfois être difficile, voire peut n'avoir aucun sens dans les faits.

De plus, il faut bien souligner que les comptes de la protection sociale sont loin de prendre en compte toutes les dépenses de prévention. De nombreuses actions sont en effet menées à l'initiative de collectivités territoriales, d'entreprises, d'associations, sans mentionner les externalités positives d'autres politiques publiques susceptibles de rejaillir sur la prévention et sur les dépenses de santé (à l'image des questions environnementales). Ce « caractère diffus » du spectre de la prévention, qui s'applique également à la prévention autour du handicap, rend particulièrement complexe l'évaluation du poids économique réel de celle-ci.

Au moins la prévention spécifique au handicap permet-elle d'éviter les problèmes d'asymétrie de l'information, qui peuvent conduire les individus à faire des choix personnels de prévention non nécessairement optimaux. En effet, comme nous l'avons déjà souligné, la prévention liée au handicap

consiste moins en la réduction d'un risque qui serait mal identifié par les individus qu'en une prise en charge de personnes en situation de handicap dans le but de prévenir la perte d'autonomie. Comme le souligne encore P. Lamoureux, « *prévention secondaire et qualité du traitement sont complémentaires, puisque dès lors qu'il existe des traitements plus efficaces, il est dans l'intérêt de l'individu de recourir au dépistage.* »

Enfin, il faut noter que le suivi thérapeutique en lui-même dépend de nombreux facteurs, et que ses résultats ne sont généralement pas reproductibles d'un patient à l'autre. On voit donc que l'effet en termes d'économies pour un patient donné sera potentiellement fortement différent de celui pour un autre patient. Là encore, ceci n'aide pas l'évaluation économique à la fois des dépenses de prévention et des conséquences positives de la prévention sur les dépenses publiques.

De fait, malgré le lancement par le gouvernement d'une stratégie nationale de prévention de la perte d'autonomie, présentée mi-janvier 2020, toute perspective précise de chiffrage des dépenses dédiées à la prévention reste pour l'instant introuvable. On ne peut par ailleurs que faire remarquer que cette stratégie se concentre surtout sur les personnes âgées (<https://www.unccas.org/prevention-de-la-perte-d-autonomie-quelle-strategie-nationale>). S'il est clair qu'une prévention de certains handicaps doit être menée, comme le souligne l'article déjà cité de Marie-Claire Brown, « Prévenir certains handicaps, c'est possible », reste à répertorier les sources de financement et à intégrer ces éléments dans la logique de la 5^{ème} branche.

La question si cruciale de la prévention vient donc éclairer un des « trous dans la raquette » qui subsistent, malgré nos efforts de chiffrage, dans cette trame générale des futures dépenses possibles de la branche Autonomie de la Sécurité sociale.

Annexe 3 – Rappel des définitions

Handicap

D'après la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, le handicap désigne « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* »

Invalidité

L'invalidité diffère du handicap : elle renvoie seulement au préjudice professionnel lié à une incapacité de permanente de travail. Ainsi, les pensions d'invalidité ne constituent pas une aide à l'autonomie et n'ont pas vocation à compenser un handicap de manière générale : elles visent à compenser la perte de salaire occasionnée par toute forme d'invalidité.

Aide à l'autonomie

Toute aide dont la logique est de chercher à compenser la perte d'autonomie due à un handicap, que celui-ci soit physique ou psychique. Cette aide peut être aussi bien financière qu'en nature. Elle se distingue de l'aide sociale, qui ne compense pas directement un handicap, mais a plutôt vocation à assurer des ressources minimales aux bénéficiaires.

