

Observations Unafam sur le projet de Rapport de la cour des comptes sur l'Allocation Adultes Handicapés (AAH)

Les observations de l'Unafam sont relatives aux 9 recommandations du rapport mais portent également sur le contenu du rapport.

1^{ère} Partie : Remarques générales

L'allocation aux adultes handicapés a bien une vocation spécifique :

Depuis 1975, l'AAH a pour vocation de garantir un minimum de ressources à des personnes qui, du fait de leur handicap, sont en incapacité totale ou partielle de subvenir à leurs besoins de vie courante, par un travail.

Du reste, seuls 20% des allocataires de l'AAH travaillent et la plupart en milieu protégé.

L'AAH s'inscrit dans le cadre de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées ratifiée par la France en 2010 et répond à la notion de dette sacrée de la société vis-à-vis des personnes en situation de handicap telle qu'énoncée dans le préambule de la Constitution.

L'accès à l'AAH (1 et 2) est conditionné à une situation de handicap, innée ou acquise, définie par la loi de 2005, à la reconnaissance d'un taux d'incapacité permanente fixé à l'aide du guide-barème décret opposable, sur des critères médicaux, et à l'incapacité totale ou partielle de travailler du fait du handicap, et non à la précarité sociale : elle diffère des autres minima sociaux, répond à l'inégalité de destin, à la perte de chances des personnes en situation de handicap, et au principe de la solidarité nationale.

Il faut distinguer AAH et Prestation de Compensation du Handicap (PCH) :

L'AAH, revenu minimum d'existence, a pour objectif de couvrir les dépenses de la vie courante, et la PCH est destinée à couvrir tout ou partie des frais supplémentaires liés au handicap. Il n'y a donc pas de confusion entre les deux ni d'ambiguïté.

Le rapport souligne que la PCH est restée limitée dans son ampleur du fait que les dépenses pouvant être prises en charge par la PCH sont encadrées. Or, cette explication occulte le fait que les personnes handicapées du fait d'altérations des fonctions mentales, cognitives, psychiques, neuro-développementales sont dans leur immense majorité exclues du bénéfice de la PCH qui n'a pas été conçue pour elles en 2005.

L'AAH est une allocation spécifique, bien distincte du RSA :

Le rapport insiste sur « le passage fréquent du RSA vers l'AAH2 » (30% des nouveaux entrants) qui serait le fait de la « nouvelle définition large du handicap », et s'appuie sur cette donnée pour préconiser d'inclure l'AAH et plus particulièrement l'AAH2 dans le périmètre de la réforme en cours des minima sociaux.

Ce qui occasionne le passage du RSA à l'AAH est la reconnaissance d'une situation de handicap, avec pour origine une ou des altérations de fonctions entraînant des limitations d'activités et restrictions de participation importantes, et ce quelle que soit l'altération de fonction (physique, mentale, cognitive, psychique, sensorielle) et quelle qu'en soit l'origine (maladie, accident de la vie etc...), qu'elle soit innée ou acquise.

06/11/2019

L'AAH n'est pas accordée à la légère, ce n'est pas une allocation de complaisance, pour preuve les données fournies par la CNSA. ¹

Le rapport étudie le passage du RSA vers l'AAH, mais ne relève pas les passages de l'AAH vers le RSA, relatives aux baisses de taux d'incapacité de 80% à 50-79% octroyés lors des demandes de renouvellement de l'AAH, ainsi que par des rejets d'AAH au motif, non justifié, que la personne handicapée n'aurait pas ou plus de restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE), et ce malgré des années passées sans possibilité d'accéder à un emploi du fait du handicap.

Le Défenseur des Droits a souligné ces pratiques discriminatoires.

A propos de la définition du handicap :

Le rapport critique, à plusieurs reprises, l'évolution de la notion de handicap, affirmant que la « démedicalisation » de cette notion serait le fait de la loi de 2005 et contribuerait à l'augmentation du nombre d'allocataires de l'AAH.

Or la définition du handicap opposable est celle donnée par la loi du 11 février 2005, qui ouvre droit à des aides spécifiques, loi qui reconnaît le handicap d'origine psychique ce qui constitue une avancée majeure pour les personnes concernées.

