

RAPPORT PUBLIC PARTICULIER

**« Les politiques sociales en faveur des personnes
handicapées adultes »**

Novembre 1993

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : L'INSERTION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES HANDICAPEES

A - UN DISPOSITIF DE FORMATION INSUFFISANT

1. - Le dispositif spécifique de formation
2. - Le dispositif ordinaire de formation

B - DES DISPOSITIONS LEGISLATIVES D'APPLICATION MALAISEE

1. - Les "bénéficiaires " de l'obligation d'emploi
2. - La population salariée de référence
3. - Les moyens permettant de s'acquitter de l'obligation d'emploi
4. - La sanction du non-respect de l'obligation d'emploi

C - UNE INSERTION PROFESSIONNELLE FIGEE EN MILIEU PROTEGE

1. - Les déséquilibres de certaines structures de travail protégé
2. - Les difficultés constatées dans la mise en place et le fonctionnement des ateliers protégés
3. - Les problèmes de financement des centres d'aide par le travail
4. - Les résultats décevants des mesures dites "innovantes"

D - UN ACCES ENCORE DIFFICILE A L'EMPLOI EN MILIEU OUVERT DE TRAVAIL

1. - Des résultats inégaux et insatisfaisants
2. - Les mesures d'accompagnement de la loi
 - a) Le rôle de l'ANPE
 - b) Les programmes d'action départementaux
 - c) Les incitations financières

DEUXIEME PARTIE : L'INTEGRATION SOCIALE DES PERSONNES HANDICAPEES

A - UN CADRE DE VIE QUI RESTE A AMELIORER

1. - La politique de l'hébergement
 - a) Les établissements d'hébergement
 - b) La vie à domicile
- 2 - La politique de l'accessibilité

B - DES AIDES FINANCIERES QUI DEVRAIENT ETRE REEQUILIBREES

- 1 - La garantie de ressources aux travailleurs handicapés (GRTH) :
un système de rémunération du travail peu compatible avec
l'objectif de réinsertion
 - a) Complexité et ambiguïtés
 - b) Des conditions de gestion contestables
- 2 - L'allocation aux adultes handicapés (AAH) : une prestation de plus en plus
fréquemment détournée de son but
 - a) Le succès de l'AAH
 - b) Les dérives de l'AAH
 - c) La gestion de l'AAH
- 3 - L'allocation compensatrice : une prestation davantage orientée vers la vieillesse
que vers le handicap
 - a) Le succès de l'AC
 - b) Les dérives de l'AC
 - c) La gestion de l'AC

TROISIEME PARTIE : LES STRUCTURES ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES

A - DES STRUCTURES DONT LE FONCTIONNEMENT RESTE GLOBALEMENT DEFECTUEUX

- 1 - Les difficultés des COTOREP
 - a) Les moyens des COTOREP
 - b) Le fonctionnement des COTOREP
- 2 - Le caractère peu opératoire des mécanismes d'orientation et de suivi :
 - a) Les centres de préorientation
 - b) Les équipes de préparation et de suite du reclassement

B - UN CADRE REGLEMENTAIRE ANARCHIQUE ET CONTRAIGNANT, PEU ADAPTE A UN PILOTAGE EFFICACE DES ACTIONS ENTREPRISES

- 1 - Le cadre réglementaire :
 - a) Une réglementation parfois dépourvue de base juridique réelle
 - b) Une réglementation surabondante et inutilement complexe
 - c) Une réglementation parfois lacunaire et fréquemment insuffisante
 - d) Une réglementation imprécise, voire contradictoire
- 2 - L'absence de pilotage

C - DES FACTEURS DE BLOCAGE AGGRAVES PAR LES MESURES DE DECENTRALISATION

- 1 - L'inutile complexité de certains circuits administratifs :
l'agrément des CRP et des CPO
- 2 - Des modalités de prise en charge conflictuelles et arbitraires

CONCLUSION :

ANNEXES

REPONSES :DES ADMINISTRATIONS , DES COLLECTIVITES LOCALES, DES ORGANISMES

INTRODUCTION

La situation des personnes handicapées demeure un problème de société très important. Elle est constituée d'un ensemble de cas individuels très variés, dont il est difficile de prendre une vue générale. On ne saurait oublier qu'elle présente le plus souvent, en dehors de ses implications collectives qui mettent en jeu la solidarité nationale, des aspects humains, moraux et affectifs particulièrement douloureux.

En procédant à une évaluation des résultats des politiques sociales mises en oeuvre en faveur des personnes handicapées adultes, la Cour s'est attachée, pour la troisième fois en un peu plus de dix ans¹ et avec le concours des chambres régionales des comptes, à dresser un nouveau bilan des mesures intervenues au profit d'une population dont l'importance quantitative est mal cernée mais qui reste encore, en dépit des progrès réalisés au cours des dernières années, trop souvent marginalisée au sein de la collectivité nationale. Cette nouvelle enquête s'inscrit donc dans le droit fil des travaux antérieurs de la Juridiction, mais les problèmes soulevés, les critiques formulées et les propositions de réforme suggérées ont été replacés dans une perspective nouvelle commandée par quatre évolutions : l'effort soutenu des pouvoirs publics pour tenter d'appliquer dans toute son ampleur la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées, qui reste le texte de référence dont les auteurs avaient précisé, lors des débats parlementaires, qu'elle devrait être révisée en 1995, au plus tard ; les incidences de la politique de décentralisation confiant aux collectivités départementales le soin de prendre en charge certaines dépenses assumées antérieurement par l'Etat ; le dispositif nouveau mis en place, en matière d'insertion professionnelle, par la loi du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des handicapés ; enfin, l'espoir d'une politique d'ensemble cohérente par le regroupement des interventions administratives que semblait augurer, à compter de 1988, l'institution d'un Secrétariat d'Etat spécifique chargé des handicapés.

L'importance des masses financières en jeu a naturellement été décisive dans les choix de la Cour. Dans son rapport public de 1982², celle-ci, se fondant sur une évaluation de source ministérielle faite au début de 1981, estimait qu'au total les dépenses en faveur des handicapés dans leur ensemble, sous diverses formes et y compris les crédits d'aide sociale et les prestations servies par la caisse nationale des allocations familiales (CNAF)³, avaient atteint environ 23 milliards de francs en 1980, soit 0,8 % du produit intérieur brut. Selon une estimation officieuse mais vraisemblable émanant du secrétariat d'Etat aux handicapés, l'ensemble des dépenses de l'Etat⁴, des organismes de sécurité sociale et des collectivités locales aurait été, en 1992, de l'ordre de 115 milliards de francs, soit 1,6 % du produit intérieur brut. Même s'ils comportent une inévitable marge d'incertitude, ces chiffres doivent

1) Rapport public 1982, "La politique en faveur des handicapés adultes : la mise en oeuvre de la loi d'orientation du 30 juin 1975", p. 43 et suivantes.

Rapport public 1987, "L'indemnisation de l'invalidité et du handicap", p. 266 et suivantes.

Pour établir le présent rapport, la Cour a pris en compte les nombreux ravages réalisés sur ce domaine depuis quelques années et dont elle a eu à prendre connaissance.

2) p. 43, note 1.

3) Un glossaire des sigles figure en annexe 1.

4) Voir annexe 2.

être gardés en mémoire lorsqu'on s'efforce d'apprécier l'efficacité des mesures mises en oeuvre, en France, en faveur de la population handicapée .

Dans la conduite de son enquête, la Cour s'est heurtée aux mêmes difficultés que naguère. Les principales ont trait d'une part à l'absence de définition précise de la notion de handicap qui est, par nature, variable à l'infini, le même type de handicap pouvant avoir des effets très différents selon les individus et les circonstances, d'autre part et de manière corollaire, à l'absence de données statistiques suffisamment fiables.

L'existence d'une déficience physique ou mentale, médicalement constatée, constitue indiscutablement le mode d'approche le plus courant du handicap, mais celui-ci doit toutefois être relativisé si l'on donne la priorité à la recherche des meilleures possibilités d'intégration de la personne handicapée . En effet, le recensement des déficiences n'a de sens que s'il permet de trouver des possibilités d'atténuer le désavantage social de ceux qui en souffrent.

La difficulté essentielle que l'on rencontre dans l'étude des politiques sociales en faveur des personnes handicapées a trait à la notion de handicap elle-même, dont les approches sont multiples et généralement indirectes.

Le seul cadre juridique dans lequel s'inscrit la notion du handicap est lui-même complexe.

Sur le plan international, l'analyse faite par le Bureau International du Travail et qui apparaît notamment dans la recommandation n° 99 sur "l'adaptation et la réadaptation des invalides" permet de mesurer la complexité du problème puisque quatre critères de classement du handicap sont retenus : en fonction de l'origine (guerre, accident, maladie), de la nature (clinique ou non), du degré d'invalidité entraîné ou des effets produits à l'égard de l'individu dans sa capacité de travail ; d'emblée on peut relever que ce classement comporte trois approches objectives ou, du moins, mesurables, et une quatrième très difficilement appréciable selon les individus. Plus récemment, la convention internationale du travail n 159 concernant la réadaptation professionnelle et l'emploi des personnes handicapées⁵ donne une définition de la " personne handicapée " mais non du "handicap".. "toute personne dont les perspectives de trouver et de conserver un emploi convenable ainsi que de progresser professionnellement sont sensiblement réduites à la suite d'un handicap physique ou mental reconnu". La définition adoptée est on ne peut plus vague : qu'est-ce qu'un emploi "convenable" ? en quoi consiste une réduction "sensible" des perspectives de trouver ou de conserver un emploi ou de progresser professionnellement ?

L'approche de l'Organisation mondiale de la santé conduit, pour sa part, à distinguer les déficiences (au niveau de l'organe), les incapacités (au niveau de la personne) et le "désavantage social " qui n'est que la conséquence de l'incapacité dans l'accomplissement des rôles sociaux . Au premier niveau, correspondent des réponses médicales, au second des réponses médico-psychologiques et rééducatives, au troisième des réponses institutionnelles et, éventuellement, politiques.

5) Cette convention, adoptée à Genève le 20 juin 1983 a été publiée au JORF du 15 février 1990 (p. 1941) par décret n° 90-141 du 9 février 1990.

Sur le plan national, le cadre législatif se présente comme une mosaïque de textes qui obéissent chacun à des logiques différentes ; indépendamment même des textes organisant l'assistance (comme la loi du 14 juillet 1905 qui, la première, prévoit l'assistance aux vieillards, infirmes et invalides et institue l'aide à domicile) on recense des lois portant réparation de préjudices, d'autres tendant à compenser le handicap, et, bien sûr, des textes à vocation générale.

Les lois portant réparation de préjudices, du fait de la guerre tout d'abord, ont été la loi du 17 avril 1916 complétée par celle du 30 juin 1923 qui, au lendemain de la première guerre mondiale, accordent une priorité d'accès aux emplois du secteur public (emplois réservés) pour les militaires blessés ou devenus infirmes des suites de cette guerre, la loi du 2 janvier 1918 organisant la rééducation professionnelle en procédant à la création d'un Office national des mutilés et réformés de guerre et la loi du 26 avril 1924 étendant l'obligation d'emploi des anciens militaires percevant une pension d'invalidité à l'ensemble des entreprises privées de plus de dix salariés. Parallèlement, la loi du 31 mars 1919 avait institué un droit à pension fixé en fonction du taux d'invalidité. A l'origine, l'application de l'ensemble de ces dispositions était limitée dans le temps mais des mesures de reconduction successives leur ont conféré un caractère quasi-permanent. Elles ont été insérées dans le code des pensions militaires d'invalidité⁶.

S'agissant des préjudices nés du fait du travail, la première grande législation (loi du 9 avril 1898) organise la protection des accidentés du travail. Son principe est fondé sur la suppression de l'action en responsabilité qui obligeait le salarié à prouver une faute ou une négligence de l'employeur ; elle instaure une réparation forfaitaire de l'accidenté qui fait intervenir une triple notion : l'indemnisation de l'incapacité, la conséquence professionnelle de l'accident, le dédommagement lié au risque professionnel. La loi du 14 mai 1930 a ajouté à ces dispositions le droit à la réinsertion professionnelle et notamment l'accès aux écoles de rééducation professionnelle de l'Etat aux salariés victimes d'un accident du travail ne pouvant plus exercer leur profession antérieure ou ayant besoin d'une nouvelle adaptation à leur emploi.

La loi du 30 octobre 1946, qui abroge celle de 1898, transfère aux caisses de sécurité sociale la gestion du risque accident du travail et maladie professionnelle, et accentue le rôle de la prévention. Enfin, la loi du 7 janvier 1981 organise la protection de l'emploi des salariés victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle par un encadrement strict des possibilités de licenciement au cours de la période de suspension du contrat de travail et à l'issue de celui-ci. L'évaluation du handicap repose sur un barème révisé en 1982 : une réparation est accordée pour tout handicap de 1 à 100 % avec rente à vie variable en proportion de l'incapacité.

D'autres textes visaient à compenser le handicap. Pour les assurés sociaux, il s'agit principalement du système d'assurance invalidité de 1930 réaffirmé par l'ordonnance du 4 octobre 1945 instituant la Sécurité sociale et qui a pour but de "garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain". L'état d'invalidité est apprécié en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle.

6) Le ministère des anciens combattants et victimes de guerre assure la gestion d'importants dispositifs d'ordre sanitaire et technique qui bénéficient pour une large part aux handicapés "civils" mais qui ne sont pas, en tant que tels, étudiés dans le présent rapport, consacré aux aspects sociaux des questions intéressant les handicapés adultes.

Un texte spécifique pour les aveugles, l'ordonnance du 3 juillet 1945, a organisé leur protection sociale en organisant, notamment, le placement des intéressés dans des établissements de formation professionnelle. Pour tous les infirmes la loi du 2 août 1945, dite loi Cordonnier, généralise l'aide à la réinsertion. L'aptitude au travail ou à une formation des intéressés est appréciée par la commission d'orientation des infirmes (CODI) créée par le décret du 11 juin 1954.

Sont venus s'ajouter d'importants textes à vocation générale, au nombre de trois.

La loi du 23 novembre 1957 tente de réunifier la mosaïque de textes relatifs à la réinsertion professionnelle. Elle précise l'ensemble du processus de reclassement, des soins, de la réadaptation et de la rééducation jusqu'au placement. Elle est à l'origine de la création des ateliers protégés (les centres d'aides par le travail - CAT - ayant été créés, eux, dès 1954). Pour la première fois, apparaît dans ce texte l'expression "travailleur handicapé", sans que la notion de handicap soit pour autant définie. Est qualifié de travailleur handicapé "toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par la suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales". Cette définition a profondément inspiré celle de la convention n° 159 citée plus haut ; son pragmatisme ne limite pas pour autant les interprétations possibles (que signifie le terme "effectivement" ?), et surtout, elle suppose l'existence de critères d'appréciation indiscutables (par rapport à quoi peut-on apprécier une "insuffisance" ou une "diminution" ?). Quoiqu'il en soit, la loi de 1957 précise les objectifs à atteindre pour ce qui est des personnes entrant dans la définition qu'elle donne : d'une part, la réparation - ensemble de mesures médicales et para-médicales - et, d'autre part, la compensation destinée, notamment, à restaurer la capacité de gain. Les moyens d'atteindre ces objectifs sont mis en oeuvre dès lors que la commission départementale d'orientation des infirmes (CDOI) instituée par l'article 167 du code de la famille et de l'aide sociale a reconnu la qualité de travailleur handicapé.

La loi du 30 juin 1975, dite loi d'orientation en faveur des personnes handicapées, ne modifie ni les définitions ni les objectifs qui précèdent, mais insère la double action définie plus haut dans une perspective résolument non-ségrégationniste. Après avoir rappelé que "la prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale, et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapé physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale", elle dispose que "l'emploi et le reclassement des personnes handicapées constituent un élément de la politique de l'emploi", ce qui représente politiquement une véritable révolution par rapport à la législation antérieure. Pourtant, si nette qu'elle soit quant à la définition des objectifs et des moyens à mettre en oeuvre, la loi reste ambiguë quant à une approche opératoire du handicap. En fixant les objectifs à atteindre pour toute une population (les travailleurs handicapés), elle postule, sans les préciser, l'existence de critères de classement permettant de repérer ceux qui font partie de cette population. Le problème du législateur a été d'identifier individuellement les personnes qui pouvaient être concernées par les objectifs poursuivis, ce qui revient toujours à constater une différence par rapport à la normalité, laquelle ne peut être définie que techniquement.

Enfin, dans la droite ligne de ce qui précède, la loi du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés a pour objectif de favoriser, dans le respect de l'obligation nationale définie par le texte de 1975, l'insertion professionnelle des handicapés en milieu ordinaire de travail ; ce texte qui, selon une formule désormais consacrée, substitue une obligation de résultat à des obligations de procédure présente la double caractéristique d'introduire l'emploi des travailleurs handicapés dans le domaine de la politique

contractuelle, et d'étendre l'obligation d'emploi à l'ensemble du monde du travail : secteur privé et secteur public.

Compte tenu de la complexité de la définition du handicap, on ne dispose toujours pas aujourd'hui de données statistiques permettant une approche significative de la population concernée, répartie par catégorie de handicap et par tranches d'âge. Selon la définition que l'on donne du handicap, le nombre des handicapés peut varier de 2,5 à 6 millions de personnes. En 1992, le secrétariat d'Etat aux handicapés l'évaluait à 10 % de l'ensemble de la population, un pourcentage, communément admis, selon lui, dans l'ensemble des grands pays industrialisés. La France compterait ainsi plus de 5,5 millions de handicapés, toutes catégories confondues, sans que l'on soit absolument certain que ce chiffre n'intègre pas, pour une part non négligeable, des handicapés " sociaux " dont le traitement relève d'une approche différente. Sur ce total, la population handicapée susceptible d'exercer une activité varierait, selon les sources, de 1,2 à 1,5 million de personnes, dont environ 100 000 handicapés relevant du milieu protégé, c'est-à-dire d'établissements - ateliers protégés ou centres d'aide par le travail - concourant à la production dans des conditions variant en fonction de la gravité des handicaps de la population accueillie. Les autres se répartiraient de la manière suivante : de 300 000 à 400 000 peuvent être considérés comme inaptes au travail, de 200 000 à 400 000 sont aptes au travail mais sans emploi (dont plus de 70 000 sont inscrits à l'Agence nationale pour l'emploi - ANPE -), et de 500 000 à 700 000 travaillent en milieu ordinaire de production, c'est-à-dire dans les entreprises industrielles, commerciales, artisanales ou agricoles.

L'absence d'analyse d'ensemble du problème et les incertitudes statistiques qui en découlent ont des conséquences graves ; en particulier, elles rendent quelque peu illusoirs les efforts des pouvoirs publics visant à arrêter des méthodes de programmation cohérentes pour la création de places nouvelles dans les établissements accueillant des personnes handicapées, puisqu'il n'existe aucune évaluation incontestable des besoins. Certes, les informations disponibles dans les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) pourraient sans doute être mieux exploitées qu'elles ne le sont actuellement pour combler cette lacune. Toutefois, outre les problèmes de moyens que ne manquerait pas de soulever cette exploitation - l'évaluation de la capacité de travail se heurte à la quasi-absence d'outils ou de références en la matière - les résultats obtenus ne seraient pas nécessairement significatifs, compte tenu des conditions de fonctionnement de ces commissions. Tout d'abord, le dossier d'une même personne peut, en fonction de la nature de sa demande, y être examiné plusieurs fois, ce qui risque de fausser le décompte exact des personnes concernées. En outre, certaines COTOREP tendent de plus en plus fréquemment à prendre en compte le handicap " social " qui relève en principe de mécanismes différents de ceux qui régissent le handicap physique ou mental. Enfin, et dans la logique même des lois de 1975 et de 1987 qui visent à favoriser au maximum l'intégration tant professionnelle que sociale des intéressés, nombreux sont les handicapés qui se refusent à passer devant la COTOREP, précisément pour éviter que soit ainsi " officialisée " leur différence. Dans ces conditions, les carences de l'appareil statistique constituent une faiblesse essentielle de l'ensemble du dispositif mis en place en faveur de la population adulte handicapée.