Prestation de compensation du handicap (PCH)

La PCH est une aide financière versée par le département. Elle permet de rembourser les dépenses liées à la perte d'autonomie des personnes en situation de handicap. Elle prend en compte les besoins et aspiration de la personne en situation de handicap pour offrir une prise en charge individualisée. La PCH comprend **5 formes d'aides** :

- **Humaine.** Cette aide permet de rémunérer un service d'aide à domicile ou de dédommager un aidant familial (un membre de la famille qui n'est pas salarié pour cette aide).
- **Technique.** Cette aide est destinée à l'achat ou la location d'un matériel compensant le handicap (par exemple, un fauteuil roulant). Le niveau de remboursement diffère selon que l'aide figure ou non sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) par la Sécurité sociale.
- **Aménagement du logement.** Cette aide est destinée au financement des travaux permettant de compenser les limitations d'activité, que ce soit à titre définitif ou provisoire. **Transport.** L'aide comprend l'aménagement du véhicule et les surcoûts liés aux trajets.
- **Aide spécifique ou exceptionnelle.** Les charges spécifiques sont des dépenses permanentes et prévisibles liées au handicap et non prises en compte par un des autres éléments de la PCH. Il peut s'agir par exemple des frais d'entretien d'un fauteuil roulant. Les charges exceptionnelles sont des dépenses ponctuelles liées au handicap et non prises en compte par un des autres éléments de la PCH. Il peut s'agir, par exemple, de frais de réparations d'un lit médicalisé.
- **Animalière.** Cette aide est destinée à l'acquisition et à l'entretien d'un animal (par exemple, un chien d'aveugle).

Aidant

Au titre de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, un aidant est une « *personne qui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour*

accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne ».

CNSA

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est un établissement public créé par la loi 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle est sous la tutelle principale de la direction générale de la cohésion sociale du ministère des solidarités et de la santé, tutelle notamment partagée avec le ministre chargé du budget. La CNSA a surtout un rôle financier qui consiste à compenser la perte d'autonomie, qu'elle soit due au handicap ou au grand âge. La CNSA répartit entre les ARS les crédits d'assurance maladie destinés au financement des ESMS (23,2 Md€ sur ses 27,8 Md€ de budget en 2020). Elle verse à tous les départements des concours pour l'APA, la PCH, le financement des MDPH et le financement d'autres actions de prévention et du forfait autonomie. Elle contribue également au financement du soutien à domicile et de l'aide aux proches aidants. Ses financements sont en grande partie issus de l'Assurance maladie (21,6 Md€). La CNSA dispose toutefois également de ressources propres : la CSA, la CASA⁵⁵, et une fraction de la CSG.

Contribution Solidarité Autonomie (CSA)

La contribution solidarité autonomie (CSA) est une contribution de 0,3 % à la charge de l'employeur, affectée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), afin de financer des actions en faveur de l'autonomie des personnes âgées ou handicapées

Établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS)

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux sont des structures destinées à l'accueil de personnes aux besoins particuliers ou connaissant des besoins spécifiques sur le plan social et médical, notamment dans un but d'aide à l'autonomie. En ce sens, de nombreux types de structures parmi les ESMS accueillent et accompagnent des personnes dépendantes ou handicapées. Ces établissements doivent être reconnus comme tels par les pouvoirs publics, sur le fondement de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles qui énumère les différents types d'ESMS. Ils reçoivent en grande majorité leurs financements de l'Assurance maladie, notamment via la CNSA, mais également des Conseils départementaux.

Dépense fiscale

Des dispositions législatives ou réglementaires dont la mise en œuvre entraîne pour l'État une perte de recettes et donc, pour les contribuables, un allègement de leur charge fiscale par rapport à ce qui serait résulté de l'application de la norme, c'est-à-dire des principes généraux du droit fiscal français.

Accueillants familiaux

Particuliers habilités par le conseil départemental qui hébergent contre rémunération une personne âgée ou en situation de handicap, dans le cadre d'une convention définie entre eux et la personne bénéficiaire. Ce type d'accueil est une alternative à l'accueil en ESMS.

⁵⁵ Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie.