Cette définition s'inscrit dans le modèle médical du handicap.

Elle est plus restrictive que la définition du handicap donnée par la convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées.²

A propos du handicap d'origine psychique :

Le rapport fait une distinction entre les handicaps qui seraient « lourds », « irréversibles » (handicaps moteurs et intellectuels) tels que perçus par « le grand public » et les autres « subjectifs ». En ce qui concerne le handicap psychique le rapport laisse accroire qu'il ne s'agirait que de dépressions et des conséquences psycho-sociales de difficultés sociales, du chômage et de la précarité, (p.15) ou des troubles addictifs qui n'auraient pas leur place dans le champ du handicap.

Les déficiences psychiques sont ciblées tout au long du rapport, mais présentées comme la conséquence de difficultés d'ordre économique ou social. L'impasse est faite sur les troubles psychiques sévères et persistants à l'origine des situations de handicap psychique. Ignorer ces pathologies psychiatriques invalidantes, qui ont des répercussions majeures pour l'insertion dans la vie sociale, affective, professionnelle des personnes, restreignant leur autonomie, et mettre en avant une représentation « grand public », c'est stigmatiser le handicap d'origine psychique, le nier pour ce qu'il est réellement. Cela va à l'encontre de toutes les données scientifiques actuelles notamment celles des neuro-sciences.

Sur la base de données plus que parcellaires, fournies par 4 départements (on ne sait pas lesquels), le rapport conclut à une « surreprésentation du handicap psychique au sein de l'AAH par rapport aux demandes reçues par les MDPH », sans que cette affirmation ne soit analysée : en effet la principale demande des personnes handicapées psychiques à la MDPH est l'AAH car elles ne demandent quasiment jamais la PCH puisqu'elles n'ont pas accès à ce droit à compensation³, demandent peu la RQTH puisque la majorité d'entre elles ne peut envisager d'insertion professionnelle ; en outre la carence d'offre d'accompagnement et d'hébergement médico-social pour ce public sur le territoire national rendrait la plupart des orientations inopérantes.

¹ CNSA Repères statistiques 2018.

²Cf. définition du handicap dans la CIDPH et

Cf. rapport de M.Blatman au Défenseur des Droits sur la convention des Nations Unies

³ Le nonaccès à la PCH a été dénoncé par le rapport de l'IGAS de 2016 « l'évolution de la PCH »

Tout aussi inquiétant, le chapitre du guide-barème relatif aux déficiences du psychisme de l'adulte est présenté en annexe du rapport pour illustrer « le flou des définitions et des critères, la difficulté à évaluer la situation en particulier ce qui établit spécifiquement le handicap et l'interprétation extensive qui peut en résulter ».

L'Unafam rappelle que les troubles énumérés dans ce chapitre font l'objet de définitions en psychiatrie...et que le guide « troubles psychiques » de la CNSA co-rédigé avec des experts médicaux psychiatres spécialistes de la clinique du handicap décrit très bien les troubles psychiques et leurs retentissements à l'origine de situations de handicap tel que défini par la loi de 2005.⁴

L'Unafam considère que suggérer de mettre à l'écart du champ du handicap la plupart des personnes en situation de handicap psychique constitue une stigmatisation, une discrimination et porte atteinte à leurs droits fondamentaux.

A propos du rôle des associations représentant les personnes handicapées et leurs familles :

Le rapport interroge le rôle des associations au sein des instances et dans le suivi des politiques publiques. Elles sont présentées comme « peu soucieuses de la juste utilisation des deniers publics » et du coût de l'AAH. Leur rôle au sein des CDAPH est remis en cause. Les actions qu'elles mènent pour la mise en œuvre effective des droits des personnes handicapées seraient excessives. Elles seraient des freins aux réformes.

Or les associations œuvrent dans le respect du droit et des textes et ne sont aucunement « irresponsables ».

L'Unafam s'étonne que le rapport présente la mise en application des textes de loi comme la volonté associative d'orienter les textes d'application vers l'interprétation la plus extensive possible.