Les lois de décentralisation, qui remontent aujourd'hui à une dizaine d'années, reposent sur un partage de compétences : à l'Etat reviennent les actions qui relèvent de la solidarité nationale, - notamment les maisons d'accueil spécialisé (MAS), dont le prix de journée est financé par la sécurité sociale et les CAT, qui s'intègrent dans une politique globale d'insertion professionnelle des personnes handicapées, relevant également de l'Etat - ; aux collectivités territoriales, et en premier lieu aux départements, reviennent les actions qui

relèvent de la solidarité de proximité - foyers d'hébergement financés par l'aide sociale , prestations d'aide sociale diverses notamment pour le maintien à domicile des personnes handicapées -.

Ce partage des compétences a conduit, pour la présente enquête, à un partage des tâches entre la Cour des comptes, à qui incombe le contrôle de l'Etat et des organismes de sécurité sociale , et les chambres régionales des comptes, seules compétentes pour toutes les questions concernant les collectivités territoriales. L'intervention de la Cour a concerné les administrations centrales et les services déconcentrés de l'Etat ainsi que les caisses de sécurité sociale dans dix départements, celle des chambres régionales a porté sur les services de collectivités départementales de leur ressort (voir encadré ci-contre). La méthode d'investigation des juridictions financières a visé, comme de coutume, à asseoir leurs observations sur la collecte de faits précis tirés de l'examen des pièces et d'entretiens avec les gestionnaires.

Le champ des contrôles et de l'enquête

Le contrôle de la Cour a donné lieu à des investigations sur place auprès des services de l'Etat et des organismes concernés dans dix départements : Calvados, Doubs, Lozère, Maine-et-Loire, Morbihan, Nord, Pyrénées-Atlantiques, Haut-Rhin, Rhône, Val-de-Marne. Le choix de ces départements a obéi à plusieurs critères, qui se recoupent parfois : importance de la population, diversité géographique, vocation traditionnelle d'accueil des handicapés, appartenance à la liste des départements retenus par les pouvoirs publics comme unités-pilotes pour l'insertion professionnelle, inexistence de structures spécifiques de suivi et de reclassement des handicapés.

Six chambres régionales des comptes - Auvergne, Guadeloupe-Guyane- Martinique, Haute-Normandie, Ile-de-France, Midi-Pyrénées et Rhône- Alpes - associées étroitement à l'étude ont de leur côté mené leurs investigations auprès de douze autres collectivités territoriales départementales de leurs ressorts respectifs, afin qu'il n'y ait pas superposition, mais élargissement des contrôles des juridictions financières. Ces investigations concernaient principalement l'attribution de l'allocation compensatrice, prestation d'aide sociale relevant désormais de la compétence des conseils généraux, la politique d'hébergement des handicapés adultes en établissements et l'emploi des handicapés dans le secteur public local (régions, départements, communes importantes et établissements publics rattachés).

Enfin, les autres chambres régionales ont collecté sur les mêmes sujets des informations statistiques intéressant la quasi-totalité des collectivités départementales.

Les autorités locales concernées par les observations contenues dans le rapport ont reçu communication du texte intégral ou seulement d'extraits, selon que leur collectivité appartenait ou non au champ central de l'enquête.

Dans le cadre de son enquête, la Cour a eu l'occasion de se faire communiquer un certain nombre de statistiques faisant apparaître le pourcentage souvent important de personnes lourdement handicapées sur le plan physique à la suite, notamment, d'accidents de la route. Le sujet traité lui apparaît, en conséquence, indissociable d'un autre thème essentiel, celui de la prévention. Si, sauf à alourdir et ralentir l'enquête, la Cour a écarté l'examen de ce dernier domaine dans les développements qui suivent, il convient de ne pas oublier qu'il n'en constitue pas moins leur complément naturel.

Par ailleurs, bien que consciente du fait que la politique d'intégration professionnelle et sociale des personnes handicapées physiques d'une part, des personnes handicapées mentales ou polyhandicapées d'autre part, ne saurait se poser dans les mêmes termes, la Cour a volontairement écarté la distinction entre ces différents types de population en raison de la complexité des problèmes qu'elle soulève, notamment sur le plan médical.

La Cour a enfin volontairement limité ses investigations à l'étude des politiques sociales mises en oeuvre en faveur des personnes handicapées adultes, sans prendre en compte l'ensemble du dispositif concernant les enfants. En effet, il lui est apparu souhaitable de privilégier une nouvelle évaluation d'une politique qu'elle avait déjà analysée antérieurement. En outre, la loi du 30 juin 1975 étant toujours le texte de base, il a semblé utile, compte tenu des critiques et suggestions de rationalisation des procédures formulées dès 1982, de chercher à apprécier la portée des moyens mis en oeuvre par les pouvoirs publics pour les améliorer. De plus, la loi du 10 juillet 1987 qui a profondément modifié les règles relatives à l'obligation d'emploi des personnes handicapées, concerne nécessairement et à peu près exclusivement les adultes.

Dans cette perspective, les observations des juridictions financières leur ont permis de constater que l'insertion professionnelle des handicapés adultes reste un objectif imparfaitement atteint, que leur intégration sociale s'inscrit dans un dispositif insuffisamment maîtrisé, et que l'ensemble des politiques prévues en leur faveur reposent sur des moyens inadaptés tant au plan administratif qu'au plan financier.

**PREMIERE PARTIE :
L'INSERTION PROFESSIONNELLE DES
PERSONNES HANDICAPEES**

Toute politique sociale moderne en faveur des personnes handicapées adultes a pour objectif l'intégration du plus grand nombre d'entre elles dans la société. Ceci suppose, au premier chef, qu'elles puissent accéder au travail dans les conditions que permet leur état de santé, le but à atteindre, en l'espèce, étant la meilleure insertion possible en milieu dit "ordinaire", c'est-à-dire celui où elles se retrouvent côte à côte avec le reste de la population active⁷.

Conscients des difficultés propres à la population concernée, les pouvoirs publics se sont efforcés de promouvoir des actions concrètes poursuivant la même finalité :

- mise en place d'un dispositif spécifique de formation qui vient compléter le dispositif traditionnel ouvert lui aussi, d'ailleurs, aux handicapés mais, par définition, peu adapté à leur cas ;

- élaboration de textes législatifs, dont le plus récent est celui du 10 juillet 1987, créant pour le secteur public comme pour le secteur privé⁸ une obligation d'emploi de cette catégorie de travailleurs et prévoyant en leur faveur une garantie de ressource se traduisant par le versement éventuel d'un complément de rémunération à la charge de l'Etat (ci-après, IIème partie, B 1°).

Dans une conjoncture économique défavorable marquée, depuis plusieurs années, par une forte croissance tant du chômage global que du chômage de longue durée, la mise en oeuvre des politiques annoncées s'est écartée sensiblement des principes qui les sous-tendent.

L'enquête conduite par la Cour et les chambres régionales des comptes a fait ressortir les difficultés de toute nature rencontrées par les personnes handicapées pour accéder à un emploi correspondant à leurs aptitudes et à leur qualification en raison, pour une large part, des résultats décevants du système de formation qui leur est proposé.

A. - UN DISPOSITIF DE FORMATION INSUFFISANT

Plus que pour toutes les autres catégories de population, une formation professionnelle appropriée constitue, pour les personnes handicapées, un préalable indispensable à un éventuel accès à un emploi. Or, ni le système spécifique de formation, qui fait intervenir les centres de rééducation professionnelle (CRP), ni le dispositif ordinaire de formation ne répondent de manière satisfaisante aux besoins et aux aspirations des intéressés.

1° LE DISPOSITIF SPECIFIQUE DE FORMATION

La répartition sur le territoire des soixante-douze CRP publics, semi-publics et privés dénombrés au 31 décembre 1991 s'est faite de manière anarchique. Neuf régions⁹, comprenant vingt départements, ne disposent d'aucun centre ; dans d'autres, mieux équipées, les implantations géographiques ne sont pas toujours rationnelles. Cinquante-et-un départements seulement sont, en fait, couverts par le dispositif spécifique de formation. Ceux où ce dispositif est inexistant, comme le Morbihan, possèdent, en revanche, une importante infrastructure d'établissements de travail protégé lourds (centres d'aide par le travail), comme

7) On emploie indifféremment, dans ce rapport, les termes milieu "ordinaire" ou milieu "ouvert" pour qualifier le milieu du travail non protégé où évolue l'ensemble de la population.

8) Au sens de la loi de 1987, le "secteur public" comprend les services de l'Etat, des collectivités territoriales et des établissements publics qui lui sont rattachés, le "secteur privé" regroupant les entreprises soumises au code du travail.

9) Bourgogne, Basse-Normandie, Corse, Picardie, Poitou-Charentes et les quatre régions monodépartementales d'Outre-Mer.

s'il existait une relation inverse entre l'implantation d'établissements destinés à la formation, et donc à l'insertion des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail, et le développement du milieu protégé de nature médico- sociale .

Cette situation, qui engendre des inégalités entre handicapés selon leur département de résidence, est d'autant plus regrettable que les personnes orientées en CRP rencontrent fréquemment des problèmes de mobilité dont l'importance varie en fonction de l'implantation des lieux de rééducation.

Le déséquilibre ainsi observé est, en l'état actuel de la réglementation, particulièrement difficile à corriger. En effet, aux termes des articles 10 et 11 du décret du 18 décembre 1985, intégrés dans les articles R 481-1 et R 481-2 du code de la sécurité sociale , la totalité des frais de fonctionnement des CRP, préalablement agréés, au moment de leur création ou de leur extension, par décision interministérielle¹⁰, est prise en charge par les organismes d'assurance maladie, à l'exception de la rémunération des stagiaires, à la charge de l'Etat ou des régions, qui doit faire elle-même l'objet d'un agrément spécifique. Or, la direction de la sécurité sociale , plus sensible au souci de mieux encadrer les dépenses de l'assurance-maladie qu'à celui de développer des opérations de formation, est conduite à limiter le coût global des CRP en imposant à l'ensemble de ces derniers de fonctionner à enveloppe financière constante : en d'autres termes, toute nouvelle création ou extension d'un centre n'est plus réalisée depuis plusieurs années que sur la base d'un redéploiement des moyens des structures existantes. Comme, parallèlement, les retraits d'agrément n'interviennent que rarement, car la fermeture d'un CRP pose inévitablement le problème de la réinsertion de ses formateurs et de son encadrement, la situation est pratiquement bloquée. Ainsi se trouvent figées à la fois les formations et les possibilités pour les CRP de progresser et d'améliorer leurs performances, alors que les capacités d'adaptation de tout système de formation professionnelle aux besoins en changement constant de l'économie conditionnent son efficacité.

Dès lors, nombreux sont les centres dispensant des formations trop anciennes et inadaptées. Dans certains cas, exceptionnels il est vrai, cette situation peut conduire le CRP à cesser de lui-même ses activités : il en a été ainsi en mai 1990 pour le centre Madeleine Monsimier, à Angers, qui était spécialisé dans des formations traditionnelles d'aide en confection, d'aide comptable, de préparation aux travaux du textile en général, autant de secteurs devenus obsolètes. Mais le plus souvent, les établissements continuent à fonctionner en dépit de cette inadéquation de la formation dispensée aux exigences du marché de l'emploi - dans les CRP décentralisés des Pyrénées-Atlantiques, par exemple, on trouve encore des sections de formation au bobinage ou à la couture flou - ; ils ne sont généralement pas en mesure, en raison des modalités de leur financement, d'avoir recours à des techniques innovantes telles que la formation en alternance même si, exceptionnellement, l'usage de cette formule a pu être relevé, comme au centre de rééducation professionnelle André Maginot, à Roubaix, ou encore au Centre lillois de rééducation professionnelle. Cette situation a des conséquences d'autant plus regrettables que l'Etat tend à se désengager financièrement d'un certain nombre d'opérations : au centre de rééducation de Mulhouse¹¹, par exemple, il participait jusqu'en 1990 à la couverture de 50 % des équipements pédagogiques, par le biais des crédits attribués par la délégation régionale à la formation professionnelle ; désormais, cette dernière n'intervient plus, et les crédits alloués proviennent de la seule délégation à l'emploi ; la conséquence de cette situation est qu'au centre de

10) Cette procédure très lourde sera détaillée dans la troisième partie du rapport.

11) Voir annexe 3.

Mulhouse, les opérations financées par l'Etat sont passées de 2,063 millions de francs en 1989 à 0,144 million de francs en 1992.

Il n'est pas étonnant, dans ces conditions, que les COTOREP aient tendance, à travers les décisions d'orientation de leur première section¹², à diriger les personnes handicapées, autant que faire se peut, vers les centres de rééducation dont la réputation est la meilleure, ce qui provoque, pour l'entrée dans ces établissements, d'interminables "files d'attente" : il faut en moyenne un an pour accéder aux formations dans les CRP du Rhône, et deux ans pour obtenir un stage dans les filières les plus recherchées ("informatique" et "dessin") du CRP de Mulhouse, déjà cité. Il y a donc souvent inadéquation entre les orientations en formation décidées par les COTOREP et les capacités du dispositif d'accueil correspondant.

Aucun tableau de bord véritable, au niveau de l'administration centrale, ne permet de comparer d'une année à l'autre, les dépenses réalisées et les résultats obtenus. Ces derniers, d'après les informations collectées sur place auprès des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), sont souvent jugés insuffisants : si les taux de placement affichés des CRP du Rhône (82,69 %) et de Mulhouse (77 %) sont très satisfaisants, les reclassements observés dans d'autres départements sont loin d'être aussi performants : la CPAM d'Angers recensait en 1990 14 placements (dont 3 dans un autre métier que celui enseigné en stage de formation) sur 80 stagiaires, et en 1991 50 placements à la suite de 121 stages ; celle de Pau évaluait à 12 le nombre de reclassements intervenus en 1990 (sur 23 stagiaires) et à 14 (sur 42 stagiaires) celui de 1991, étant précisé que le coût annuel pour cette seule CPAM, hors rémunération des stagiaires, s'élevait respectivement à 26,6 millions de francs et 19,8 millions de francs. Pour leur part, les huit CPAM du Nord portent une appréciation très nuancée sur les résultats de la rééducation professionnelle en CRP.

Les pouvoirs publics ne disposent que d'informations fragmentaires sur le coût global de cette politique de formation pour l'assurance-maladie. La Cour l'a évalué de manière empirique - à partir du nombre total de places agréées dans les centres par la sécurité sociale, du taux moyen d'occupation des CRP, d'un prix de journée minimum estimé à 500 francs et d'un nombre de journées effectives de stage fixé à 305 jours annuels - à environ 1,3 milliard de francs par an au moins, coût auquel il convient, bien entendu, d'ajouter les sommes dues au titre de la rémunération des stagiaires. Alors que cette formation est onéreuse, le suivi n'en est pas toujours assuré de manière satisfaisante¹³.

12) Les COTOREP, dont l'organisation et le fonctionnement seront analysés ultérieurement, sont composées de deux sections. La première est compétente pour reconnaître la qualité de travailleur handicapé et pour décider des orientations vers une formation ou une activité professionnelle. La seconde délivre les allocations et prononce les orientations en établissement spécialisé (voir annexe 4).

13) Sans généraliser des cas qu'il faut espérer isolés, la Cour a eu à connaître de celui d'une personne handicapée à la suite d'un accident de trajet en 1979, qui avait bénéficié d'un stage de rééducation professionnelle au centre de Jurançon (Pyrénées-Atlantiques) en section "photographie" et s'était, grâce à l'attribution d'un prêt d'honneur de 150 000 francs consenti par la CPAM du Calvados, reconvertie dans l'astrologie.

2° LE DISPOSITIF ORDINAIRE DE FORMATION

En dépit d'exemples d'autant plus remarquables qu'ils sont rares - le département du Morbihan, où n'existe pas de CRP, développe néanmoins une politique de formations locales très active en utilisant les conventions passées dans le cadre des actions individuelles de formation - la Cour a pu juger, à l'occasion de ses enquêtes sur place, que le dispositif ordinaire de formation ne répond pas davantage à l'attente et aux besoins réels des personnes handicapées .

L'association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA) ne gère pas de centres spécialement affectés à la rééducation des personnes handicapées : quelques unes seulement de ses trois mille sections spécifiques sont réservées prioritairement à cette population. Aussi cet organisme qui, par ailleurs, a une activité importante d'appui à tous les niveaux en faveur des handicapés (orientation-bilan par des psychotechniciens dans le cadre des COTOREP, évaluation et contrôle des centres spécialisés, formation de formateurs etc.) joue-t- il paradoxalement un rôle modeste dans le domaine de leur formation puisqu'au cours des dernières années, moins de deux mille stagiaires ont été accueillis dans ses établissements. Au demeurant, ces derniers ne sont d'ailleurs pas toujours conformes aux normes d'accessibilité, comme la Cour a pu le constater dans les départements bretons ou dans celui des Pyrénées-Atlantiques, par exemple. La signature, le 4 août 1992, de deux conventions avec, respectivement, l'Etat et l'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés (AGEFIPH) ¹⁴devrait, en principe, permettre de remédier à ces insuffisances, puisque l'AFPA devrait accueillir quatre mille stagiaires handicapés à partir de 1994, aménager ses locaux pour en favoriser l'accès à la population intéressée, et réaliser, pour mille cas particulièrement difficiles, des "parcours individualisés d'insertion". La réalisation de ces objectifs passe inévitablement par une réflexion approfondie et une adaptation des méthodes traditionnelles de l'AFPA à ce type d'action spécifique.

Quant à la formation en entreprise, elle reste marginale. En dépit des efforts consentis par les pouvoirs publics pour favoriser la formation des handicapés en apprentissage - en 1992, 200 millions de francs ont été ajoutés aux 2,6 milliards de francs consacrés par l'Etat à cette formule - l'échec est à peu près total. La loi du 23 juillet 1987 a tenté de relancer l'apprentissage mais, malgré l'existence de centres de formation d'apprentis adaptés aux personnes handicapées , la multiplication des aides émanant tant de l'Etat que de l'AGEFIPH en faveur des employeurs qui ont recours à des apprentis handicapés et le succès de l'insertion des apprentis par rapport à celle des jeunes issus des lycées d'enseignement professionnel, les résultats, localement, se révèlent particulièrement décevants : la formule n'est pratiquement pas utilisée au profit des handicapés dans les départements visités par la Cour, même si, comme dans le Haut-Rhin, elle est globalement pratiquée à un niveau supérieur à la moyenne nationale. Selon certaines directions départementales du travail et de l'emploi, on pourrait craindre que la bonne image de l'apprentissage, lorsqu'elle existe, soit compromise si l'on favorise l'admission des handicapés dans les centres de formation pour apprentis.

14) Créée par la loi du 10 juillet 1987, l'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés collecte les fonds émanant des entreprises qui ont choisi de s'acquitter de cette manière de leur obligation d'emploi, et les redistribue pour faciliter l'intégration des intéressés en milieu ordinaire de travail (Voir infra, B, 3° et ss, et D, 2°, pp. 52 et ss).

De la même manière, la formule du contrat de rééducation professionnelle en entreprise, régi par l'article L 439-9 du code de la sécurité sociale, n'a pas obtenu le succès escompté. Cette formule suppose l'existence d'une convention tripartite entre un employeur, un organisme de sécurité sociale et la direction départementale du travail, et conduit à une prise en charge de la formation modulée dans le temps entre les caisses primaires d'assurance-maladie et les employeurs.