Annexe 4 - Tableaux récapitulatifs des différentes aides :

Tableau 1 • Règles d'attribution des différentes aides

	Conditions d'accès			Type d'aide	Montant variable selon les ressources	Montant variable selon l'incapacité	Prestations complémentaires	Financier
	Age	Niveau de handicap/taux d'incapacité	Conditions de ressources					
AEEH	< 20 ans	Taux d'incapacité ≥ 80%	Non	Allocation mensuelle forfaitaire	Oui	Non	Complément d'AEEH ou PCH	Sécurité sociale
AAH	De 20 ans à l'âge de départ en retraite	Taux d'incapacité ≥ 80%	Oui	Allocation mensuelle forfaitaire	Oui	Non	Complément de ressources / majoration pour la vie autonome	Etat
PCH	<60 ans	Difficulté absolue pour réaliser 1 activité de la vie courante	Non	Prise en charge de certaines dépenses liées au handicap	Oui	Oui (modulée selon les besoins)	AEEH ou AAH	Département /CNSA
ACTP	A partir de 20 ans	Taux d'incapacité ≥ 80%	Oui	<i>L'ACTP a été remplacée en 2006 par la PCH mais les personnes qui la percevaient avant peuvent continuer d'en bénéficier.</i>				Département
Indemnisation en cas d'IP	De 20 ans à l'âge de départ en retraite	Incapacité partielle permanente (IPP) ≥ 25%	Non mais l'incapacité doit être liée à une maladie professionnelle	Taux IPP < 10% : Indemnité forfaitaire en capital Taux IPP ≥ 10% : rente viagère	Non	Oui	Prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP)/ majoration pour tierce personne (MTP)	Sécurité sociale
Pension d'invalidité	De 20 ans à l'âge de départ en retraite	Réduction d'au moins 2/3 la capacité de travail ou de gain.	Non mais condition de durée minimale cotisée	% du salaire annuel moyen (/10 meilleures années)	Non	Oui	Majoration pour tierce personne / Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)	Sécurité sociale
APA	> 60 ans	Rattachement à l'un des groupes 1 à 4 de la grille AGGIR	Non	Pas de limite de durée.	Oui	Oui	Cumul possible avec d'autres revenus	Département /CNSA
Pension d'inaptitude	> âge légal de départ en retraite	Personnes inaptes au travail (bénéficiaires d'une rente AT-MP ou d'une pension d'invalidité ou allocataires de l'AAH)		Dispositif dérogatoire permettant de partir en retraite au taux plein dès l'âge légal.				Sécurité sociale
RATH	Entre 55 ans et l'âge légal de départ en retraite	Incapacité permanente ≥ 50%	Non mais condition de durée minimale cotisée à la sécurité sociale	Dispositif dérogatoire permettant de partir en retraite au taux plein quelle que soit la durée d'assurance				Sécurité sociale

Tableau 2 • **Financements dédiés à la prise en charge des personnes handicapées**

Dépenses en faveur des personnes handicapées	Montants 2018 (millions €)
Etat	16 267
Programme "Handicap et dépendance"	13 420
<i>Ressources d'existence (AAH, FSI)</i>	10 539
<i>Incitation à l'activité professionnelle (garantie de ressources des travailleurs handicapés)</i>	1 359
<i>Compensation des conséquences du handicap (dont instituts nationaux, fonds de compensation aux MDPH, FIAH...)</i>	15
<i>Dépenses fiscales (exonérations) associées au programme</i>	1 507
Autres programmes	1 697
<i>Inclusion scolaire des élèves en situation de handicap du programme "Vie de l'élève"</i>	1 170
<i>Mesures en faveur de l'emploi des personnes handicapées du programme "Accès et retour à l'emploi"</i>	389
<i>Allocations temporaires d'invalidité du programme "Pensions civiles et militaires de retraite et allocations" temporaires d'invalidité"</i>	137
<i>Compensation d'exonérations de cotisations*</i>	1 151
CNSA	1 229
Transferts aux départements (PCH et MDPH)	751
Etablissements et services accueillant des personnes handicapées	337
Plan d'aide à la modernisation des établissements et à l'investissement (charges nettes)	26
Promotion des actions innovantes et dépenses de professionnalisation et formation	95
Dépenses d'animation, prévention et études et autres actions	19
AGEFIPH	450
FIPHFP	125
Sécurité sociale	19 446
Assurance maladie (nette des transferts CNSA)	18 355
<i>ONDAM médicosocial - personnes handicapées</i>	11 150
<i>Pension d'invalidité</i>	7 195
<i>Action sociale du FNASS</i>	10
Branche famille	1 091
<i>Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)</i>	1 000
<i>Allocation de présence parentale</i>	91
Départements	7 183
Frais de séjour en établissements et services pour adultes handicapés	5 409
Prestations ACTP et PCH	1 774
Total Personnes handicapées	44 700

*aide à domicile employée par un particulier fragile, par une association ou une entreprise auprès d'une personne fragile.