Car, par exemple, la prise en compte des incapacités psychiques à agir et des besoins de stimulation ne sont que la mise en œuvre du guide-barème et de la définition de l'aide humaine donnée par l'annexe 2-5 du CASF⁵, dont voici des extraits :

« Pour les personnes présentant un handicap psychique, mental ou cognitif, sont pris en compte le besoin d'accompagnement (stimuler, inciter verbalement ou accompagner dans l'apprentissage des gestes) pour réaliser l'activité. »

« La capacité fonctionnelle s'apprécie en prenant en compte tant la capacité physique à réaliser l'activité, que la capacité en termes de fonctions mentales, cognitives ou psychiques à initier ou réaliser l'activité. »

L'Unafam souligne que, de par leurs avis consultatifs et leur engagement responsable, les associations participent à l'élaboration des politiques publiques, dans une logique de co-construction, et à leur mise en œuvre effective.

A propos de la réforme des minima sociaux et de la création d'un revenu universel d'activité (RUA) qui offrirait l'opportunité de clarifier la nature de l'AAH :

Pour L'Unafam, l'AAH, destinée aux personnes en situation de handicap, ne doit pas disparaître dans un RUA ne prenant pas en compte la spécificité du handicap, ce qui remettrait en cause les acquis fondamentaux des lois de 1975 et de 2005, signerait un recul des droits des personnes handicapées et une complexification des démarches administratives.

L'Unafam est favorable à :

⁴ Ce guide de la CNSA publié en avril 2017 est écrit dans le respect de la réglementation actuelle et des données actualisées de la science.

⁵<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000018782324&cidTexte=LEGITEXT000006074069>

06/11/2019

- Un travail sur l'AAH pour améliorer l'accès à leurs droits des personnes handicapées, et revoir la notion de RSDAE
- Examiner la pertinence d'un maintien de deux catégories d'allocataires, la distinction entre allocataires de l'AAH1 et de l'AAH2 n'étant pas l'accès à un emploi.

2nde Partie :

Observations sur les recommandations du rapport

Recommandation 2 : Rétablir la cohérence du guide-barème.

L'Unafam constate également des disparités entre MDPH dans les procédures d'instruction, la fixation des taux d'incapacité pour l'ouverture du droit à l'AAH, tout comme la reconnaissance de la RSDAE.

Il est prioritaire de renforcer la formation des professionnels sur le guide-barème, la connaissance des handicaps, notamment ceux qualifiés « d'invisibles », d'améliorer le recueil d'informations nécessaires à l'application de ce guide-barème.

L'Unafam n'est pas favorable à une évolution du guide-barème qui aurait pour objectif la restriction d'accès à l'AAH pour les personnes handicapées. Avant tout travail sur le guide-barème, il conviendrait d'en évaluer l'intérêt et les impacts sur l'accès aux droits des personnes concernées.

L'Unafam est favorable à un travail sur les évolutions du guide-barème qui devrait mieux prendre en compte certains troubles encore mal appréhendés, en lien avec les données actuelles de la science, et s'interroge sur la pertinence de la distinction entre AAH1 et AAH2.

Recommandation 6 : Instituer à minima une contre-visite médicale obligatoire avant toute première attribution de l'AAH.

Pour l'Unafam, cette obligation d'une contre-visite médicale n'est pas appropriée. C'est remettre en cause les certificats médicaux rédigés par les médecins traitants ou spécialistes qui connaissent leurs patients, qui sont en mesure de fournir précisément des éléments cliniques, des données sur le retentissement fonctionnel des troubles, sur les changements éventuels depuis le dernier certificat, sur les traitements et effets secondaires, ce que ne saurait faire un médecin contrôle qui ne connaît pas la personne.

Les MDPH peuvent convoquer si nécessaire certains demandeurs à une visite médicale (médecin généraliste, spécialiste), demandent parfois des bilans complémentaires, ce afin d'avoir toutes les informations nécessaires à l'évaluation de la situation.

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.