Plusieurs mesures de relance intervenues en 1985 n'ont pas modifié le nombre de contrats de rééducation conclus au plan national, de l'ordre de 400 à 430 selon les années, et qui tend même à régresser. Cet échec est d'autant plus regrettable que, lorsqu'ils existent et sont menés à leur terme, les contrats de rééducation professionnelle en entreprise débouchent généralement sur des emplois durables. Ils assurent en effet un reclassement facile puisque l'intéressé reste dans son milieu de travail et conserve ses habitudes. Par ailleurs, les CPAM considèrent que cette formule est plus économique que le financement d'un stage de rééducation professionnelle. Selon les directions départementales du travail, cette mesure ne serait pas utilisée du fait que les entreprises et les médecins du travail la connaissent mal. Mais l'explication la plus vraisemblable de l'insuccès de la formule est que cette dernière subit, comme beaucoup de mesures spécifiques prises au profit des personnes handicapées, la concurrence directe des multiples actions en faveur de l'emploi décidées par les pouvoirs publics et qui, financièrement, peuvent se révéler dans l'immédiat beaucoup plus attractives tant pour l'employeur que pour la personne handicapée : les contrats de retour à l'emploi (CRE), ouverts à la population handicapée depuis 1991, constituent un exemple très caractéristique de cette situation : au titre de cette seule année, 131 contrats ont été conclus en faveur de travailleurs handicapés dans le Rhône, 115 dans le Haut-Rhin, 113 dans le Calvados, 50 dans le Maine-et-Loire, 44 dans le Doubs et 6 en Lozère.

B. - DES DISPOSITIONS LEGISLATIVES AMBIGUES

Le dispositif mis en place par la loi du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des handicapés était censé constituer une nouvelle étape vers l'intégration des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail : aux anciennes obligations presque essentiellement de procédure qui avaient démontré leur inefficacité a été substituée une obligation de résultat. Celle-ci concerne aussi bien le secteur privé que le secteur public (Etat, collectivités territoriales et établissements publics rattachés), et introduit l'emploi des handicapés dans le domaine de la politique contractuelle. Tout employeur de plus de vingt salariés doit, aux termes de l'article L 323-1 du code du travail, employer à temps plein ou à temps partiel une proportion de "bénéficiaires", énumérés à l'article L 323-3 du même code, égale au moins à 6 % de ses effectifs.

La règle ainsi posée paraît claire. Elle n'est pourtant pas dépourvue d'ambiguïtés.

1° LES "BENEFICIAIRES" DE L'OBLIGATION D'EMPLOI

Telle qu'elle résulte des dispositions de l'article L 323-3 du code du travail, la définition des bénéficiaires de l'obligation est loin d'être aussi nette que pourrait le laisser penser le titre même de la loi "en faveur de l'emploi des handicapés". Cet article énumère en effet huit catégories de bénéficiaires potentiels. Si les quatre premières - qui concernent les travailleurs reconnus handicapés par les COTOREP, les accidentés du travail et les victimes de maladies professionnelles ainsi que les titulaires civils ou militaires d'une pension d'invalidité - ne souffrent guère de contestation, les autres, en revanche, donnent à la notion de "bénéficiaire" une acception particulièrement extensive. Elles visent en effet des veuves et orphelins de guerre et femmes d'invalides dont les conjoints ou pères sont décédés ou ont contracté une maladie ou une blessure imputables à un service de guerre.

La liste des bénéficiaires de l'obligation d'emploi est encore plus longue dans le secteur public que dans le secteur privé puisqu'aux huit catégories précitées viennent s'en ajouter encore deux autres - agents reclassés et agents bénéficiaires d'une allocation temporaire d'invalidité - étant également précisé que les titulaires d'un emploi réservé sont aussi pris en compte pour le calcul du nombre global de bénéficiaires, dans le secteur tant privé que public. Dans ces conditions, le décompte précis des personnes visées par l'article L 323-3 du code du travail est particulièrement malaisé. Les différents champs de dénombrement des intéressés dans le secteur public sont fréquemment sources d'incertitude et d'approximation, car les risques de chevauchement et, partant, de doubles comptes sont fréquents : par exemple, un agent territorial reclassé en raison d'une altération de son état physique en cours d'emploi peut parfaitement faire l'objet d'une reconnaissance de handicap par la COTOREP et être également recensé à ce titre. De même, rien ne s'oppose à ce qu'une personne reconnue bénéficiaire de l'obligation d'emploi au titre de l'article L 323-3 précité se retrouve par ailleurs dans la situation de bénéficiaire d'une allocation temporaire d'invalidité (servie aux fonctionnaires atteints d'une invalidité résultant d'un accident de service ayant entraîné une incapacité permanente ou d'une maladie professionnelle), et soit donc décomptée deux fois. A ces difficultés, s'en ajoute une autre, soulignée par la plupart des collectivités locales : un certain nombre d'agents relevant des catégories de bénéficiaires énumérés à l'article L 323-3 sont employés sans que leur qualité de personne handicapée ou assimilée soit systématiquement connue de leurs employeurs, soit parce qu'ils ont été recrutés avant 1987, alors que l'obligation d'emploi n'existait pas sous la forme prévue par la loi du 10 juillet, soit parce que leur entrée dans la fonction publique postérieure à 1987 a eu lieu sans que leur qualité de bénéficiaire ait été avancée par eux pour aboutir à ce recrutement dans des conditions privilégiées.

Compte tenu des imprécisions signalées, les modes de calcul adoptés par les collectivités locales, tantôt ne font pas apparaître le décompte spécifique des bénéficiaires d'une allocation temporaire d'invalidité au motif qu'ils sont déjà bénéficiaires au titre d'une autre catégorie ; tantôt recensent les mêmes personnes à la fois comme titulaires d'une rente ou d'une pension d'invalidité et comme bénéficiaires d'une allocation temporaire d'invalidité, mais ne les comptabilisent qu'une fois dans le total général ; tantôt considèrent les handicapés reconnus par la COTOREP comme titulaires d'un emploi réservé ; tantôt enfin confondent les bénéficiaires d'une allocation temporaire d'invalidité avec les victimes d'accidents du travail titulaires d'une rente de la sécurité sociale . Il en résulte une approche très approximative de la population censée bénéficier de l'obligation fixée par l'article L 323-1 du code du travail.

Ces difficultés sont aggravées par le fait que le recensement des intéressés, réalisé en "unités bénéficiaires" de l'obligation d'emploi, n'est pas identique dans le secteur privé et dans le secteur public : alors que, dans ce dernier cas, chaque agent effectivement rémunéré compte pour une unité, dans le secteur privé, une même personne peut être décomptée pour plusieurs unités en fonction de divers paramètres - âge, importance du handicap, formation, placement antérieur - les résultats globaux ainsi obtenus étant ensuite "proratisés" en fonction du temps effectif passé par les intéressés dans l'entreprise au cours d'une même année. Un récent décret d'octobre 1992 a sensiblement modifié les règles initiales d'attribution des "unités" aux bénéficiaires de l'obligation d'emploi afin de mieux tenir compte des flux d'embauche des personnes handicapées .

La complexité des mécanismes ainsi décrits, les incertitudes relatives à la population concernée au regard des objectifs affichés par la loi, les difficultés rencontrées par les directions départementales du travail et de l'emploi (DDTE) pour surveiller efficacement la bonne application des procédures, conduisent la Cour à émettre un avis réservé sur l'efficacité

réelle du dispositif mis en place. Elle a eu notamment l'occasion de relever qu'un certain nombre de collectivités publiques déclaraient employer des personnes handicapées sans que ces dernières relèvent pour autant de la liste des "bénéficiaires" fixée par la loi. Elle a également constaté - notamment dans le secteur hospitalier - que des agents dont l'état de santé nécessitait des "postes adaptés" se voyaient, de ce fait, conférer automatiquement la qualification de " personnes handicapées " : l'Assistance publique de Paris est coutumière de cette pratique, ce qui lui permet d'atteindre le taux d'objectif fixé par la loi de 1987. Elle a enfin observé que certaines collectivités locales, comme la commune de Laval (Mayenne) procédaient, sur la base de l'article L 431-2 du code du travail, à une proratisation des unités bénéficiaires de l'obligation d'emploi dans les mêmes conditions que celles prévues dans le secteur privé, et aboutissaient ainsi à des pourcentages d'emploi de personnes handicapées nettement supérieurs à la réalité. Le département des Landes, pour sa part, qui employait jusqu'en juillet 1990 sept personnes handicapées pour un effectif global de 529 agents - soit un pourcentage d'emploi de 1,32 % - inclut dans le décompte, depuis cette date, les effectifs d'un atelier protégé créé et financé par lui, au titre du quota légal imposé par la loi du 10 juillet 1987. Cette pratique, qui lui a permis d'afficher un pourcentage d'emploi de 9,45 % pour la fin de l'année 1990 et de 11,43 % en 1991 va manifestement à l'encontre de la lettre et de l'esprit de la loi en question, qui n'inclut pas les salariés des établissements de travail protégé parmi les bénéficiaires de l'obligation d'emploi en milieu ordinaire.

2° LA POPULATION SALARIEE DE REFERENCE

Un certain nombre d'interrogations subsistent pour la détermination de l'assiette de l'obligation d'emploi, qui suppose le calcul préalable de la population salariée de référence. De l'effectif global de l'entreprise, doivent en effet être déduits les salariés appartenant à "des catégories d'emplois exigeant des aptitudes particulières", c'est-à-dire des emplois qui ne peuvent, en raison de leur spécificité, être occupés par des personnes handicapées . Là encore, la règle ne s'applique qu'au secteur privé, même s'il a été relevé par la Cour que certaines collectivités locales, telles la commune de Laval, déjà citée, la faisaient jouer en leur faveur.

La liste de ces catégories d'emplois (trente-trois au total) a été fixée par un décret du 22 janvier 1988 et devait être révisée en fonction des résultats de la première année d'application de la loi, sur proposition d'une commission désignée parmi les membres du conseil supérieur pour le reclassement des handicapés. Constituée en octobre 1989, cette commission n'a pu que constater l'absence d'unanimité en son sein pour formuler des propositions concrètes. Aussi la liste des emplois établie initialement n'est-elle toujours pas réformée, ce qui est d'autant plus regrettable que l'énumération à laquelle elle donne lieu conduit à s'interroger sur le bien-fondé de l'existence de certains emplois prétendument inaccessibles aux handicapés : le poste de "vendeurs de grands magasins" est l'exemple le plus significatif qui donne fréquemment lieu à des difficultés d'interprétation. C'est ainsi que dans le département du Haut-Rhin, un contentieux oppose la DDTE à une entreprise de charcuterie industrielle comptant 453 vendeurs sur un effectif global de 619 personnes , et qui veut voir réduire à due concurrence l'assiette des effectifs sur lesquels est calculée son obligation d'emploi.

La liste issue du décret précité de 1988 met par ailleurs en évidence l'incohérence déjà soulignée concernant la notion de "bénéficiaire" de la loi. Il n'est pas contestable en effet que la plupart des emplois prévus par décret - intégré dans l'article D 323-3 du code du travail - peuvent être occupés par les bénéficiaires non handicapés énumérés à l'article L 323-3 précité.

3° LES MOYENS PERMETTANT DE S'ACQUITTER DE L'OBLIGATION D'EMPLOI

Les diverses possibilités prévues par le législateur pour permettre aux entreprises et, dans une certaine mesure, au secteur public, de s'acquitter de leur obligation d'emploi sont hétérogènes et ne pèsent pas le même poids. A côté de l'embauche directe figurent, tant pour le secteur public que pour le secteur privé, la possibilité de confier, par convention, des travaux aux établissements de travail protégé et, pour le seul secteur privé, la possibilité de s'acquitter d'une contribution financière auprès de l'AGEFIPH, ou encore, de s'engager, dans le cadre d'un accord de branche, d'entreprise ou d'établissement, à mettre en oeuvre un plan annuel ou pluriannuel comportant au moins deux des actions suivantes : plan d'embauche en milieu ordinaire de travail, plan d'insertion et de formation, plan d'adaptation aux mutations technologiques, plan de maintien dans l'entreprise en cas de licenciement.

Ces différentes actions n'ont évidemment pas la même portée. Les accords d'entreprise, d'établissement et, a fortiori, les accords de branche, courent le risque de rester de simples déclarations d'intention dont il est très difficile de surveiller la réalisation.

Lorsque ces accords concernent une ou plusieurs entreprises - ou un ou plusieurs établissements - situées dans un même département, leur correcte application peut être surveillée par les DDTE. Mais si l'entreprise dispose, comme c'est souvent le cas, de plusieurs établissements répartis sur l'ensemble du territoire national, le contrôle devient plus hypothétique, et parfois même inexistant. Or, les 63 accords actuellement en vigueur sont, d'après le ministère du travail, en majorité des accords d'entreprises à établissements multiples ayant pour la plupart une couverture géographique nationale, avec une forte concentration sur Paris et la région parisienne : tel est le cas, par exemple, pour les accords concernant EDF-GDF, la Banque de France, la COGEMA, IBM, Citroën, etc.

A plus forte raison, la réalité des engagements pris dans le cadre d'un accord de branche est difficile à vérifier à court terme. De plus, les accords de branche sont d'une portée encore limitée, puisqu'actuellement seules deux branches (les assurances et l'hospitalisation privée à but non lucratif) sur plus de 230 ont conclu des accords sur l'emploi des handicapés, ce qui est regrettable dans la mesure où ces accords fixent aux entreprises intéressées des objectifs quantifiés à atteindre.

Le versement d'une contribution à l'AGEFIPH pour toute "unité bénéficiaire" manquante au regard de l'obligation d'emploi peut se révéler, quant à lui, très attractif pour l'employeur. Compte tenu de ses modalités de calcul, cette contribution variait, au 31 décembre 1991, de 9 798 francs à 16 330 francs selon la taille de l'entreprise alors que le coût annuel réel d'un salarié (SMIC + charges sociales) s'élevait, à la même date, à 83 283 francs. Il est aisé de comprendre, dans ces conditions, la préférence que bon nombre d'employeurs accordent au moyen de substitution que constitue l'AGEFIPH, d'autant que les fonds de cette dernière ont vocation à retourner aux entreprises qui mettent en oeuvre une politique d'insertion professionnelle des handicapés. C'est ainsi qu'en 1992, 43 500 entreprises sur 87 800 assujetties à l'obligation d'emploi ont contribué à l'AGEFIPH, soit 49,5 % du total, alors qu'au cours des années 1989, 1990 et 1991, ce pourcentage était respectivement de 26,3 %, 36,8 % et 45,9 %.

Enfin, la possibilité offerte tant aux entreprises du secteur privé qu'à l'Etat, aux collectivités territoriales et à leurs établissements publics de s'acquitter de leur obligation d'emploi, dans la limite d'un plafond de 50 %, en concluant des contrats de fournitures, de sous-traitance ou de prestations de service avec les établissements de travail protégé, a soulevé, quant à elle, des problèmes multiples jusqu'à la fin de l'année 1992. Les règles

posées par une circulaire du 23 mars 1988 prise en application de la loi du 10 juillet 1987, et qui ne seront pas développées ici en raison de leur extrême complexité, ne rendaient même pas correctement compte de la diversité des situations rencontrées dans les établissements de travail protégé, où la rentabilité des travailleurs varie en fonction de l'importance de leur handicap et de la nature de la tâche accomplie.

Aussi bien faisaient-elles l'objet, au plan local, d'une application variable selon les DDTE : la plupart les mettaient en oeuvre mécaniquement, d'autres s'efforçaient, comme c'était le cas en Lozère, de les adapter au cas par cas à la réalité. Par ailleurs, les règles en cause ne concernaient que le secteur privé et non le secteur public. L'Etat, les collectivités territoriales et les établissements publics relevant d'eux se voyaient en effet appliquer, aux termes d'un décret du 1er juin 1989, un autre système d'équivalence également complexe qui avait pour conséquence que l'on s'acquittait de l'obligation d'emploi trois fois plus facilement dans la fonction publique que dans le secteur privé. Il a fallu attendre près de cinq ans pour que le caractère peu cohérent des règles fixées par la circulaire de mars 1988 soit enfin corrigé par les dispositions d'un décret du 5 novembre 1992, qui est venu aligner les systèmes en vigueur dans le secteur public et dans le secteur privé, tant en ce qui concerne les modalités juridiques de calcul de l'équivalence - dans les deux cas, on est désormais en présence d'un texte réglementaire - qu'en ce qui concerne le montant annuel du salaire à prendre en compte.

4° LA SANCTION DU NON-RESPECT DE L'OBLIGATION D'EMPLOI

Selon le domaine dans lequel il intervient, le non-respect de l'obligation d'emploi donne lieu ou non à l'application de sanctions pécuniaires, mais pour les seuls employeurs du secteur privé. L'entreprise qui ne produit pas de déclaration en temps utile ou qui ne satisfait pas, totalement ou partiellement, à l'obligation que lui impose la loi est astreinte, à titre de pénalité, au versement au Trésor public d'une somme dont le montant est égal à celui de la contribution due à l'AGEFIPH, majoré de 25 %. L'importance de ces pénalités tend d'ailleurs à augmenter : elles ont atteint en 1991 un montant de près de 62 millions de francs, alors qu'elles n'étaient que de 26,6 millions de francs en 1990.

En revanche, le fait pour l'administration de ne pas employer son quota obligatoire de bénéficiaires reste, pour elle, sans incidence pratique. L'application de l'obligation qui lui incombe est seulement censée en théorie faire l'objet, chaque année, d'un rapport présenté aux comités techniques paritaires ou aux instances en tenant lieu, ainsi qu'aux conseils supérieurs de la fonction publique de l'Etat, de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière. Au plan local, il semble que cette obligation minimale ne soit guère respectée : si les communes de Fécamp, Rennes, Rouen, Toulouse ainsi qu'un certain nombre de centres hospitaliers généraux ou spécialisés affirment avoir procédé à l'information des comités techniques paritaires, la plupart des autres collectivités territoriales ou établissements publics interrogés, en revanche, admettent ne pas avoir élaboré le rapport d'information, ou même n'ont apporté aucune réponse aux questions de la Cour ou des chambres régionales des comptes sur ce point.

C. - UNE INSERTION PROFESSIONNELLE FIGEE EN MILIEU PROTEGE

Les problèmes rencontrés pour assurer une insertion professionnelle des handicapés en milieu protégé ont plusieurs origines : les déséquilibres affectant certaines des structures de travail protégé, les difficultés constatées pour la mise en place et le fonctionnement des ateliers protégés, les problèmes de financement des centres d'aide par le travail, et les résultats décevants des mesures présentées comme "innovantes".

1° LES DESEQUILIBRES DE CERTAINES STRUCTURES DE TRAVAIL PROTEGE

La législation consacre officiellement l'existence de deux structures de travail protégé, l'une relevant du ministère du travail - les ateliers protégés (AP), auxquels sont juridiquement assimilés les centres de distribution de travail à domicile (CDTD) -, l'autre du ministère des affaires sociales - les centres d'aide par le travail (CAT) -.

Le schéma qu'avait défini la loi d'orientation du 30 juin 1975 reposait sur l'idée selon laquelle il fallait s'efforcer de faire évoluer la personne handicapée du milieu le plus protégé (CAT) vers le milieu le moins protégé (AP) afin de favoriser à la fin de son parcours, grâce à un soutien adapté, son accès au milieu ouvert de travail. Une telle démarche supposait l'existence, entre les CAT et le milieu ordinaire, d'une importante infrastructure d'ateliers protégés, formule légère et relativement souple permettant une transition sans rupture brusque d'un univers à l'autre. Or, la situation du milieu protégé est caractérisée par un déséquilibre important au détriment des ateliers protégés : en 1990, ces derniers étaient au nombre de 295 et pouvaient accueillir environ 10 000 travailleurs handicapés, alors qu'à la même époque, près de 1 100 CAT avaient une capacité d'accueil de l'ordre de 72 000 places. L'inégale répartition de ces établissements sur le territoire national, conséquence du dynamisme plus ou moins grand des associations gestionnaires, rendait encore plus difficiles les tentatives de rééquilibrage. A la fin de l'année 1991, six régions en métropole seulement¹⁵ et les quatre régions d'outre-mer se situaient au-dessous de la moyenne nationale pour l'équipement en CAT.

Les protocoles d'accord signés le 8 novembre 1989¹⁶ par les ministres du travail et des affaires sociales ainsi que par le secrétaire d'Etat aux handicapés, d'une part, et quatre grandes associations représentatives de handicapés - Association des paralysés de France (APF), Association pour adultes et jeunes handicapés (APAJH), Comité national pour la promotion sociale des aveugles (CNPSA), Union des associations de parents et amis des personnes handicapées mentales (UNAPEI) - d'autre part, n'ont pas porté remède à ce déséquilibre.

15) Alsace, Corse, Haute-Normandie, Ile-de-France, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

16) Voir annexe 5.