Sources: CNSA, DGCS, DGFIP, Drees, DSS, et AGEFIPH/FIPHFP ; calculs DSS (cf. *précisions méthodologiques*).

Glossaire des sigles

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
Ad'AP	Agenda d'accessibilité programmée
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
AJ	Accueil de jour
AJPP	Allocation journalière de présence parentale
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ASH	Aide sociale à l'hébergement
AVP	Aide à la vie partagée
CASA	Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CTDD	Centre de distribution de travail à domicile
CPO	Centre de préorientation
CNCPH	Conseil national consultatif des personnes handicapées
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CR	Complément de ressources pour les personnes handicapées
CRP	Centre de rééducation professionnelle
CSA	Contribution de solidarité pour l'autonomie
CSG	Contribution sociale généralisée
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère des solidarités et de la santé
EA	Entreprise adaptée
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ERP	Etablissement recevant du public
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail (anciennement CAT)
ESMS	Établissement et service médico-social
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FDC	Fonds départementaux de compensation du handicap
FFAPA	Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie
FIPHFP	Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction

	publique
GIR	Groupe iso-ressources
HT	Hébergement temporaire
IEM	Institut d'éducation motrice
IME	Institut médico-éducatif
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MVA	Majoration pour la vie autonome
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
OGD	Objectif global de dépenses
PAI	Plan d'aide à l'investissement
PCH	Prestation de compensation du handicap
PLF	Projet de loi de finances
PLFSS	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
RSDAE	Restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
ULIS	Unité localisée pour l'inclusion scolaire
UEROS	Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation socio-professionnelle
USLD	Unité de soins de longue durée

Bibliographie

CCNE, "Vie affective et sexuelle des personnes handicapées. Question de l'assistance sexuelle", *avis n°118 du CCNE*, 2012.

CNSA, *Repères statistiques*, n° 04, novembre 2015.

CNSA, *Accès à l'aide humaine : élément 1 de la prestation de compensation du handicap, Guide d'appui aux pratiques des maisons départementales des personnes handicapées*, mars 2017

CNSA, *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie*, 2018.

CNSA, *Analyse des fonds départementaux de compensation du handicap (FDC) – données 2017, 2019*

CNSA, *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie*, 2020.

Code de l'action sociale et des familles

Conférence nationale du handicap 2020, *Rénover la prestation de compensation du handicap (PCH) afin d'améliorer l'accès à cette prestation, renforcer sa juste attribution et mieux prendre en compte les besoins des personnes*, janvier 2020.

DAUDE Marie, MAUSS Huguette, PAUL Stéphane, « Evolution de la prestation de compensation du handicap », Inspection générale des affaires sociales, novembre 2016.

DREES, *Etudes et résultats*, n° 204, décembre 2002.

DREES, "Dix ans d'aide sociale départementale aux personnes handicapées 2004-2013", *Enquête Aide sociale 2006-2013*, juin 2016.

DREES, *Etudes et Résultats*, "Les dépenses en faveur des personnes handicapées ont progressé de 13,5 milliards d'euros de 2005 à 2014.", n° 999, mars 2017.

DREES, *Enquête Aide sociale*, 2019.