Il serait utile de former les médecins à la clinique du handicap, d'utiliser des outils facilitant le recueil des informations, de mettre en œuvre un volet spécifique aux altérations des fonctions mentales, cognitives et psychiques du certificat médical.

Recommandation 4 : Conditionner l'attribution de l'AAH2 à une prise en charge médico-sociale adaptée.

Cette recommandation introduirait un nouveau critère d'éligibilité à l'AAH2 (et pas à l'AAH1 ?), instaurerait des contreparties à l'octroi du droit à l'AAH, renforçant la discrimination dont sont victimes certaines personnes handicapées.

Tout comme la CNSA (p.77) l'Unafam estime qu'il s'agirait « d'un contournement du principe de consentement aux soins posé par le code de la santé publique, et que cela pourrait mettre en grandes

06/11/2019

difficultés les personnes présentant un handicap psychique qui les met dans l'incapacité d'entreprendre elles-mêmes de telles démarches ».

Cette proposition visant un certain public, l'Unafam rappelle que les conduites addictives peuvent être la conséquence de troubles psychiques graves et de situations de handicap psychique. Or l'offre tant sanitaire que médico-sociale est insuffisante voire inexistante dans de nombreux territoires pour répondre aux besoins de ces personnes handicapées.

Recommandation 5 : Instaurer un entretien d'évaluation de l'employabilité préalablement à l'attribution de l'AAH2.

Pourquoi cibler l'AAH2 alors qu'autant d'allocataires de l'AAH1 que de l'AAH2 ont accès à un emploi aujourd'hui ⁶ ?

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 d'écarter un certain nombre de personnes de l'accès à l'AAH.

L'Unafam plaide pour la mise en œuvre d'un accompagnement personnalisé sur la durée, par des professionnels, ce qui permettrait à la personne handicapée qui le souhaite d'évaluer ses possibilités d'accès à un emploi, de définir le type d'emploi qui lui conviendrait, l'accompagnement nécessaire et d'en évaluer la sécurisation financière.

Recommandation 8 : Examiner en séance de CDAPH toute première demande d'AAH.

Cela nous semble irréalisable compte-tenu du nombre de demandes d'AAH.

Cependant, il est important qu'à chaque CDAPH soient présentés et discutés des dossiers de premières demandes d'AAH, avec proposition d'accord ou proposition de rejet, avec un taux de 80%, entre 50 et 79%, et moins de 50%.

Pour l'Unafam, il est essentiel que l'évaluation du taux d'incapacité et de la RSDAE puisse être faite par des professionnels formés, avec des données pertinentes recueillies auprès de la personne concernée, de son entourage, des professionnels qui l'accompagnent et sur la base de critères réglementaires, afin de motiver les propositions d'accord ou de rejet faites par l'équipe pluridisciplinaire et les décisions de la CDAPH.

Recommandation 9 : Donner la majorité des voix à l'Etat, en tant que financeur, en CDAPH, pour les décisions relatives à l'AAH.

L'Unafam n'est pas d'accord avec cette proposition qui instaure le principe du décideur-payeur pour l'attribution de l'AAH. Cela serait contraire à l'esprit de la loi de 2005, au principe de démocratie sociale, remettant en cause la collégialité des CDAPH voulue par le législateur.

L'ouverture du droit à l'AAH risquerait alors d'être conditionnée à une enveloppe budgétaire donnée et non plus aux critères d'éligibilité définis par la loi, avec un risque de remise en cause de l'effectivité des droits des personnes.

Recommandation 3 : Sanctionner financièrement l'absence de mise en œuvre par les MDPH de leurs obligations légales en matière de suivi statistique.

L'Unafam, comme d'autres associations, demande régulièrement des éléments statistiques relatifs au handicap, données qui devraient être fournies par les MDPH notamment.

Cependant, nous nous interrogeons : la sanction financière est-elle le moyen le plus approprié pour y parvenir ? Cela ne risquerait-il pas de fragiliser les MDPH, dont les moyens sont déjà contraints ?

⁶ Chiffres CNAF Juin 2018 : AAH1 = 100 421 personnes, AAH2 = 109 577 (milieu ordinaire + ESAT)