Aux termes du premier protocole en effet, l'Etat s'est engagé à créer 10 800 places de CAT en quatre ans contre 3 600 places seulement en AP. A l'issue de ce plan, le déséquilibre en valeur absolue devrait donc s'être encore accentué et le rapport des deux structures d'accueil s'être à peine amélioré. A la fin de l'année 1992, on recensait 77 562 places en CAT pour seulement 11 364 en AP. La Cour ne peut que déplorer que la politique suivie aille concrètement à l'encontre de toutes les déclarations d'intention exprimées depuis 1975, et solennellement rappelées dans le premier protocole de 1989, affirmant que le gouvernement "mènera une large réflexion sur le développement des différents dispositifs incitant à l'effort d'intégration et d'insertion tant en atelier protégé qu'en milieu ordinaire", et posant comme principe que cette "réflexion portera sur les conditions permettant d'améliorer le fonctionnement et de favoriser le développement des ateliers protégés et des structures d'accompagnement permettant l'intégration et l'insertion vers le milieu ordinaire".

Même si certains départements, comme celui du Nord, consentent un effort exceptionnel pour promouvoir la création d'ateliers protégés, il reste que les divergences ainsi constatées entre les objectifs affichés par les pouvoirs publics et la politique menée soulèvent des problèmes de fond : que représentent les notions d'intégration et d'insertion des handicapés en milieu ordinaire ? Visent-elles indifféremment les populations d'handicapés physiques et mentaux ? Peuvent-elles être raisonnablement admises dès lors que la productivité des intéressés est inférieure à un tiers de la normale, voire, dans certains cas, ne dépasse pas 5 % à 10 % de celle d'un travailleur valide ?

La réponse à ces questions devrait être un préalable obligé à toute politique visant à faciliter l'intégration professionnelle des handicapés, ne serait-ce que dans un souci de clarification du discours d'un certain nombre d'associations qui, tout en prônant l'insertion en milieu ordinaire de production, ne cessent de réclamer aux pouvoirs publics des créations de places nouvelles en secteur protégé. Elle aurait également le mérite de conduire à une réflexion sur le point de savoir si le maintien, en milieu protégé, de deux régimes juridiques et financiers différents - celui des CAT et celui des AP- présente toujours un intérêt aujourd'hui. La Cour n'est pas en mesure d'apprécier les avantages, à terme, de la formule de l'établissement unique de travail protégé analogue à celle existant dans certains pays européens, comme l'Allemagne, et au sujet duquel un conseil des ministres du 8 décembre 1982 avait constitué un groupe de réflexion. Ce dernier a rédigé un rapport, déposé en janvier 1984, consacré au "travail protégé et (à) l'insertion professionnelle des personnes handicapées ". La Cour regrette que les conclusions de ce rapport, toujours d'actualité dix ans après sa parution, n'aient été suivies d'aucun effet. Elle constate, en revanche, que le cloisonnement actuel des établissements de travail protégé et les difficultés rencontrées par chaque catégorie d'entre eux vont à l'encontre de la philosophie qui sous-tendait la loi d'orientation du 30 juin 1975.

2° LES DIFFICULTES CONSTATEES DANS LA MISE EN PLACE ET LE FONCTIONNEMENT DES ATELIERS PROTEGES

En dépit de quelques mesures destinées à faciliter leur création, la mise en place et le fonctionnement des ateliers protégés restent très aléatoires et se heurtent à au moins trois séries de difficultés.

La première est d'ordre réglementaire. Bien qu'un décret du 24 décembre 1991, modifiant l'article R 323-63 du code du travail, ait expressément prévu la déconcentration des procédures d'attribution des subventions d'investissement des AP, le système en vigueur reste lourd et complexe. Il suppose, notamment, l'existence d'une convention conclue après avis de la commission de l'emploi du comité régional de la formation professionnelle, de la promotion sociale et de l'emploi. En outre, alors que les modalités d'octroi des subventions de fonctionnement sont bien définies, aucune précision n'existe sur la manière de calculer la subvention d'investissement. Or, par définition, les décisions d'investir doivent, pour des raisons économiques, être prises rapidement par les responsables des établissements et, à défaut de crédits-relais qui pourraient être mis en place pour répondre à des besoins immédiats, un AP peut être condamné à la stagnation, voire à la régression. On doit aussi s'interroger sur la cohérence des dispositions prévoyant que les AP peuvent être créés "par les collectivités ou organismes publics" (article L 323-31 du code du travail) et font, par ailleurs, l'objet d'une "comptabilité distincte qui est tenue conformément aux prescriptions du plan comptable général" (article R 323-61, 3ème alinéa du code du travail). Cette situation implique un régime fiscal différent de celui des AP créés par des organismes privés assujettis eux, notamment, à la TVA, à la taxe d'apprentissage et à la taxe sur la formation professionnelle continue.

La seconde difficulté est structurelle : la fluctuation de la charge de travail dans les AP, les absences parfois fréquentes des travailleurs handicapés en raison de leur état de santé, la moindre rentabilité résultant du type de population accueilli conduisent souvent à la nécessité de recruter du personnel intérimaire pour répondre à la demande et satisfaire ponctuellement les clauses d'un marché, car l'AP fonctionne exactement comme une entreprise ordinaire et est donc soumis aux mêmes contraintes économiques que cette dernière. La situation peut encore se trouver aggravée par la concurrence des CAT, qui sont généralement en mesure de pratiquer une politique des prix plus attractive, ou la crainte de la concurrence exprimée par le milieu ouvert de travail, qui peut bloquer la création d'un AP. Au moment de l'enquête, un établissement de quarante places comportant une scierie et susceptible d'être implanté à Laval-Atger, en Lozère, n'avait toujours pu obtenir son agrément en raison de l'opposition des organismes consulaires - en l'espèce, la chambre de commerce et d'industrie de la Lozère - inquiets du préjudice éventuel que cet atelier protégé pourrait causer aux entreprises travaillant le bois.

La troisième difficulté à laquelle sont confrontés les AP réside dans les problèmes qu'ils rencontrent désormais pour aménager leurs postes de travail. Jusqu'en 1992, en effet, l'article 20 (paragraphe 10 et 20) du chapitre 44-71 du budget du ministère du travail était abondé en crédits destinés à aider à l'aménagement des postes et lieux de travail, à atténuer les surcoûts d'encadrement et à encourager les constructeurs de machines. Mais l'administration s'est désengagée de ce domaine, et les crédits en question ont été supprimés de la loi de finances de 1992 au motif - non officiellement avoué - que l'AGEFIPH disposait de moyens financiers lui permettant de prendre le relais en la matière. Or, l'AGEFIPH ne pouvant légalement agir en milieu protégé - sauf si son intervention permet de faciliter concrètement une insertion en milieu ordinaire de travail - les AP, du même coup, se voient privés d'aide dans un domaine pourtant essentiel à leur activité.

Il n'est pas surprenant, dans ces conditions, que bon nombre d'ateliers protégés ne survivent que grâce à l'attribution, occasionnelle ou régulière, de subventions de fonctionnement versées par l'Etat qui viennent s'ajouter aux aides que peut dispenser l'organisme gestionnaire. C'est ainsi qu'en Lozère, un AP géré par l'association des travailleurs handicapés lozériens en milieu rural (ASTHRALOR), étroitement liée à la caisse de mutualité sociale agricole (CMSA), reçoit, depuis sa création en 1987, des subventions annuelles dont le montant varie de 155 000 francs à 240 000 francs, mais bénéficie aussi de l'aide de la Mutualité sociale agricole qui, sans le subventionner directement, lui octroie cependant les prêts nécessaires et lui accorde également certaines facilités pour le paiement des cotisations sociales.

Les exemples d'ateliers protégés qui ne connaissent pas de difficultés financières sont suffisamment rares pour être soulignés : la Cour a été en mesure de constater que tel était le cas, par exemple, de l'AP d'Etupes et Seloncourt, dans le Doubs, dont l'essentiel du chiffre d'affaires provient des activités de sous-traitance avec la société des Automobiles Peugeot, et dont on peut penser qu'il restera viable tant que perdurera cette sous-traitance.

3° LES PROBLEMES DE FINANCEMENT DES CENTRES D'AIDE PAR LE TRAVAIL¹⁷

Alors que les ateliers protégés qui, juridiquement, relèvent du ministère du travail, jouissent d'un statut proche de celui d'une entreprise et ont pour objectif de produire et de vendre selon des critères de rentabilité, c'est-à-dire de couvrir leurs charges par les produits de leurs ventes, les CAT sont des institutions médico- sociales placées sous la tutelle du ministère des affaires sociales et qui développent plutôt une politique d'accueil et d'assistance aux handicapés. La recherche de marchés de sous-traitance exprime pour les CAT davantage le souci de satisfaire les besoins occupationnels de leurs pensionnaires qu'une nécessité dont dépend la survie de l'institution. Le fonctionnement financier et la pérennité de la structure sont en effet théoriquement garantis, puisque les CAT sont financés par le biais d'une dotation globale arrêtée par le représentant de l'Etat dans chaque département. Cette dotation résulte de la différence entre les charges approuvées et les produits attendus inscrits à la section d'exploitation du budget principal de l'activité sociale qui retrace le fonctionnement général de l'établissement, à l'exception des charges d'exploitation strictement liées à l'activité économique de celui-ci. Cette dernière est retracée au sein du budget annexe de production et de commercialisation ; ce budget annexe n'est pas soumis à l'approbation de l'autorité de tarification, et peut éventuellement faire l'objet d'un soutien financier de l'Etat par le biais d'une subvention interne de fonctionnement en provenance du budget social.

Depuis quelques années, le taux annuel d'évolution de la dotation globale de financement accordée aux CAT est insuffisant pour couvrir les charges des établissements. L'encadrement strict des budgets des CAT- l'enveloppe globale des crédits d'aide sociale qui leur est consacrée a évolué conformément à des taux directeurs qui étaient de + 5,06 % en 1990, + 3 % en 1991 et + 2 % en 1992 - est aujourd'hui totalement dépourvu de base réaliste puisque la dotation ne couvre plus le financement des mesures d'amélioration de la situation des personnels d'encadrement prévues par les conventions collectives pourtant dûment approuvées par le ministère du travail. Dans les départements visités, ce financement aurait supposé, en 1992, un taux directeur de la dotation globale en hausse de 5 à 6 % alors qu'il a été limité à 2 %. Ce décalage a d'ailleurs été reconnu comme tel par l'administration,

17) Selon les dispositions de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, les CAT peuvent être gérés par des personnes de droit privé, mais aussi relever de personnes morales de droit public. Dans ce cas, il peut s'agir de services non personnalisés ou d'établissements publics.

puisque'une circulaire n° 70 du 24 décembre 1991 dispose expressément que le taux directeur "ne permet de couvrir qu'une partie des mesures de la politique salariale prévue dans le taux de progression du secteur médico- social ". Outre qu'il est particulièrement mal ressenti par ceux des établissements qui, comme la Cour l'a fréquemment constaté, s'efforcent de maintenir un coût à la place sensiblement inférieur à la norme arrêtée par l'Etat (la moyenne en 1992 était de 55 000 francs), et qui se trouvent, de ce fait, doublement pénalisés, il témoigne d'un manque de cohérence entre les différentes formes d'action des pouvoirs publics vis-à-vis d'une même structure et a des conséquences très regrettables.

Il est tout d'abord à l'origine d'instances contentieuses intentées par des CAT contre les arrêtés préfectoraux de notification de la dotation devant les commissions interrégionales de la tarification sanitaire et sociale . Le décalage constaté fait craindre aussi des réductions de personnel alors que le taux actuel d'encadrement dans les CAT est bien souvent insuffisant, ou une diminution notable des actions de formation professionnelle continue, dont la déficience, dans le secteur protégé, est déjà manifeste. Enfin, il ne peut qu'inciter les gestionnaires d'établissements à équilibrer leur budget principal en utilisant les ressources de la partie commerciale de leur activité et donc, pour que cette dernière dégage des excédents, à rendre le CAT compétitif à n'importe quel prix. La Cour a relevé maints exemples de CAT qui, par nécessité, développaient une activité plus productive qu'occupationnelle en recherchant les marchés les plus rémunérateurs - même s'ils étaient peu formateurs pour les handicapés - en recourant, en cas de besoin et pour des périodes limitées, à des "Rmistes" ou à des chômeurs de longue durée, enfin, en s'opposant au départ de leurs pensionnaires les plus productifs, et donc les mieux adaptables au milieu ordinaire de production. Ainsi se trouve totalement détournée de son but l'une des idées-force de la loi du 30 juin 1975, à savoir l'évolution progressive de la personne handicapée du milieu le plus protégé vers le milieu le moins protégé.

4° LES RESULTATS DECEVANTS DES MESURES DITES "INNOVANTES"

Plusieurs formules visant à faciliter une certaine fluidité entre le milieu protégé et le milieu ordinaire ont été expressément prévues par les textes. Elles sont malheureusement à peu près totalement dépourvues d'effets significatifs. La possibilité, pour les entreprises de créer des AP, prévue par l'article L 323-31 du code du travail, est, de façon générale, ignorée. Dans les départements où elle a eu l'occasion de se rendre, la Cour n'a relevé que deux exemples d'utilisation de cette formule : les Houillères du Nord - Pas-de-Calais ont créé à Douai l'atelier ETHAP-NPC, et l'entreprise SOLLAC a aidé à la création, à Dunkerque, d'un atelier indépendant qui s'engage sur un volume annuel de sous-traitance pour SOLLAC.

Le développement souhaité des formules juxtaposées CAT/AP- création de sections d'AP dans les CAT et inversement - rappelé par une circulaire du 3 juillet 1991 afin de favoriser un "brassage" de travailleurs dont les handicaps sont différents est, lui aussi, très peu avancé ; il est plus fréquent de rencontrer, comme dans le Doubs, des AP implantés sur le même site que des CAT, la gestion des deux types d'établissement relevant d'une même structure, sans que cette situation entraîne pour autant une amélioration évidente de l'insertion professionnelle des handicapés les plus lourds.

Les formules visant à ouvrir les établissements de travail protégé vers l'extérieur ne sont guère plus efficaces que les précédentes. La mise à disposition d'une entreprise d'un travailleur handicapé appartenant à un AP, en vue d'une embauche, est expressément prévue par les articles L 323-32 et D 323-25-3 du code du travail. Le détachement, individuel ou en équipe, à la journée ou continu, de travailleurs handicapés admis en CAT et autorisés à exercer une activité à l'extérieur de l'établissement, a été précisé par un décret du 14 mars

1986. Les établissements du Maine-et-Loire paraissent avoir volontiers recours à ces dispositifs (49 mises à disposition et 54 détachements ont été recensés en 1991), ceux des Pyrénées-Atlantiques affichant une nette préférence pour le second (28 contrats de détachement conclus en 1991), alors qu'en Lozère on affirme utiliser volontiers les deux formules (7 mises à disposition et 8 détachements seraient intervenus en 1991) sans toutefois que les contrats correspondants puissent être toujours produits. Il est symptomatique d'ailleurs de relever que, même lorsqu'ils existent, ces contrats ne sont pas toujours établis conformément à la réglementation. Ceci est grave dans la mesure où la mise à disposition ou le détachement ont des incidences, sur le niveau de ressources des intéressés, qui doivent être explicitement précisées ; à défaut, on peut craindre que le travailleur handicapé placé à l'extérieur de son établissement d'accueil ne soit victime d'une exploitation peu compatible avec toute idée d'insertion.

Compte tenu des observations qui précèdent, et dans la mesure où les établissements de travail protégé sont naturellement réticents pour laisser partir leurs meilleurs éléments - les plus productifs - qui sont aussi les plus aisément insérables dans une entreprise ordinaire, on ne peut que constater la faiblesse du taux de sortie des travailleurs handicapés du milieu protégé vers le milieu ordinaire de travail. Même s'il est difficilement mesurable avec précision, son ordre de grandeur est significatif : en 1991 il aurait été de 2 à 3 % dans le Maine-et-Loire, de 1,5 % dans le Haut-Rhin et de 3,2 % dans le Rhône. En Lozère, il aurait atteint 10 à 15 % des travailleurs de l'AP géré par l'association Asthralor, précitée. Mais ces résultats doivent être regardés avec prudence, car ils constituent une photographie de la situation en fin d'année et n'intègrent évidemment pas les divers incidents qui peuvent conduire un handicapé "sorti" en milieu ordinaire à revenir en milieu protégé. Le passage d'un secteur à l'autre fait en effet intervenir de multiples facteurs et l'insertion - ou la réinsertion - professionnelle échappe bien souvent à la logique rigoureuse que voudraient imposer les textes qui la régissent (voir encadré : "un exemple de réinsertion difficile").

UN EXEMPLE DE REINSERTION DIFFICILE

L'exemple qui suit est un exemple réel, rendu anonyme, extrait d'un dossier consulté au sein de "l'équipe de préparation et de suivi du reclassement" (EPSR) de l'un des départements visités.

M. X..., né en juillet 1966, est déficient intellectuel et il a été pris en charge dès son plus jeune âge par le service de l'aide sociale à l'enfance.

- de 1974 à 1981, l'intéressé est placé en maison pour enfants ;

- de 1981 à 1986, il est placé en Institut médico-professionnel ;

- en 1986, il est confié à l'EPSR ; déficient intellectuel, il a toutefois atteint le niveau CE en français et CP en mathématiques et, comme c'est le cas en général des jeunes dont le "parcours" est une succession de placements, son autonomie relative reste liée à un accompagnement social soutenu ; la COTOREP le reconnaît travailleur handicapé, catégorie C ;

- en septembre 1986, il est embauché comme ouvrier agricole avec un abattement de salaire de 30 % ; son contrat de travail est rompu au bout de 3 mois ;

- en décembre 1986, il effectue un stage de soudure qui se solde par un échec, en raison du rythme irrégulier du travail de l'intéressé, de son manque de technicité, et de son incapacité à s'adapter au milieu ordinaire ;

- décembre 1986 : une préparation individuelle au code de la route jusqu'en juillet 1987 lui permet, en décembre 1987, d'obtenir son permis de conduire ; entre temps, en mars 1987, l'intéressé a de nouveau été embauché comme ouvrier agricole (abattement de 40 %) et il a pu trouver un logement indépendant qu'il est en mesure de prendre en charge grâce à l'allocation-logement dont il bénéficie ;

- octobre 1989 : la COTOREP l'oriente en atelier protégé, avec contrat de prestation de services dans une scierie ; l'intéressé perçoit toujours l'allocation-logement qui lui permet d'avoir son appartement individuel en ville ; le soutien social qui lui est nécessaire n'est plus que bimensuel ;

- avril 1991 : M. X... est embauché sur un contrat de travail à durée indéterminée par l'entreprise où il était en prestation de services ; l'abattement de salaire décidé par la COTOREP est de 20 % ; mais en juillet 1991, il atteint l'âge de 25 ans : bien que reconnu travailleur handicapé de catégorie C, il n'est pas considéré par la COTOREP comme inapte à 80 % ; son allocation-logement lui est, en conséquence, supprimée. De ce fait, fragilisé dans ses ressources au moment où il atteint une certaine autonomie professionnelle et sociale, M. X... connaît de nouvelles difficultés dans l'entreprise où il est employé, et risque d'être orienté en milieu de travail protégé lors d'un nouvel examen de son cas par la COTOREP.

D. - UN ACCES ENCORE DIFFICILE A L'EMPLOI EN MILIEU OUVERT DE TRAVAIL

Rapprochant des objectifs prévus les résultats de la loi du 10 juillet 1987, la Cour a dû constater que ceux-ci sont insuffisants, dans le secteur tant privé que public. De plus, les mesures permettant d'accompagner et de prolonger les dispositions de la loi restent encore à préciser et à améliorer.

1° DES RESULTATS INEGAUX ET INSATISFAISANTS

La loi avait expressément prévu une période transitoire, de 1988 à 1990, au cours de laquelle le pourcentage de bénéficiaires de l'obligation d'emploi par rapport aux effectifs ne devait augmenter que progressivement. Fixé à 3 % en 1988, ce pourcentage devait ensuite augmenter d'un point par an, de telle sorte que l'année 1991 était la première où s'appliquait le "régime de croisière" de 6 %.