INSEE, PREMIERE n°1423, « Le travail domestique : 60 milliards d'heures en 2010 », 2012

PIVETEAU Denis, WOLFROM Jacques, *Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous !*, juin 2020

https://www.ocirp.fr/sites/default/files/ocirp_livret_handicap_accessible.pdf

<https://www.cnsa.fr/budget-et-financement/budget> (site de la CNSA, rubrique budget et financement)

<https://www.cnsa.fr> (site de la CNSA, on peut également citer leur dernier rapport d'activité, 2018: https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_ra_2018-accessible.pdf)

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/agences-et-operateurs/article/cnsa-caisse-nationale-de-solidarite-pour-l-autonomie> (site du ministère de la santé, page sur la CNSA)

<https://www.securite-sociale.fr/la-secu-et-vous/handicap> (rubrique "handicap" du site de la Sécurité sociale)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-depenses-en-faveur-des-personnes-handicapees-ont-progresse-de-13-5>

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/l-aide-et-l-action-sociales-en-france-perte-d-autonomie-handicap-protection-de#Texte-integral>

https://www.cnsa.fr/documentation/chiffres_cles_2020.pdf

<https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/lutte-pauvrete-gouv-fr/rua/article/ressources-de-la-concertation>

<https://www.vie-publique.fr/loi/274394-loi-dette-sociale-et-autonomie-5e-risque-dependance>

https://www.ocirp.fr/sites/default/files/ocirp_livret_handicap_accessible.pdf

<https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2020/PLFSS-2020-ANNEXE%201-Invalidite.pdf>

service-public.fr

handicap.gouv.fr

<https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/adultes-handicapes/foyer-hebergement-adultes-handicapes-252.html>

<https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/adultes-handicapes/foyer-de-vie-pour-adultes-handicapes-382.html>

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/2_4_2_fiscalite_liee_handicap_Tome_1.pdf

<https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/lutte-pauvrete-gouv-fr/rua/article/ressources-de-la-concertation>

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1087.pdf?fbclid=IwAR0MJY8XmBuHoAizlAfoOgCij48XATiEmbyibU7F4q5hb6UqhMy4bZoBfhA

https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publique/files/farandole/ressources/2018/pap/pdf/DBGPGMPGM157.pdf?fbclid=IwAR38lgio2Mdq0YzdfC5H77FjgxsZglkRpdY03bboh5fDI_xllyu6faF1c8

https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/11/avis_article_83_plf_pour_2019_22102018_vf.pdf?fbclid=IwAR2tl_0nOBYrqqG2MldLVroUS9T3jsZVDnc3wd_EDpwXBZE_4m1gMJtf338

https://www.inegalites.fr/Les-seuils-de-pauvrete-en-France?id_theme=15

https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/11/avis_article_83_plf_pour_2019_22102018_vf.pdf?fbclid=IwAR2tl_0nOBYrqqG2MldLVroUS9T3jsZVDnc3wd_EDpwXBZE_4m1gMJtf338

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1087.pdf?fbclid=IwAR0MJY8XmBuHoAizlAfoOgCij48XATiEmbyibU7F4q5hb6UqhMy4bZoBfhA

<https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/lutte-pauvrete-gouv-fr/rua/article/ressources-de-la-concertation>

<https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-11/20191125-rapport-allocations-adultes-handicapes.pdf>

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1-aas2018.pdf>

http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_igas-2020-handicapsetemploi_interactif.pdf

https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance-publique/files/farandole/ressources/2018/pap/pdf/DBGPGMPGM157.pdf?fbclid=IwAR38lgio2Mdq0YzdfC5H77FjgxsZglkRpdY03bboh5fDI_xllyu6faF1c8

publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publique/files/farandole/ressources/2020/pap/html/DBGPGMPRESSTRATPGM157.htm

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/apps/panorama/pdf/panorama2018.pdf>

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/apps/panorama/telechargement.htm>

<https://www.unea.fr/quest-ce-quune-entreprise-adaptee>

https://www.cnsa.fr/documentation/chiffres_cles_2020.pdf

<https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2020/PLFSS-2020-ANNEXE%201-Invalidite.pdf#page=42&zoom=100,0,0>

<https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2020/06/rapport-habitat-inclusif.pdf>

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10752>

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/lallocation-aux-adultes-handicapes-aah>

[es/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2020/PLFSS-2020-ANNEXE%201-Invalidite.pdf](https://www.ccomptes.fr/fr/publications/lallocation-aux-adultes-handicapes-aah)

https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publique/files/farandole/ressources/2018/pap/pdf/DBGPGMPGM157.pdf

https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publique/files/farandole/ressources/2018/pap/pdf/DBGPGMPGM102.pdf