Dans les entreprises, le quota légal n'a été atteint que pour l'année 1988 (3,9 %), encore que l'impossibilité dans laquelle s'est trouvé le ministère du travail de procéder cette année là aux proratisations nécessaires doive conduire à estimer que ce pourcentage est sans doute supérieur à la réalité. Quoiqu'il en soit, comme le montrent les tableaux qui suivent, sa stabilité ultérieure n'a pas répondu aux objectifs affichés : 3,6 % en 1989, 3,7 % en 1990, et 3,8 % en 1991. Au cours de cette dernière année, seules 30 400 entreprises sur un peu plus de 88 000 assujetties à l'obligation d'emploi avaient atteint le taux de 6 % par l'emploi direct et par les engagements pris dans des accords. Près des deux tiers des entreprises se situaient donc en dehors des normes légales relatives à l'embauche proprement dite.

De plus, les employeurs ont davantage tendance à utiliser les moyens de substitution que leur offre la loi, et plus particulièrement le versement d'une contribution à l'AGEFIPH, plutôt que de procéder à des embauches directes. Même en tenant compte de la progression du taux d'emploi obligatoire, de 1988 à 1991, l'augmentation des sommes collectées par l'association illustre cette situation : celles-ci ont représenté 320 millions de francs en 1989, 645 millions en 1990, 1,18 milliard en 1991 et 1,6 milliard en 1992. Le succès rencontré par la formule, cumulée avec les autres moyens permettant de répondre à la volonté du législateur, conduit paradoxalement à une stagnation de l'embauche, qui devrait pourtant rester la priorité recherchée.

TABLEAU 1 - L'EVOLUTION DE L'EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPES

	1988	1989	1990	1991
Obligation d'emploi	3%	4%	5%	6%
Seuil d'assujettissement (a)	34 salariés	25 salariés	20 salariés	20 salariés
Nombre d'établissements assujettis (1)	52 600	74 100	87 800	88 000
Effectif salarié (2)	7 356 000	7 987 000	8 518 000	8 539 600
Nombre de handicapés déclarés (3)	223 800	235 900	256 300	258 000
dont : accidentés du travail	131 000	134 000	140 300	136 600
COTOREP	65 000	70 500	82 100	84 900
Nombre moyen de handicapés par établissement : (3) / (1)	4,25	3,18	2,92	2,93
Taux d'emploi de handicapés : (3) / (2)	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%
Assiette d'assujettissement (4)	6 777 600	7 398 900	7 885 900	7 903 200
Unités bénéficiaires proratisées (5)	(c)	264 700	293 600	296 900
Taux d'emploi en UBP (b) par rapport à l'assiette d'assujettissement : (5) / (4)	(c)	3,60%	3,70%	3,80%

(a) Compte tenu de la progressivité du taux de l'obligation, le champ d'application de la loi est différent chaque année

(b) UBP : unité bénéficiaire proratisée.

(c) Pour 1988, ces informations n'étaient pas connues. Le nombre d'unités bénéficiaires non proratisées était de 264 500 et le taux correspondant de 3,90 %.

**BILAN DES BENEFICIAIRES ET DES UNITES BENEFICIAIRES CORRESPONDANTES
PAR CATEGORIE DE BENEFICIAIRES POUR 1991**

		Bénéficiaires	Coefficient correcteur (1)	Unités bénéficiaires non proratisées	Coefficient de proratisation (2)	Unités bénéficiaires proratisées
handicapés COTOREP	ensemble	84 900	-1,62	137 850	0,92	127 300
	A	24 400	1	24 400		26 600
	B	42 400	1,5	63 600		65 000
	C	18 100	2	36 200		35 700
½ unités ou unités supplém.	formation professionnelle	1 000	0,5	500		3
	âge	24 700	0,5	12 350		3
	placement antérieur	1 600	0,5	800		3
Accidents Du Travail	ensemble	136 600	-1,02	139 100	0,98	136 200
	Taux 10-66,6	132 400	1	132 400	0,98	129 900
	d'IPP 66,6-85	3 400	1,5	5 100	0,94	4 800
	en % >85	800	2	1 600	0,94	1 500
Invalides pensionnés		22 200	1	22 200	0,87	19 400
mutilés de guerre		14 300	1	14 300	0,98	14 000
ENSEMBLE		258 000	-1,21	313 450	0,95	296 900

1) Des unités ou demi-unités sont accordées par la réglementation à certains bénéficiaires selon leur situation ; le coefficient correcteur permet de passer des effectifs de bénéficiaires aux unités bénéficiaires correspondantes. S'il est entre parenthèses, il est le produit d'un calcul.

(2) C'est un coefficient de proratisation temporelle ; il tient essentiellement compte du travail à temps partiel mais aussi de la durée de présence annuelle pour les salariés sous CDD.

(3) Comptabilisées avec la catégorie de handicapés COTOREP correspondante.

Source : ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle. Rapport sur l'exécution de la loi du 10 juillet 1987 au titre de l'année 1991

La situation globale ainsi observée permet de mieux mettre en relief les résultats remarquables obtenus dans certains départements que la Cour a eu l'occasion de visiter : le quota de 6 % était atteint en Lozère en 1991, et il l'était pratiquement aussi (5,9 %) dans le Doubs, étant précisé que, dans ce dernier département, la contribution à l'A.G.E.F.I.P.H. est passée de 1,3 million de francs en 1988 à 11,5 millions de francs en 1991, avec un montant triplant d'une année à l'autre de 1988 à 1990. En sens inverse, la faiblesse des cotisations à l'A.G.E.F.I.P.H. (1,70 %) caractérise l'action des entreprises privées du département du Nord, qui privilégient l'embauche directe de handicapés (2,93 %) et les accords de branche et d'entreprise sans que le quota légal soit pour autant respecté (4,78 %).

La Cour a pu enfin relever que si la volonté d'embauche de personnes handicapées, telle qu'elle est exprimée par les entreprises, croît proportionnellement à la taille de ces dernières, c'est le phénomène inverse qui se produit quant à la réalité de l'embauche : nombreuses sont les entreprises occupant moins de 20 salariés - non assujetties à l'obligation d'emploi - qui procèdent à l'embauche directe de personnes handicapées. Dans le Morbihan,

par exemple, 65 % des placements réalisés en 1992 par l'équipe de préparation et de suivi du reclassement (E.P.S.R.)¹⁸ ont été réalisés dans ce type d'entreprises.

Dans le secteur public, où n'existe pas le système de "proratisation" des bénéficiaires de l'obligation d'emploi, les résultats ne sont guère plus significatifs que dans le secteur privé.

D'après les informations disponibles, les quotas d'emploi dans la fonction publique d'Etat ont été, en 1988, 1989, 1990 et 1991 de 3,3 %, 3,7 %, 3,38 % et 3,1 % comme le montrent les tableaux ci-dessous. Dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière - pour lesquelles les statistiques de 1991 n'étaient pas connues au moment de l'enquête de la Cour - ils étaient respectivement, pour la période 1988-1990, de 3,4 %, 4,1 % et 4,05 % pour la première, et de 3,97 %, 4,3 % et 4,8 % pour la seconde. S'agissant de ces deux derniers domaines, les travaux des chambres régionales des comptes permettent de mettre en évidence des résultats intéressants. A priori, aucune région ne respecte le quota légal d'emploi, et trois départements seulement - Côtes d'Armor, Haute-Corse et Hauts-de-Seine - se situent dans la légalité. Pourtant, les collectivités territoriales et leurs établissements publics qui sont impliqués dans une politique active d'insertion professionnelle des personnes handicapées font un effort souvent remarquable et affichent un quota d'embauche bien supérieur au seuil de 6 %.

18) Les EPSR (cf. infra, 3ème partie) ont pour vocation de préparer, d'accompagner et de suivre l'insertion professionnelle et sociale des personnes handicapées en milieu ordinaire.

Tableau 3
Effectifs des travailleurs handicapés et autres bénéficiaires de la loi
sur la période 1987-1990

MINISTERES	1987		1988		1989		1990		1991	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Affaires étrangères	188	1,2	203	1,4	254	1,3	332	2,1	352	2,3
Affaires sociales	1 043	4,4	1 142	5,1	1 068	4,9	1 206	4,6	1 074	4,5
Agriculture	-	-	597	2	597	2	947	3,2	995	3,3
Anciens combattants	334	7,6	266	6,3	254	6,3	236	6,2	221	6,1
Aviation civile	598	4,8	602	4,9	646	5,3	675	5,5	971	7,8
Coopération	4	0	19	0,2	19	0,3	13	0,2	13	0,2
Culture	166	1,4	176	1,3	184	1,4	172	1,6	181	1,6
Défense	4 248	3,1	4 299	3,2	4 264	3,3	3 284	2,6	2 944	2,6
DOM-TOM	2	0,1	1	0,1	1	0,1	1	0,1	1	0,1
Economie et finances	9 263	4,6	7 581	3,9	7 455	3,8	7 017	3,6	6 537	3,5
Education nationale (1)	-	-	31 038	3	31	0,4	30 582	2,8	26 407	2,5
Equipement	-	-	1 894	1,8	1 665	1,6	3 387	3,3	3 365	3,2
Industrie et recherche (2)	308	3,4	111	1,2	110	0,9	817	1,7	96	1,6
Intérieur	8 298	5,7	12 053	8	12 412	8,3	10 634	6,8	11 275	7,1
Justice	604	1,3	550	1,1	538	1,1	744	1,4	813	1,5
Mer	91	3,3	93	4,3	135	5,5	166	6,8	171	7
Premier Ministre	52	2	50	1,8	27	0,9	28	0,9	25	0,8
PTE (2)	13 658	2,7	15 389	3	17 116	3,4	18 067	3,8	4	0,5
TOTAUX	38 857	3,4	70 064	3,3	46 876	3,7	78 308	3,3	55 445	3,1

(1) En 1989, les résultats de l'Education nationale ne représentent que le secrétariat d'Etat à la jeunesse et aux sports ; en 1991, Education nationale et jeunesse et sports restent cumulés.

(2) En 1991, hors établissements publics.

Source : Ministère de la Fonction publique et des réformes administratives. Rapport sur l'exécution de la loi du 10 juillet 1987 au titre de l'année 1991.

TABLEAU 4
Effectifs des travailleurs handicapés et assimilés par ministère

	(1)	(1*)	(2)	(3)	(4)	(5)	Total	Effectifs	%
Affaires étrangères	15	0	72	66	199	0	352	15067	2.3
Affaires sociales	446	23	27	4	559	38	1074	23720	4.5
Agriculture	116	12	84	704	90	1	995	29794	3.3
Anciens combattants	24	0	16	42	135	4	221	3647	6.1
Aviation civile	84	0	20	69	798	0	971	12471	7.8
Coopération	3	0	4	3	2	1	13	6329	0.2
Culture	99	10	0	80	2	0	181	11500	1.6
Défense	675	0	1097	149	979	44	2944	114902	2.6
Dom-Tom	1	0	0	0	0	0	1	1817	0.1
Economie et Finances	1232	0	248	1457	3434	166	6537	189017	3.5
Education nationale	2574	0	8110	5796	4596	5291	26367	1065921	2.5
Equipement	602	26	444	1493	641	185	3365	104401	3.2
Industrie	49	0	0	0	44	0	93	5696	1.6
Intérieur	775	45	1790	6892	1782	36	11275	159579	7.1
Jeunesse et sports	11	0	8	11	9	1	40	7304	0.5
Justice	37	0	18	357	379	22	813	54820	1.5
Mer	11	0	4	79	76	1	171	2426	7.0
Premier ministre	1	0	9	15	0	0	25	3029	0.8
PTE	1	0	1	1	1	0	4	771	0.5
Recherche	0	0	0	0	0	3	3	299	1.0
TOTAL ministères	6756	116	11952	17218	13726	5793	55445	1812510	3.1

TABLEAU 5
Effectifs des travailleurs handicapés et assimilés par établissement public

	(1)	(1*)	(2)	(3)	(4)	(5)	Total	Effectifs civils	%
CEMAGREF	9	0	3	8	0	1	21	604	3.5
CNRS	50	0	262	104	115	281	812	24664	3.3
FRANCE TéléCOM	1025	35	97	2379	241	426	4168	152653	2.7
INRA	32	2	110	31	19	23	215	8584	2.5
INRETS	1	0	2	1	2	0	6	403	1.5
INRIA	0	0	0	0	0	1	1	640	0.2
INSERM	31	7	33	1	22	2	89	4782	1.9
LA POSTE	1446	38	455	3461	1661	3282	10305	273400	3.8
ONF	0	0	0	191	739	0	930	7297	12.7
ONISEP	18	7	2	10	0	3	33	522	6.3
TOTAL Et. publics	2612	89	964	6186	2799	4019	16580	473549	3.5
TOTAL GENERAL	9368	205	12916	23404	16525	9812	72025	2286059	3.2

*Signification des colonnes**(1) : COTOREP**(1*) : dont recrutement contractuels art. 3 de loi 10/07/1987**(2) : Accidentés du travail ; victimes maladies professionnelles**(3) : Agents titulaires allocation temporaire d'invalidité**(4) : Anciens militaires**(5) : Fonctionnaires de l'art. 63 loi 11/01/1984**Source : DGAFP sur enquêtes auprès des directions de personnel. Situation au 31 décembre 1991*

Des taux d'emploi atteignant, voire dépassant 10 % du total des effectifs ont pu être observés. Ce résultat est d'autant plus spectaculaire que la seule alternative à l'embauche directe - la conclusion de contrats avec les établissements de travail protégé - paraît fort peu répandue dans le secteur public (voir tableau 5). Enfin, le nombre d'établissements hospitaliers concernés - pour des taux d'emploi généralement substantiels - infirme les arguments fréquemment invoqués au sein de ce type de structure, selon lesquels les conditions de travail en milieu hospitalier sont trop difficiles physiquement et psychologiquement pour que des emplois, même adaptés, puissent être proposés à des handicapés, notamment dans les services soignants.

TABLEAU 6
Marchés conclus par les ministères ou établissements publics avec les établissements de travail protégé

Ministère	Montant total	Equivalence en bénéficiaires de la loi du 10/07/1987
Affaires sociales	644 701	9,8
Aviation civile	344 559	5,24
CDC	282 000	4,29
CNESSS	3 409	0,05
Défense	7 077 159	107,54
Education nationale	83 456	1,27
ENA	9 210	0,14
Equipement	363 893	5,53
INRA	223 891	3,4
Intérieur	105 811	1,61
Justice	445 442	6,77
PTE	69 515 944	1 056,36
Recherche et technologie	0	0
Total	79 099 476	1 201,99

Situation au 31 décembre 1991

*Source : ministère de la fonction publique et des réformes administratives -
 Rapport sur l'exécution de la loi du 10 juillet 1987 au titre de l'année 1991*

Dans le secteur public toujours, l'application de la loi de 1987, qui a reconduit les systèmes traditionnels de recrutement - concours et emplois réservés - en les complétant par une troisième voie, celle de la contractualisation sur des emplois de catégorie C et D, révèle des incohérences. On en relèvera trois.

Tout d'abord, la loi du 10 juillet 1987 a renoncé à supprimer la formule des emplois réservés, héritée de la vieille législation concernant les invalides de guerre, et qui s'applique à toutes les catégories professionnelles à l'exception de la catégorie A. Elle a certes ainsi maintenu un avantage qui est de proposer aux handicapés un examen professionnel unique. Mais, en contrepartie, subsistent les nombreux inconvénients du système : aléas de l'examen quant à l'affectation géographique, confusion de fait entre handicapés et victimes de guerre, lourdeur des mécanismes de gestion du système par le ministère des anciens combattants, auxquels n'ont pas totalement remédié quatre décrets de simplification pris en 1990.

Ensuite l'article 3 de la loi du 10 juillet 1987 a institué la possibilité de recruter directement par la voie contractuelle sur des postes de catégorie C ou D, pendant une période d'un an renouvelable une fois, des personnes reconnues travailleurs handicapés par la COTOREP. A l'issue de la période considérée, les intéressés sont titularisés sous réserve qu'ils remplissent les conditions d'aptitude exigées pour l'exercice de la fonction. Cette nouvelle disposition législative a abouti à un échec total : dans les départements où la Cour a eu l'occasion de se rendre, elle n'a jamais été utilisée par les administrations déconcentrées de

l'Etat, qui ne disposent d'ailleurs pas de postes vacants pouvant être proposés à ce type de recrutement. Au sein des collectivités locales, la formule est également à peu près ignorée : on a pu relever sa mise en oeuvre par la région Midi- Pyrénées, par le département des Hautes-Pyrénées ou encore par le centre hospitalier spécialisé du Rouvray (Seine Maritime) et le centre hospitalier de Bernay (Eure) notamment. Mais, dans tous les cas, elle ne concerne qu'une seule unité, pour laquelle il n'est pas assuré que l'effort consenti débouche sur une titularisation. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cet insuccès : limitation aux catégories C et D des emplois concernés - sans doute eût-il été judicieux d'ouvrir aussi l'accès aux catégories A et B -, simple complémentarité de cette procédure, qui ne se substitue pas à celles des concours et des emplois réservés, caractère strict des conditions de recrutement, compte tenu des exigences propres à la fonction publique.

Enfin, dans le cadre du plan pour l'emploi des personnes handicapées adopté par le conseil des ministres du 10 avril 1991, avait été décidé un ensemble de mesures concrètes ayant pour objectif essentiel de faciliter l'insertion des intéressés dans des emplois des administrations de l'Etat, d'accroître la coopération avec les établissements de travail protégé et d'assurer une plus grande transparence de l'action de l'Etat. Parmi les mesures en question figuraient notamment le renforcement du suivi des handicapés dans l'administration, la redéfinition du rôle des correspondants spécialisés en liaison avec la médecine de la prévention, le développement de la possibilité, pour les services de l'Etat, de conclure des marchés pluriannuels avec les établissements de travail protégé, la création d'une capacité d'accueil, dans les administrations de l'Etat, de travailleurs handicapés employés dans le secteur protégé, l'élaboration d'un état des lieux portant sur les emplois accessibles, dans ces administrations, aux personnes handicapées, ainsi que diverses initiatives en matière d'insertion. Au cours de ses investigations sur place, la Cour a malheureusement pu constater que ces mesures étaient à peu près totalement ignorées, le plan pour l'emploi adopté en avril 1991 étant, de surcroît, assez mal connu des services de l'Etat chargés de le mettre en application.

2° LES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT

a) Le rôle de l'ANPE

Acteur privilégié de l'intégration professionnelle, l'Agence Nationale pour l'Emploi (ANPE) intervient normalement pour les demandeurs d'emploi handicapés comme pour les autres catégories de chômeurs, étant précisé que la durée moyenne d'inscription à l'ANPE des premiers est à peu près le double de la durée moyenne du chômage. Depuis plus d'une dizaine d'années, l'ANPE s'est d'ailleurs efforcée d'adapter ses moyens au traitement de l'emploi des personnes handicapées par la création d'un réseau de prospecteurs-placiers spécialisés, devenus depuis peu des conseillers pour les travailleurs handicapés (CTH). L'ANPE demande à ces agents, qui ont vocation à être affectés dans les agences locales de l'emploi, de jouer un rôle d'information, de coordination des actions menées dans un même département et de suivi de l'activité et des résultats obtenus par l'ensemble du réseau, plutôt que de se limiter, comme cela était le cas autrefois, au traitement spécifique de la population handicapée.

La Cour a néanmoins constaté que la mise en oeuvre de cette mesure, au demeurant conforme à l'idée que les personnes handicapées ne doivent pas faire l'objet d'un traitement à part, ne s'est pas encore véritablement concrétisée. Tout d'abord, l'affectation de l'ensemble des CTH dans les agences locales est loin d'être faite ; de plus, les activités de ces agents conservent encore trop souvent un caractère théorique, alors précisément que l'objectif

recherché est de leur permettre de trouver un équilibre entre leurs tâches d'animation et d'appui, leur action directe auprès des handicapés et les relations partenariales qu'ils sont appelés à développer. Il faudrait, ensuite, que l'activité à temps plein des CTH soit généralisée. Or, à l'heure actuelle, le réseau n'est qu'imparfaitement couvert et il est nécessaire de le rééquilibrer au profit de certaines régions manifestement sous-dotées.

Au plan local, l'ANPE n'a pas toujours une connaissance suffisante des caractéristiques propres à la population handicapée ni, plus encore, de l'ensemble des moyens existants pour faciliter son insertion. Si peu nombreux sont les départements où le nombre exact de demandeurs d'emploi handicapés en fin de mois est ignoré - la Lozère est un exemple de cette situation -, beaucoup plus fréquente, par contre, est l'incertitude des responsables locaux de l'agence concernant, par exemple, la portée et le bilan de la convention conclue en 1990 avec l'AGEFIPH et renouvelée depuis. Cet accord avait conduit cette dernière à mettre à la disposition de l'ANPE une enveloppe de 50 millions de francs, afin de lui permettre de promouvoir un certain nombre d'actions telles que les primes à l'embauche, le prêt de matériel destiné aux essais professionnels des handicapés, le financement des surcoûts de formation et le montage d'actions de sensibilisation et de formation. Si le Maine-et-Loire et le Haut-Rhin peuvent être cités comme exemples de succès de la mise en place de cette convention (le département du Maine-et-Loire a utilisé à lui seul entre 40 et 50 % de l'enveloppe régionale), il n'en va pas de même de ceux du Calvados, du Doubs, ou du Rhône, où aucun suivi n'a été réalisé. Le bilan est tout autant décevant dans le Nord où aucun résultat n'a été enregistré concernant les actions de formation et d'insertion. Selon le délégué de l'ANPE dans ce dernier département, l'Agence, qui n'a pas profité de la possibilité de financer les surcoûts de formation et prestations, n'aurait pas compris le mécanisme consistant à anticiper sur la programmation et les budgets correspondants la part représentée par les travailleurs handicapés au sein des bénéficiaires. Les carences ainsi constatées dans l'exécution de cette première convention sont d'autant plus regrettables que la plupart des acteurs intervenant dans l'insertion professionnelle des handicapés se plaignent de l'insuffisance des moyens qui leur sont consentis.

Parallèlement, il a parfois été constaté, comme dans les Pyrénées-Atlantiques, que l'Agence avait recours à des prestataires de services qui, moyennant une rémunération non négligeable (5 000 francs par dossier), développaient des actions dites "d'appui spécifique personnalisé" destinées, en principe, à faciliter l'insertion professionnelle des handicapés mais qui, concrètement, aboutissaient parfois au placement des intéressés en CAT. Une telle pratique peut certes s'expliquer par l'absence d'EPSR dans ce département, mais témoigne, là encore, des difficultés sérieuses rencontrées par l'ANPE en ce domaine.

b) Les programmes d'action départementaux

Au plan général, la Cour est également conduite à s'interroger sur la portée des mesures arrêtées dans le cadre des programmes d'action en faveur de l'insertion professionnelle des handicapés que le Gouvernement a, le 10 avril 1991, décidé d'expérimenter dans vingt départements pilotes. L'objectif est de créer une véritable dynamique pour l'emploi grâce à la mobilisation de tous ceux qui, à des titres divers - administrations, collectivités locales, associations, entreprises... - peuvent contribuer à cette opération. Sans doute est-il trop tôt pour porter une appréciation sur les résultats concrets de ces programmes, par définition variables d'un département à l'autre. Mais la question est d'ores et déjà posée du bien-fondé d'une intervention financière de l'Etat dont le montant n'est pas négligeable - en 1992, il a été de 20 millions de francs - afin d'inciter des partenaires naturels à travailler ensemble. En

effet, pour autant que la Cour ait pu en juger, les actions définies dans le cadre de certains programmes restent relativement vagues. C'est ainsi que le dispositif "Volonté d'insertion en Anjou pour les handicapés", dans le Maine-et-Loire, vise à recenser les moyens mobilisables autour du redéploiement et de la coordination des compétences en vue de l'insertion de cette population en milieu ordinaire de travail, ce qui, en soit, n'est pas particulièrement original. Il arrive aussi que les objectifs retenus par certains départements aient un caractère apparemment surdimensionné, tel le programme "handi-25", dans le Doubs, qui a pour ambition l'intégration de 400 handicapés en deux ans. Surtout, il paraît nécessaire de ne pas sous-estimer les risques, toujours possibles, de dérives que comportent de telles opérations dont les coûts prévisionnels sont parfois fort élevés sans que les modalités de financement soient nécessairement parfaitement définies : en 1992, le coût du programme d'action du Doubs était estimé, pour l'ensemble des opérations envisagées, à 4,8 millions de francs, alors qu'à la même époque le financement assuré était de l'ordre de 3,5 millions de francs seulement. Celui du Maine-et-Loire était évalué à 2,5 millions de francs, dont 1,28 millions de francs au titre de l'action "département pilote".

Il faut cependant noter le caractère positif de certaines expériences entreprises par les départements qui, bien que n'étant pas été érigés en départements pilotes par les pouvoirs publics, n'en ont pas moins mis au point, comme c'est le cas dans le Morbihan, un plan d'insertion des travailleurs handicapés sur la base des moyens existants.

c) Les incitations financières

Troisième volet des mesures d'accompagnement de la loi de 1987, les incitations financières émanant tant de l'Etat que de l'AGEFIPH aboutissent, elles aussi, à des résultats inégaux.

Les aides de l'Etat en faveur de l'emploi des personnes handicapées sont loin de connaître le succès que l'on pourrait en attendre. S'agissant des aides directes versées aux travailleurs eux-mêmes, les subventions d'installation à une activité indépendante, prévues par un décret du 23 janvier 1981, sont rares - en 1991, 1,4 millions de francs seulement a été engagé sur 3,5 millions de francs inscrits en loi de finances - et les primes de fin de stage ou primes de reclassement, régies par l'article D 323-4 du code du travail, restent d'un montant si faible (elles sont plafonnées à 1 000 francs) que l'on peut s'interroger sur les raisons de leur pérennité. Quant aux aides aux employeurs, elles connaissent des vicissitudes déjà évoquées : la prime aux employeurs formant des apprentis est victime de la crise affectant le secteur de l'apprentissage ; les aides à l'aménagement des postes ou des lieux de travail et les aides aux surcoûts d'encadrement sont progressivement tombées en désuétude, pour être finalement supprimées dans la loi de finances de 1992. Seuls les contrats de retour à l'emploi, ouverts aux personnes handicapées à compter du 1er janvier 1991, et qui se sont substitués aux anciennes conventions d'adaptation professionnelle du fonds national de l'emploi, d'un impact d'ailleurs dérisoire, connaissent un succès réel dont on peut hésiter à se féliciter dans la mesure où la formule, financièrement intéressante, empiète sur le développement des contrats de rééducation en entreprise, pourtant beaucoup plus sûrs en termes d'insertion professionnelle.

Depuis 1988, les aides de l'Etat sont complétées et amplifiées par les diverses mesures mises en oeuvre par l'AGEFIPH, qui évoluent sans cesse et qui touchent une population de plus en plus importante : en 1992, 60 700 handicapés ont bénéficié à un titre quelconque des actions de l'AGEFIPH, contre 20 700 en 1991. Sur ce total, plus de 20 000 personnes ont fait l'objet d'une formation, et plus de 27 000 ont été insérées en milieu ordinaire de travail.

Les ressources substantielles dont dispose le fonds de développement pour l'insertion professionnelle des handicapés géré par l'association - qui traduisent clairement la préférence des entreprises pour cette modalité permettant de se libérer de l'obligation qui est la leur d'atteindre le quota d'embauche de 6 % de bénéficiaires - ont, certes, à ce jour, permis la réalisation de nombreux projets, mais leur utilisation soulève néanmoins deux questions importantes.

La première est que ces ressources sont légalement destinées à favoriser toutes les formes d'insertion professionnelle, mais seulement en milieu ordinaire de travail. Le travail protégé est donc, en principe, exclu du champ d'intervention de l'AGEFIPH, ce qui entraîne une absence totale de financement lorsque, par ailleurs, les aides de l'Etat en la matière ont elles-mêmes disparu, comme on a vu que c'était le cas pour les aménagements de postes de travail en atelier protégé. L'AGEFIPH verse toutefois une indemnité de 50 000 francs aux organismes de travail protégé pour tout placement, dans une entreprise en milieu ouvert, d'une personne handicapée que la COTOREP avait antérieurement orientée vers le milieu protégé.

La deuxième question est liée à l'interprétation que le conseil d'administration de l'AGEFIPH a donnée de la loi créant le fonds géré par elle. Les employeurs éventuellement assujettis au versement d'une contribution étant les employeurs privés, il a été considéré que le milieu ordinaire de travail concernait le seul secteur privé, à l'exception de l'administration et de ses établissements publics. Cette conception restrictive de la notion de milieu ordinaire de travail, qui est celle des responsables de l'AGEFIPH, s'appuie sur leur conviction que les ressources importantes dont ils disposent ne doivent pas conduire l'Etat à se désengager d'actions relevant de la solidarité nationale. Mais elle soulève aussi des problèmes de cohérence et accrédite l'idée qu'il existe une double politique en faveur des handicapés adultes : l'une qui dispose, par le biais de l'AGEFIPH, des moyens importants provenant des entreprises, l'autre, au contraire, de portée beaucoup plus restreinte, qui fait appel aux crédits de l'Etat.

Au regard de la mission qui lui a été confiée par la loi du 10 juillet 1987, l'AGEFIPH, dont les excédents comptables n'ont cessé de s'accroître depuis la création de l'association - au 31 décembre 1992, ils s'élevaient à 1,7 milliard de francs et, à la même date, le portefeuille de placements dépassait 2,8 milliards de francs - est dans une situation qui mériterait d'être précisée. Les textes prévoient une présence limitée de l'Etat dans le fonctionnement de l'association - deux personnalités qualifiées, désignées par le ministre du travail, siégeant au sein du conseil d'administration qui compte vingt membres au total -, et le seul acte de tutelle auquel il est fait expressément référence : l'approbation annuelle par le ministère du travail de la répartition de la contribution, reste une procédure formelle, exécutée de surcroît tardivement. Pourtant, les liens entre l'Etat et l'AGEFIPH ont été renforcés à travers la désignation d'un contrôleur d'Etat et la définition, en 1991, d'un programme concerté d'intervention du fonds qui représente un compromis entre les souhaits du ministère de tutelle et les orientations de l'association. Mais les ambiguïtés et la fragilité du contrôle exercé sur l'AGEFIPH posent le problème de savoir si, compte tenu de la mission de service public qui lui est déléguée, du rôle qu'elle joue en matière d'insertion professionnelle et de l'importance des sommes en jeu, il ne conviendrait pas de renforcer juridiquement la présence de l'Etat dans les instances de décision de l'association. A cet égard, la présence au sein du conseil d'administration d'un représentant de la délégation à l'emploi aurait le mérite de favoriser une procédure de concertation régulière avec le ministère du travail et de permettre la fixation en commun des objectifs à atteindre et des moyens nécessaires pour les accomplir.

**PROPOSITIONS DE LA COUR CONCERNANT L'INSERTION
PROFESSIONNELLE DES PERSONNES HANDICAPEES**

1. - Centres de rééducation professionnelle

- Etablissement d'un bilan de la situation financière des centres afin d'évaluer le coût réel de leur fonctionnement pour l'assurance maladie.

2. - Formation

- Harmonisation des aides de toute nature en faveur de l'emploi pour éviter les contradictions et faire en sorte que les mesures les plus efficaces (contrats de rééducation professionnelle en entreprise) ne se trouvent sacrifiées au profit d'autres formules plus attractives (contrats de retour à l'emploi) mais aussi plus ponctuelles.

3. - Population salariée de référence

- Nécessité de préciser la notion d'emploi exigeant des aptitudes particulières, et en revoir la liste.

4. - Etablissements de travail protégé

- Nécessité de favoriser le rééquilibrage entre centres d'aide par le travail et ateliers protégés, et donner à ces derniers les moyens financiers de se créer rapidement ;
- Nécessité de tenir compte de l'impact des conventions collectives dans les CAT pour fixer le taux de la dotation annuelle de financement.

5. - Emploi

- Ouverture, dans la fonction publique, de la 3ème voie prévue par la loi du 10 juillet 1987 aux agents de catégorie A et B et faire en sorte que la voie contractuelle ne soit plus subsidiaire par rapport aux formules des concours ou des emplois réservés.

6. - AGEFIPH

- Nécessité de renforcer la présence et le rôle de l'Etat au sein des instances dirigeantes de l'association.

DEUXIEME PARTIE :

L'INTEGRATION SOCIALE DES PERSONNES HANDICAPEES

A l'occasion de sa nouvelle enquête, la Cour relève comme il y a dix ans, que les objectifs de la loi de 1975 et des textes subséquents tendant à procurer à la personne handicapée un cadre de vie aussi proche que possible de la normale sont imparfaitement atteints, et que, par ailleurs, les diverses ressources dont bénéficient les handicapés devraient faire l'objet d'un réexamen global dans la mesure où elles s'écartent souvent, en pratique, du but pour lequel elles ont été instituées.

A.- UN CADRE DE VIE QUI RESTE ENCORE A AMELIORER

Deux grands axes d'une politique qui demeure marquée par ses insuffisances ont été examinés : l'hébergement et l'accessibilité.

1° LA POLITIQUE DE L'HEBERGEMENT

Cette politique continue à manquer de réelle cohérence, qu'il s'agisse de l'hébergement en établissement ou du maintien ou de l'accueil à domicile.

a) Les établissements d'hébergement

L'approche des problèmes est rendue particulièrement malaisée du fait de l'éclatement des établissements d'hébergement en quatre grandes catégories selon le type de prise en charge des personnes accueillies¹⁹ : les maisons d'accueil spécialisées (MAS) financées traditionnellement par l'assurance-maladie ; les centres d'aides par le travail (CAT) déjà évoqués et relevant, par l'intermédiaire d'une dotation globale de financement, de l'aide sociale de l'Etat ; les établissements financés par l'aide sociale départementale, qui constituent une mosaïque d'institutions dont l'appellation reste variable et recouvre parfois, sous une même dénomination, des réalités différentes (foyers classiques, foyers d'hébergement, foyers de vie, foyers d'accueil, foyers occupationnels, ateliers de type thérapeutique et occupationnel, centres d'initiation au travail et aux loisirs, sections annexes de CAT etc.) ; enfin, les foyers à double tarification (FDT), de nature mixte, dont le financement relève de l'assurance-maladie pour les soins dispensés aux pensionnaires, et de l'aide sociale départementale pour l'hébergement de ces derniers.

S'il existe une apparence de hiérarchie décroissante, en fonction de la gravité du handicap, entre les MAS - qui accueillent des personnes incapables d'accomplir l'un des actes essentiels de l'existence -, les FDT - dont la vocation est d'héberger les handicapés qui ne peuvent accomplir "la plupart" des actes essentiels de l'existence - et les CAT, où l'activité occupationnelle des pensionnaires n'exclut pas la réalisation d'un certain travail rémunéré, en revanche, la place occupée sur l'échiquier des établissements par les divers foyers ou structures départementales équivalentes est variable, et dépend assez largement de la politique menée par les associations gestionnaires dont ils relèvent.

La Cour a ainsi eu l'occasion de constater sur place, notamment dans le Doubs, que certains établissements qui, de par le degré de dépendance des personnes qu'ils accueillent, ne pouvaient être que des MAS, n'avaient pourtant pas cette structure juridique, simplement parce que l'association gestionnaire contestait le système des ressources laissées aux pensionnaires - qui, dans les MAS, est strictement réglementé - et faisait ainsi bénéficier "ses" handicapés du régime plus favorable qui s'applique aux établissements relevant de l'aide sociale départementale. Une telle pratique suppose naturellement un accord des

19) Voir annexe 6.

conseils généraux, organismes payeurs ; on constate ainsi que le mouvement de décentralisation a, de ce fait, assez largement contribué à compliquer une situation dont la clarté n'était déjà pas évidente. Dans ces conditions, les tentatives de programmation annoncées par les pouvoirs publics au niveau national se révèlent souvent aléatoires, les difficultés budgétaires et financières des établissements sont grandes en raison, notamment, de la multiplicité des financeurs possibles, et les résultats obtenus sont parfois contraires aux objectifs affichés.

* Le taux d'équipement très inégal des différents départements avec, pour conséquence, l'afflux dans les établissements des départements les mieux dotés d'une population handicapée extérieure, orientée par les COTOREP en fonction des places disponibles et non du domicile géographique d'origine, a conduit l'Etat, depuis quelques années, à définir une programmation pluriannuelle des capacités d'accueil, notamment en MAS et en CAT, visant à opérer un rééquilibrage au profit des régions et des départements les plus démunis. Tel a été l'objet du "plan MAS", mis en place en décembre 1990, en vue de la création de 4 840 places nouvelles installées en quatre ans, pour arriver à une capacité totale d'accueil d'au moins 13 000 lits en 1993, et celui des protocoles d'accord du 8 novembre 1989, déjà évoqués, prévoyant la création sur quatre ans de 10 800 places supplémentaires de CAT.

La cohérence de la mise en oeuvre de ce rééquilibrage est, toutefois, loin d'être évidente. Ainsi le département de la Lozère, dont le taux d'équipement en MAS est déjà de 6,10 pour 1 000 habitants, contre une moyenne nationale de 0,27, va bénéficier de 40 places supplémentaires de MAS à Florac dont la création doit intervenir, il est vrai, non pas au titre de la programmation pluriannuelle, mais dans le cadre d'une enveloppe nationale réservée aux projets spécifiques implantés en zones déjà équipées. De même, le département du Doubs, dont le taux d'équipement est le double de celui de la région Franche-Comté et près de deux fois et demie le taux national, s'est vu accorder 70 places de MAS supplémentaires. Ces exemples tendraient à montrer que le rééquilibrage géographique est plus une intention qu'une réalité et qu'à l'issue de la période couverte par les différents plans officiels, les disparités géographiques n'auront guère été corrigées. D'après les informations communiquées par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Rhône-Alpes, par exemple, le taux d'équipement en MAS et FDT en fin de plan pour les cinq principaux départements de la région varierait de 0,22 pour 1 000 (Rhône) à 0,94 pour 1 000 (Ain), avec des pourcentages de l'ordre de 0,30 pour 1 000 en Isère, 0,42 pour 1 000 en Savoie et 0,71 pour 1 000 dans la Loire.

D'une façon générale, toute programmation d'équipements visant à répondre à un besoin devrait reposer sur la détermination, même approximative, de l'importance quantitative de la population concernée et de sa répartition entre les différentes structures. Or, pour les handicapés, une telle approche se révèle à peu près impossible pour quatre raisons : les incertitudes, déjà soulignées, qui affectent la définition même de la notion de handicap ; l'absence fréquente - cas du Haut-Rhin, du Morbihan, du Nord ou du Rhône -, ou la lenteur et les difficultés d'élaboration - cas du Calvados -, des schémas départementaux arrêtant les lignes directrices des équipements sociaux et médico-sociaux et permettant de déterminer les diverses populations en état de dépendance ; les problèmes de recensement des hébergements inadéquats, c'est-à-dire du nombre de handicapés orientés vers une structure d'accueil par les COTOREP, mais relevant, en fait, d'un autre type d'établissement inaccessible faute de places disponibles ; enfin, l'ignorance relative de l'importance de la population handicapée qui n'a pas sollicité une orientation de la COTOREP, et qui reste hébergée en famille ou en hospice.

Dans ces conditions, il peut sembler anormal que, dans le cadre du "plan MAS", la synthèse des réponses des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) au questionnaire visant à recenser les besoins n'ait fait l'objet d'aucune exploitation au niveau du ministère des affaires sociales. La Cour a tenté de procéder elle-même à une analyse de ces réponses, qui lui ont été communiquées ; elle fait ressortir l'existence, au 31 décembre 1990, de plus de 4 800 orientations en MAS non satisfaites, d'environ 4 900 adultes lourdement handicapés non orientés accueillis en hôpital ou en hospice, et de 7 500 autres installés dans leur famille et dont on ignore combien, de par leur état, pourraient bénéficier d'un séjour en établissement spécialisé.

Les mêmes incertitudes affectent la programmation de places nouvelles en CAT. Les estimations cumulées des départements et des régions communiquées à la direction de l'action sociale (DAS) mettent en évidence un niveau de besoin nettement supérieur au nombre de places que l'Etat s'est engagé à créer dans le cadre de son plan pluriannuel, et, par voie de conséquence, a conduit ces collectivités locales à demander plus de places que n'en prévoit la norme moyenne fixée au plan national. Le département du Nord, par exemple, avait exprimé une demande de création de 405 places en 1991, 425 en 1992 et 315 en 1993, pour ne s'en voir accorder respectivement au titre de ces trois années que 75, 75 et 81, soit au total 231 places dont 58 "innovantes", au lieu des 1 145 sollicitées.

Or, la Cour a observé, dans un certain nombre de départements, que les files d'attente à l'entrée des CAT augmentaient à la suite des décisions d'orientation des COTOREP, bien que les capacités d'accueil fussent elles-mêmes croissantes. C'est ainsi, par exemple, que dans le Morbihan une enquête réalisée par la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) a fait apparaître qu'entre 1982 et 1991, le nombre de personnes en attente de placement dans les CAT avait crû de 194 alors que, pendant la même période, la capacité de ces établissements avait augmenté de 311 places. Dans le Nord, l'équipement en CAT, bien qu'il excède largement la moyenne nationale - 3,04 pour 1 000 habitants contre 2,40 - n'empêche pas le délai d'attente pour les personnes en instance de placement dans ce type d'établissement de varier, selon la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), de cinq à dix ans.

Cette absence paradoxale de corrélation entre l'offre de places et la demande de placements ne peut s'expliquer que de deux manières. Ou bien le suréquipement relatif de certains départements par rapport à d'autres serait seulement le signe d'un sous-équipement général car les besoins sont, de toute façon, supérieurs à l'offre. Ou bien les COTOREP cèderaient à une politique de facilité en dirigeant trop de handicapés vers les CAT ; l'orientation aurait alors tendance à se faire davantage en fonction de l'offre que des besoins réels des intéressés - ce qui pose le problème des hébergements inadéquats déjà souligné -. Dans cette hypothèse, les besoins effectifs de places dans ces établissements risqueraient d'être surestimés en raison de l'importance des files d'attente et, dans la mesure où celles-ci sont utilisées pour la planification des équipements et pour l'étude des projets institutionnels en commission régionale des institutions sociales et médico-sociales, la notion de programmation se viderait progressivement de son sens.

** Outre les imprécisions qui affectent ses objectifs quantitatifs, la programmation pluriannuelle est entravée par les incertitudes de son financement.

S'agissant des CAT, le caractère insuffisant du taux d'évolution de la dotation globale de financement a déjà été souligné dans les développements qui précèdent.

Pour les MAS, l'aide de l'Etat, apportée sous forme de subventions d'équipement complémentaires à l'effort financier propre de ces établissements, est au plus de 40 %, mais ce plafond est de plus en plus rarement atteint depuis 1990. Une circulaire du 24 août 1990 précise en effet que le taux d'intervention de l'Etat "pourra être modulé entre 20 et 40 %". Le recours des établissements à d'autres moyens financiers complémentaires devient désormais indispensable ; il est même organisé par l'instruction du 28 décembre 1990 relative à la mise en oeuvre du programme pluriannuel, qui fixe à 30 % le taux moyen de l'ensemble des projets subventionnés au niveau régional. Dans un certain nombre de départements où la Cour a enquêté, des taux de subvention ne dépassant pas 25 % ont ainsi été relevés : par exemple, les projets de MAS de Bartenheim et de Colmar, dans le Haut-Rhin, ont été subventionnés respectivement à hauteur de 23 % et de 22,5 %, ceux de Meyzieu et de Bron, dans le Rhône, l'ont été à concurrence de 25 %.

Cette évolution est d'autant plus inquiétante que, parallèlement, il existe une différence sensible entre le "coût total subventionnable" à la place prévu par le ministère des affaires sociales, soit 250 000 francs, et le coût réel des nouvelles places créées, qui n'est pratiquement jamais inférieur à 350 000 francs. La Cour a même constaté - projet de MAS de Quingey, dans le Doubs - que le coût total d'une place de MAS réservée exclusivement à des handicapés physiques pouvait atteindre - équipement matériel et mobilier compris -, près de 640 000 francs en raison des aménagements spécifiques nécessités par la circulation de chariots plats indispensables à cette catégorie de personnes. Seules les créations de places intervenant par transformation de locaux existants respectent le coût plafond théorique, comme à la MAS de Rontignon, dans les Pyrénées Atlantiques.

Cette double tendance - baisse des taux de subvention et coûts plus élevés que prévu - ne facilite pas l'intervention de partenaires financiers non publics dont, de surcroît, la logique d'investissement ne recoupe pas toujours les objectifs de la programmation.

En outre, les effets fâcheux de cette baisse du niveau relatif de l'aide de l'Etat sont accrus par les délais souvent excessifs de notification de l'affectation des crédits tant nationaux que régionaux. Ils entraînent, dans le meilleur des cas, un retard dans la réalisation des projets inscrits à la programmation - car il n'est pas possible alors de concevoir un plan cohérent de financement des travaux - et, dans l'hypothèse la moins favorable, un ajournement pur et simple du programme envisagé. Dans le Morbihan, l'extension de la MAS de Guémené, programmée pour 1991, a été retardée dans l'attente de la subvention de l'Etat, notifiée seulement en septembre 1992. De même, dans les Pyrénées Atlantiques, divers retards ont été pris, en raison, notamment, de la notification tardive par la région de l'enveloppe déconcentrée. Ils ont conduit à reconsidérer le budget de la MAS d'Héauritz, qui prévoyait la création de 15 places en 1992 et de 6 places en 1993.

A cet égard, l'examen des crédits de subventions d'investissement accordées par l'Etat²⁰, crédits déconcentrés au niveau des régions et dont une part prépondérante est affectée aux MAS, fait, il est vrai, apparaître une croissance significative des autorisations de programme de 1990 à 1993 (respectivement, pour chaque année, 43,3 millions de francs, 52 millions, 85,2 millions, 70 millions soit, au total, 250,5 millions sur quatre ans). Mais les crédits de paiement diminuent de moitié pendant la même période : 39,3 millions de francs, 17,1 millions, 16,7 millions, 26,6 millions soit, au total, 99,7 millions²¹. Cette évolution "en ciseaux" est inquiétante. En effet, si les autorisations de programme inscrites au budget sont lancées, on voit mal comment pourrait être évitée une crise de trésorerie ; si elles ne le sont pas, il y a discordance entre la politique annoncée et la politique menée.

En ce qui concerne les dépenses de fonctionnement des établissements, la participation spécifique de l'Etat peut atteindre 50 % et le complément doit faire l'objet d'un redéploiement, tant au niveau régional qu'au niveau départemental, entre les crédits affectés à différentes enveloppes (hospitalière, psychiatrique, médico- sociale) : en d'autres termes, une hiérarchisation des priorités doit être établie par ceux qui répartissent les enveloppes. A Angers, par exemple, l'existence à la fois d'un important centre hospitalier régional et universitaire (CHRU) et d'un centre hospitalier spécialisé (CHS) de forte capacité s'oppose pratiquement au redéploiement de l'enveloppe hospitalière ou de l'enveloppe psychiatrique au profit de nouveaux établissements pour handicapés, sauf à prendre le risque de sacrifier les besoins du CHRU ou du CHS. On rencontre une situation identique dans le Rhône pour le financement du fonctionnement des MAS de Meyzieu et de Bron : la marge de manoeuvre départementale disponible à partir du redéploiement des crédits existants est en effet limitée, 60 % des crédits affectés à l'enveloppe départementale étant dévolus aux Hospices civils de Lyon.

La nature des foyers à double tarification (FDT) entraîne également des difficultés de gestion pour cette formule d'hébergement qui, à bien des égards, présente des aspects intéressants, mais qui comporte aussi, en l'état actuel de la réglementation, de sérieuses limites.

Lancés à titre expérimental en 1986 pour accueillir des adultes gravement handicapés, les FDT, au nombre de 75 pour une capacité d'accueil d'un peu plus de 2 000 places en 1992, bénéficient d'un double financement de leurs dépenses de fonctionnement : les soins sont couverts par l'assurance-maladie et l'hébergement par l'aide sociale départementale, ce qui implique l'intervention de deux arrêtés distincts - l'un émanant du préfet, l'autre du président du conseil général - fixant deux prix de journée.

La formule n'est pas dépourvue d'avantages : en particulier, elle rend possible, dans le cadre d'un partenariat, la réalisation de projets dont l'aboutissement serait hypothétique sans la présence de plusieurs co-financeurs. A ce titre, elle peut avoir un effet dynamisant. Mais, corrélativement, ses inconvénients sont manifestes : gestion très lourde à tous les niveaux, difficulté d'une concertation claire entre les DDASS et les services départementaux, problèmes posés par l'application du "forfait-soins", actuellement plafonné à 45 % du prix de journée total. Si les dépenses de soins sont supérieures au plafond, l'assurance-maladie refuse de payer le dépassement, et si le département renonce, lui aussi, à prendre celui-ci en charge,

20) Cet examen n'est pas facilité par les conditions même de la gestion des crédits par les services du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville : les autorisations de programme sont gérées par la direction de l'action sociale, tandis que les crédits de paiement le sont par la direction des hôpitaux.

21) Annexe 7.

le FDT sera déficitaire. Inversement, certains conseils généraux considèrent que les dépenses de soins sont automatiquement égales au plafond réglementaire même si, en réalité, elles lui sont inférieures, et ne financent, au titre de l'hébergement, qu'une somme insuffisante qui risque de mettre, là encore, les établissements en déficit.

Les conséquences de ce système de financement font ainsi apparaître son incohérence : pour que l'équilibre financier de l'établissement soit assuré, les dépenses de soins ne doivent être ni inférieures ni supérieures au montant exact du plafond, ce qui interdit à la fois de dispenser des soins parfois indispensables mais plus lourds que ceux prévus et aussi de réaliser des économies au niveau des dépenses de maladie.

Les difficultés sont d'autant plus sérieuses que la base juridique des FDT est extrêmement fragile et peut toujours être remise en cause. Elle ne repose en effet sur aucun texte législatif ni même réglementaire, mais relève simplement de deux circulaires - l'une de 1986 lançant le programme expérimental, l'autre de 1987 le généralisant - complétées par une lettre ministérielle de 1988 prévoyant l'accueil en FDT de personnes handicapées mentales ayant besoin d'un suivi médical régulier. Ces directives sont juridiquement inopposables aux tiers que sont les départements. Si les pouvoirs publics nationaux ne contestent pas l'utilité de cette formule et, plus encore, s'ils en souhaitent le développement, il devrait être rapidement mis fin à la précarité de cette situation. Pour que le partenariat soit autre chose qu'un vœu, il faut l'organiser dans un cadre juridique précis : tel n'est pas le cas actuellement.

*** Les incertitudes de la programmation et les difficultés budgétaires se conjuguent avec d'autres facteurs pour conduire à des résultats qui s'éloignent sensiblement des objectifs voulus par le législateur. La Cour en a relevé au moins quatre.

En premier lieu, les perspectives d'intégration sociale sont parfois remises en cause par l'application d'une réglementation peu adaptée. Il en va ainsi des conséquences de la mise en oeuvre de la règle dite du "domicile de secours". Le principe posé par l'article 168 du code de la famille et de l'aide sociale est que les frais d'hébergement et d'entretien des personnes handicapées dans les établissements de rééducation professionnelle et d'aide au travail ainsi que dans les foyers et foyers-logements sont à la charge de l'intéressé (sans toutefois que ses ressources puissent descendre au-dessous d'un certain montant) et, pour le surplus éventuel, de l'aide sociale. Les dépenses d'aide sociale sont acquittées par le département dans lequel les bénéficiaires ont leur domicile de secours (article 192 du même code), c'est-à-dire, généralement, le département d'accueil. Toutefois, cette règle ne s'applique pas aux personnes admises dans les établissements sanitaires et sociaux (article 193 du même code), qui conservent le domicile de secours qu'elles avaient acquis avant leur entrée dans l'établissement, c'est-à-dire, en général, celui de leur département d'origine.

Dans les départements à forte concentration d'établissements pour handicapés adultes, avec une importante population "extérieure", la Cour a pu constater que cette règle avait des effets exactement contraires à ceux recherchés. Inciter une personne handicapée à quitter le cadre médico-social pour lui permettre de s'insérer plus facilement reviendrait en effet à la faire prendre en charge par l'aide sociale du département d'accueil, qui n'y trouve aucun intérêt. En revanche, la multiplication des foyers d'hébergement, quelle que soit leur appellation, permet, par la simple application des dispositions de l'article 193 précité, de renvoyer la prise en charge des intéressés non issus du département d'accueil sur les départements d'où ils viennent. Un exemple caractéristique est fourni par la Lozère, où cinq CAT, totalisant une capacité d'accueil de 530 places, comportent tous une section d'hébergement de même capacité. Les conséquences économiques de cette situation,

notamment quant à l'emploi, sont favorables pour ce département, qui n'en supporte pas pour l'essentiel l'incidence financière, puisque près de 80 % des handicapés y résidant sont originaires d'autres départements, qui les prennent en charge ; en revanche, ni le maintien des liens familiaux, ni l'intégration sociale des intéressés - même lorsqu'elle est possible - ne s'en trouvent facilités.

En second lieu, la Cour a relevé qu'un certain nombre de MAS, comme celles de Grèzes ou de Saint-Germain-du-Teil, en Lozère, créées par reconversion de lits d'établissements pour enfants, tels les instituts médico-éducatifs (IME), souffraient d'un grave problème de locaux, en raison de l'inadaptation de ces derniers à la prise en charge de handicapés lourds : absence d'ascenseurs, grand nombre d'étages, manque de fonctionnalité pour l'utilisation des matériels médicaux, concentration des pensionnaires (dix handicapés au minimum par groupe de vie). Si cette situation présente l'avantage de favoriser des prix de revient relativement faibles, elle ne correspond pas aux besoins à long terme qui sont exprimés, notamment, pour l'accueil des polyhandicapés. Certains réaménagements, nécessaires sur le plan humain, conduiront inévitablement à des surcoûts de fonctionnement non négligeables, qui rendront encore plus problématique le respect des normes d'encadrement (en principe, le ratio de 1/1 doit être observé), aujourd'hui déjà très imparfait. La prise en compte de ces facteurs dans le cadre d'une programmation déjà aléatoire devrait être prioritaire.

La Cour déplore, en troisième lieu, les difficultés que rencontre, dans de nombreux départements, la politique de l'accueil de jour. Une circulaire du 28 décembre 1978 avait fixé à 10 % le nombre de places de MAS à réserver au semi-internat, c'est-à-dire à l'accueil, pendant la journée, de pensionnaires rentrant chez eux la nuit. Le lien avec le milieu ouvert était, de cette manière, préservé, en même temps qu'étaient garantis les soins dispensés aux intéressés. Or, si la plupart des nouveaux projets inscrits à la programmation pluriannuelle s'efforcent de respecter le quota de 10 % fixé par les textes, comme la Cour a pu le relever dans les MAS de Seloncourt ou de Quingey (Doubs), ce dernier est généralement loin d'être observé dans les établissements existants. Les six MAS du Calvados disposent de 9 places de semi-internat pour une capacité d'accueil totale de 181 places, soit un taux de 4,97 % ; pour un total de 85 places, les trois établissements des Pyrénées-Atlantiques offrent 2 places en accueil de jour (2,65 %) ; dans le Doubs, les quatre MAS ont une capacité de 153 places, dont 4 en semi-internat (2,6 %) ; dans le Haut-Rhin, la formule est purement et simplement ignorée. La situation ainsi observée illustre clairement l'inadéquation des prises en charge par rapport aux structures d'accueil, mais aussi aux types de pathologies.

Si le semi-internat est difficile à mettre en place, c'est surtout en raison de l'existence de problèmes budgétaires liés à la couverture des frais de transport des personnes handicapées. La circulaire interministérielle du 29 août 1986, relative à l'intégration budgétaire des frais de transport des enfants handicapés fréquentant des établissements d'éducation spéciale a en effet expressément exclu les MAS de son champ d'application. Dès lors, les transports en véhicule sanitaire léger de la personne adulte handicapée lors de son retour dans sa famille restent à la charge de cette dernière qui, bien souvent, en supporte difficilement le coût financier.

En l'état actuel des choses, le semi-internat, solution permettant à un handicapé hébergé en MAS de ne pas être totalement coupé de son environnement, semble appelé progressivement à disparaître au profit de la formule de l'internat et, par voie de conséquence,

de l'exclusion sociale . Sauf à admettre que tel est le but recherché, il conviendrait d'assurer les moyens financiers de fonctionnement de la formule du semi-internat.

Enfin, les missions assignées en principe aux institutions d'aide par le travail ne peuvent, bien souvent, être accomplies dans des conditions satisfaisantes compte tenu de la trop fréquente inadéquation d'un dispositif d'accueil relativement rigide aux besoins, par nature modulables, des personnes handicapées . Le système institué par la loi n'offre pas suffisamment de souplesse pour répondre à diverses nécessités concrètes : formation complémentaire pour un jeune adulte accueilli en CAT, baisse temporaire de productivité exigeant un retrait momentané d'un pensionnaire de ce type de structure, contraintes d'une fatigabilité chronique ou d'un vieillissement précoce nécessitant un aménagement du temps de travail. Aussi bien un certain nombre de départements se sont-ils engagés dans des formules expérimentales dont les noms varient, mais qui recouvrent toujours des réalités identiques : sections annexes de CAT en Gironde, dans l'Hérault ou en Ile-et- Vilaine, CAT de soutien en Seine-Maritime, foyers d'insertion et de transition (FIT) dans le Calvados, par exemple. Cette politique, qui vise à développer des formules destinées à répondre à des besoins individualisés, devrait être encouragée. Elle est malheureusement encore trop peu développée et souffre d'une absence manifeste de coordination. Elle est surtout tributaire de la volonté des collectivités locales d'entreprendre des actions qui obèrent lourdement leur budget d'aide sociale , déjà grevé comme on le verra par l'accroissement des dépenses liées à l'allocation compensatrice. Cependant, la rupture de la politique d'isolement des personnes handicapées ne peut se faire qu'à ce prix.

b) La vie à domicile

Si la priorité de la vie à domicile, même pour des personnes lourdement handicapées , est uniformément admise dans son principe, les modalités pratiques de sa mise en oeuvre revêtent de nombreuses insuffisances et, dans le cas de l'accueil à titre onéreux, ne sont pas complètement définies.

* Le maintien à domicile des personnes handicapées est impossible sans des aides tant humaines que techniques. Dans un cas comme dans l'autre, la Cour a noté que le dispositif mis en oeuvre trouve rapidement ses limites.

Les principales aides en moyens humains reposent sur les services d'auxiliaires de vie²². Ceux-ci ont été organisés il y a plus de dix ans, mais sur la base juridique tenue de simples circulaires. Destinés "soit à des personnes handicapées dont le besoin d'une tierce personne pour accomplir un ou plusieurs actes essentiels de l'existence aura été reconnu par la COTOREP, soit à des bénéficiaires d'un avantage analogue mais servi par un régime de sécurité sociale "²³, ces services ont vu la définition de leur rôle affinée en 1982 sur deux points : d'une part, l'auxiliaire de vie ne doit pas simplement contribuer à renforcer l'aide ménagère à domicile, elle est appelée à aider des personnes très dépendantes ayant nécessairement recours à une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de l'existence ; d'autre part, elle n'a pas vocation au soutien et à l'accompagnement à temps complet, mais à l'aide à l'accomplissement des actes en question "par une action ponctuelle et répétée".

22) Voir annexe 8.

23) Circulaire n° 81-15 du 29 juin 1981 relative à la mise en oeuvre du plan gouvernemental de création d'emplois.

Traditionnellement, les services d'auxiliaires de vie fonctionnaient à partir d'une convention conclue entre le préfet et l'organisme promoteur, l'Etat étant appelé à prendre en charge les frais de fonctionnement à concurrence de 4 000 francs²⁴ par équivalent temps plein d'auxiliaire de vie et par mois d'activité, et à verser une subvention de démarrage de 4 000 francs par auxiliaire recrutée. Compte tenu de cette participation, entre 5 et 10 % des dépenses totales de fonctionnement restaient à couvrir, et il était recommandé de rechercher localement des aides d'appoint.

Ces mécanismes relativement simples, bien que juridiquement mal fondés - les circulaires les instituant n'ayant aucune valeur réglementaire - sont aujourd'hui affectés par les ambiguïtés nées de la mise en place de la décentralisation.

Aux termes de l'article 32 de la loi du 22 juillet 1983, en effet, le département "prend en charge l'ensemble des prestations légales d'aide sociale, à l'exception des prestations énumérées à l'article 35" qui restent du domaine de l'aide sociale de l'Etat. Or, l'article 35 susvisé ne comprend pas les frais afférents aux services d'auxiliaires de vie sans que pour autant ceux-ci constituent une prestation "légale", au sens des dispositions du code de la famille et de l'aide sociale.

Ce vide juridique conduit de nombreux départements à refuser d'inscrire les crédits nécessaires au financement des services en cause dans leurs budgets. Cette situation, qui ne peut trouver sa solution que dans un texte réglementaire, a pour conséquence la pérennisation de systèmes de prise en charge à la fois contestables et notoirement insuffisants. Depuis 1985, l'Etat continue de verser une subvention forfaitaire annuelle calculée sur l'assiette de cette année-là (soit 1 864 postes équivalents temps plein d'auxiliaires de vie) et la revalorisation de cette subvention - qui était de 115,9 millions de francs pour les quatre derniers exercices budgétaires - n'a été que de 29,50 % de 1981 à 1991 inclus, c'est-à-dire bien inférieure à l'évolution de l'indice des prix à la consommation pendant la même période (+ 66,2 %). Actuellement, cette subvention, qui représente plus des trois-quarts des crédits d'action sociale en faveur des personnes handicapées alloués par le ministère des affaires sociales, couvre à peine la moitié des dépenses des services. Parallèlement, la participation financière des départements est très modeste. La Cour a constaté qu'en 1992, 80 % des services d'auxiliaires de vie ne bénéficiaient d'aucune aide des collectivités locales, dont l'inertie était tout aussi manifeste en ce qui concerne la création de postes. L'effort budgétaire supplémentaire fait par l'Etat en 1992 et visant à donner une nouvelle impulsion à cette création - une dotation non reconductible de 30 millions de francs a été inscrite au chapitre 47-21 pour cofinancer de nouveaux postes avec les collectivités territoriales, qui en auraient ensuite assumé le fonctionnement - risque d'aboutir à l'échec dès lors qu'il n'a pas été remédié au vide juridique apparu depuis l'adoption de la loi du 22 juillet 1983.

Le maintien du financement par l'Etat des services d'auxiliaires de vie n'a pas eu l'effet d'entraînement escompté. Seule une réforme radicale est en mesure d'éviter le dépérissement de ces services et de clarifier le rôle des collectivités de prise en charge. Elle pourrait intervenir à deux niveaux : d'une part, l'inscription dans le code de la famille et de l'aide sociale du principe d'une aide à domicile polyvalente en faveur des personnes handicapées, comprenant l'aide aux actes essentiels de l'existence ainsi que les autres champs d'intervention n'ayant pas de caractère médicalisé ; d'autre part, l'affirmation claire que cette aide relève de la compétence des départements. Le montant des crédits d'Etat jusqu'ici

24) Le montant de cette dotation est, en 1993, de 5 180 francs.

consacrés aux auxiliaires de vie à domicile serait alors intégré dans la dotation globale de décentralisation.

Quant aux aides dites "techniques", elles doivent constituer un moyen pour les intéressés soit d'agir sur leur environnement (aides aux soins personnels, à la déambulation, à la communication etc.), soit d'aménager cet environnement pour le faire correspondre à leur existence (appartement et mobiliers adaptés, par exemple).

Différentes étapes sont nécessaires à une bonne adaptation de l'aide technique à la personne handicapée : évaluation du handicap et de l'environnement, ouverture de possibilités d'essai et d'apprentissage, achat, et le cas échéant, remplacement du matériel. Ces étapes supposent l'intervention d'un conseil technique approprié dont la mise en place n'est encore qu'embryonnaire. En effet, la rareté des lieux d'information et l'absence de politique globale d'information en direction soit des professionnels, soit des usagers restent la règle, en dépit de quelques exceptions remarquables, telles que celles des centres de rééducation fonctionnelle de Mulhouse ou de Kerpape, dans le Morbihan.

Dans un contexte d'information fragmentée, la mise en place du premier sous-module de la banque de données nationale reliée à la banque de données européenne HANDYNET, elle-même rattachée au programme européen HELIOS, constitue, il est vrai un progrès : ce programme vise en effet à établir, au niveau communautaire, une base et un réseau d'activités pour le développement d'une politique globale et cohérente en faveur de l'intégration des personnes handicapées au plan économique et social et à celui de la promotion d'une vie autonome. En revanche, l'aide de l'Etat à l'agence nationale pour les aides techniques et l'édition adaptée aux personnes déficientes visuelles (AGATE), créée en 1986, n'a pas donné les résultats escomptés. Après sept ans de fonctionnement, une banque de données bibliographiques a bien été créée, mais fin 1991, elle ne comprenait que 37,5 % des ouvrages existants, sans que les références soient vraiment fiables. Les quelques informations relatives aux aides techniques rassemblées par AGATE l'ont été sans évaluation sérieuse sur la qualité et la maintenance des matériels, ni sur la formation des utilisateurs. Cette situation est d'autant plus regrettable que les moyens budgétaires consacrés par l'Etat à AGATE (soit 12,5 millions de francs de 1985 à 1991 inclus, dont 8,4 millions de francs au titre du ministère des affaires sociales et de l'intégration) auront été alloués inutilement si une remise en ordre n'est pas rapidement effectuée, puisqu'au lieu et place de la coordination souhaitée, AGATE a abouti à une plus grande atomisation de l'information.

La prise en charge financière par les organismes de sécurité sociale des aides techniques aux personnes handicapées pose également des problèmes : insuffisante au titre des prestations légales, elle reste encore très imparfaite au titre de l'action sanitaire et sociale

La prise en charge de l'appareillage est subordonnée à l'inscription au tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS), dans des conditions prévues par les articles R 165.1 et suivants du code de la sécurité sociale. Or, ce dernier ne prend en compte que l'appareillage stricto sensu et non les aides techniques, qui lui sont assimilées bien qu'elles en soient distinctes. Il est pourtant généralement admis qu'il y a complémentarité entre l'appareillage, destiné au traitement et à la correction thérapeutique des affections ou déficiences fonctionnelles ou organiques, et les aides techniques, outils permettant aux personnes handicapées d'agir sur leur environnement et d'aménager ce dernier pour que cette action soit possible. Il est dans ces conditions regrettable que seule la première catégorie

donne lieu à remboursement au titre du risque, sous réserve de quelques aides techniques, tel un certain nombre de modèles de fauteuils roulants, elles aussi inscrites au TIPS.

Le souci de maîtriser la dépense s'explique par l'évolution technologique rapide qui caractérise le domaine particulier des aides techniques et la multiplication des aides perfectionnées et coûteuses qui en résulte.

Il n'en demeure pas moins que la politique de maintien à domicile, qui répond à un souhait évident des personnes même les plus sévèrement handicapées, appelle une réflexion d'ensemble sur le financement des aides techniques qui ne sont le plus souvent pas inscrites au TIPS, ou dont le coût réel est insuffisamment pris en compte si elles y figurent. Cette réflexion doit s'étendre aux mécanismes de couverture de ces aides au titre de l'action sanitaire et sociale du régime de sécurité sociale.

La caisse nationale d'assurance-maladie, à l'instigation du ministre chargé des affaires sociales, a inscrit en 1985 à son fonds national d'action sanitaire et sociale une enveloppe de 10 millions de francs pour favoriser le maintien à domicile, en finançant notamment les aménagements du logement et des aides techniques. Cette dotation, reconduite annuellement et revalorisée en fonction du taux directeur de chaque exercice, a atteint 12,37 millions de francs en 1992. Elle a, assurément, comblé un vide, mais les différents bilans de son utilisation font ressortir certaines imperfections.

La répartition entre les caisses, qui n'est pas critiquable en soi, aboutit en effet à des dotations locales d'importance limitée. Ainsi, en 1991, le plancher était de 50 000 francs et le plafond de 210 000 francs par caisse. Il en résulte fréquemment un "saupoudrage" d'aides financières de faible montant, plutôt que l'aide massive qui serait parfois nécessaire. En outre, les aides accordées ne correspondent de ce fait que rarement aux dépenses réellement engagées par les intéressés, qui sont alors obligés de se tourner vers d'autres financeurs.

Une telle situation, peu compatible avec la politique du maintien à domicile, résulte d'une absence de réflexion d'ensemble sur la définition, la prise en charge et le financement des aides techniques pour les personnes les plus sévèrement touchées. Ces dernières, en effet, doivent pouvoir disposer de matériels lourds très spécifiquement adaptés et ne peuvent se contenter des "produits pour mieux vivre" qui, au demeurant, répondent aux besoins du plus grand nombre.

** Une loi du 10 juillet 1989 a expressément prévu l'accueil par des particuliers à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes relevant de l'article 46 de la loi d'orientation de 1975, c'est-à-dire des MAS, en spécifiant que ces personnes "peuvent faire l'objet d'un placement familial à titre permanent ou temporaire, organisé sous la responsabilité d'un établissement médico-social ou d'un service ou d'une association agréée à cet effet conjointement par le président du conseil général et le représentant de l'Etat dans le département, dans des conditions prévues par un décret en Conseil d'Etat".

Dans les départements où elle s'est rendue, la Cour a constaté que la formule envisagée ne connaissait qu'un succès restreint, au profit à peu près exclusif, d'ailleurs, des personnes âgées. Seul le conseil général du Morbihan a agréé, outre 36 familles pour accueillir des personnes âgées, deux familles pour accueillir des personnes handicapées adultes.

L'échec du dispositif tient à plusieurs causes. En premier lieu, le décret d'application annoncé par le texte de loi n'est toujours pas intervenu : l'hébergement prévu par le législateur reste, en conséquence, une simple faculté qui ne s'impose nullement aux départements. En second lieu, il est médicalement peu concevable de confier sans une formation spécifique préalable, à des familles d'accueil, des handicapés relevant normalement d'une MAS. Enfin la troisième cause, sans doute déterminante, du peu de succès de la loi est liée aux transferts de charges financières. Les départements estiment généralement inopportun de faire peser sur les collectivités territoriales les frais afférents à ce type de placement, qui concerne une population relevant d'établissements financés par l'assurance-maladie. Cette pratique aurait selon eux pour conséquence un alourdissement de leurs charges. Le développement de l'accueil à domicile ne manquerait pas non plus de faire obstacle à la création de nouvelles structures médico-sociales que les départements recevant une importante population handicapée extérieure ont financièrement intérêt à privilégier - la prise en charge des intéressés s'effectuant alors par leur département d'origine, en vertu de la règle du "domicile de secours", déjà évoquée, au détriment des formules plus favorables à l'intégration sociale, qui conduisent les départements d'accueil à financer les dépenses d'hébergement sur leurs crédits d'aide sociale.

Au total, le dispositif d'accueil des handicapés par des particuliers à titre onéreux fonctionne mal. Or, en le mettant en place, le législateur avait le double souci de répondre à des préoccupations humaines - garder au handicapé lourd un milieu de vie plus personnalisé - et financières - le coût de la prise en charge en établissement étant nettement plus élevé -. Sauf à revenir sur ce double objectif, les pouvoirs publics doivent lever le plus rapidement possible les préalables nécessaires, notamment juridiques, au fonctionnement effectif de cette formule.

2° LA POLITIQUE DE L'ACCESSIBILITE

Cette politique avait fait dès 1978 l'objet d'une définition précise et ambitieuse. Aux termes de deux décrets des 1er février et 9 décembre 1978, "est accessible aux personnes handicapées à mobilité réduite toute installation offrant à ces personnes, notamment à celles qui circulent en fauteuil roulant, la possibilité de pénétrer dans l'installation, d'y circuler, d'en sortir dans des conditions normales de fonctionnement et de bénéficier de toutes les prestations offertes au public en vue desquelles cette installation a été conçue et qui ne sont manifestement pas incompatibles avec la nature même du handicap". L'insuffisance des résultats n'en est que plus évidente, en ce qui concerne tant l'accessibilité des transports que celle de la ville et de l'habitat.

S'agissant de l'accessibilité des transports, la loi d'orientation de 1975 avait déjà prévu que des dispositions devaient être prises par voie réglementaire pour faciliter le déplacement des personnes handicapées. Le décret du 9 décembre 1978 précité fixait aux collectivités un délai de trois ans pour établir des programmes de mise en accessibilité des installations recevant du public. Dans son rapport public de 1982, la Cour avait déjà relevé les retards observés dans l'élaboration et la mise en oeuvre des programmes. En dépit d'un certain nombre de réalisations intéressantes, des pesanteurs sont demeurées qui n'ont pas contribué à dissiper totalement la lenteur constatée au début de la décennie.

Par ailleurs, dès le mois d'août 1977 a été institué auprès du Conseil supérieur des transports des personnes handicapées (COLITRAH) chargé de suivre la réalisation du programme d'accessibilité et d'établir un compte-rendu annuel. Les missions du COLITRAH ont été élargies, et sa composition redéfinie, successivement par arrêtés du ministre de l'équipement en 1984 et 1990. Plusieurs groupes de travail sont chargés d'étudier et de proposer les mesures à prendre pour l'amélioration des transports et de l'aménagement urbain. Il en a été

tenu compte dans plusieurs réalisations ou projets comme le lancement du programme d'autobus à plancher surbaissé, l'intégration du concept d'accessibilité dans les projets EOLE, METEOR, la desserte de l'aéroport Charles de Gaulle, le tunnel sous la Manche. Les interventions du COLITRAH comportent aussi la définition de prescriptions concernant les nouvelles infrastructures de transport et les autobus afin d'en faciliter l'accessibilité.

Pourtant, le COLITRAH lui-même estime que de nombreuses difficultés restent encore à surmonter concrètement. En particulier, la création de structures de concertation auprès des collectivités locales n'avance guère. Beaucoup reste à faire également vis-à-vis des usagers et des personnels des transports, ainsi que dans la formation de ces derniers. Le COLITRAH n'a été associé que tardivement (1991) à un groupe de travail "pilote" créé en 1990 par le syndicat des transports parisiens pour améliorer l'information des voyageurs. La mise en oeuvre du programme lancé en février 1989 sous le nom de "60 mesures pour le transport" est surtout avancée pour ce qui concerne le réseau ferré. Un certain nombre de mesures, en revanche, marquent le pas, qui concernent essentiellement les transports individuels, la SNCF et la RATP. La Cour enregistre néanmoins avec satisfaction qu'une disposition récente, issue de la loi du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social, permet de sanctionner le stationnement irrégulier, aux emplacements réservés, des véhicules dépourvus du macaron "grand invalide civil" (GIC).

En revanche, les deux décrets précités de février et décembre 1978, complétés par un décret du 4 août 1980, n'ont pas permis de donner une impulsion suffisante à l'accessibilité de la ville et de l'habitat prévue par l'article 49 de la loi d'orientation.

La création en 1985 des commissions consultatives départementales de la protection civile, de la sécurité et de l'accessibilité (CCDPCSA), dont les DDASS sont membres, n'a que peu contribué à l'évolution positive de la situation. Dans la plupart des départements où elle s'est rendue, la Cour a pu constater que les DDASS n'étaient pas souvent associées aux travaux des commissions, et que, dans certains départements comme ceux du Haut-Rhin ou du Morbihan, ces dernières n'étaient même plus réunies depuis plusieurs années. Les administrations centrales ont elles-mêmes admis cet échec en reconnaissant, dans une circulaire interministérielle du 28 août 1989 relative à la politique d'accès au logement des personnes handicapées, que si l'ouverture du cadre de vie et de l'habitat à ces dernières était déjà inscrite dans les textes, elle ne s'était guère traduite dans les faits, y compris au sein des services publics - comme on le verra, un cinquième des COTOREP ne dispose toujours pas de locaux accessibles -. Les CCDPCSA, parfois mises en place tardivement, ne fonctionnent pas toujours dans des conditions satisfaisantes. La réalisation effective des projets sur lesquels elles sont appelées à statuer dépend largement du bon vouloir et du dynamisme des collectivités locales.

Quant au plan "ville ouverte" adopté par le conseil des ministres du 21 novembre 1990, ses ambitions ne se sont encore traduites totalement ni dans le droit positif, ni dans les faits. Au niveau des principes, il constitue certes un progrès puisque les mesures qu'il comporte concernent tous les aspects de l'accessibilité et relèvent de différents niveaux normatifs, certaines d'entre elles ayant d'ailleurs exigé le vote de la loi du 13 juillet 1991 portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public. Pourtant, les dispositions annoncées, lorsqu'elles nécessitaient un texte réglementaire, sont loin d'avoir encore été toutes prises.

B.- DES AIDES FINANCIERES QUI DEVRAIENT ETRE REEQUILIBREES

Indépendamment de la garantie de ressources, gérée par le ministère du travail, qui vise à donner à la personne handicapée exerçant une activité professionnelle un minimum de ressources fixé par référence au SMIC et dont le montant varie en fonction des modalités d'exercice de cette activité, les moyens d'existence des personnes handicapées adultes s'articulent autour de deux allocations essentielles : l'allocation aux adultes handicapés et l'allocation compensatrice.

1° LA GARANTIE DE RESSOURCES AUX TRAVAILLEURS HANDICAPES (GRTH) : UN SYSTEME DE REMUNERATION DU TRAVAIL PEU COMPATIBLE AVEC L'OBJECTIF DE REINSERTION²⁵

Dans ses articles 32 à 34, la loi d'orientation du 30 juin 1975 a prévu un dispositif qui "assure à tout handicapé exerçant une activité professionnelle, quelles qu'en soient les modalités, une garantie de ressources provenant de son travail". Le système mis en place se traduit par le versement éventuel d'un complément de rémunération à la charge de l'Etat, qui vient s'ajouter au salaire direct versé par l'employeur. D'une relative complexité, ce système, sensiblement modifié par l'un des protocoles d'accord de novembre 1989²⁶, s'est finalement révélé décevant. D'un coût particulièrement élevé, notamment dans les CAT²⁷, la GRTH a des effets qui vont souvent à l'encontre de l'objectif recherché, et les conditions de sa gestion ne sont pas satisfaisantes.

a) Complexité et ambiguïtés

La GRTH ne concerne, dans les faits, que les travailleurs salariés. Le législateur avait pourtant prévu que le dispositif s'appliquerait à "tout handicapé exerçant une activité professionnelle", et l'article 32 de la loi de 1975 indiquait qu'un décret déterminerait les conditions d'attribution de la prestation aux handicapés non salariés. Ce décret n'est jamais intervenu : une importante lacune du mécanisme mis en place en 1975 n'a ainsi jamais été comblée.

S'agissant d'un système de compensation de revenus qui s'inscrit dans la logique du monde du travail, la GRTH est modulée et varie selon le milieu dans lequel le travailleur handicapé exerce son activité. Or, si le complément de rémunération versé par l'Etat est fixé de telle sorte qu'il permet au travailleur handicapé employé en milieu ordinaire ou en AP d'atteindre, dans tous les cas, le minimum de rémunération prévu par les textes - 100 % du SMIC en milieu ordinaire et 90 % du SMIC en AP - il n'en va pas de même pour les handicapés travaillant en CAT. Pour ces derniers, la réglementation a en effet prévu un double système de plafonnement du complément de rémunération - l'Etat ne verse pas plus de 50 % du SMIC - et de modulation du salaire direct payé par l'employeur - au minimum 5 % du SMIC - qui aboutit, bien souvent, à une rémunération globale inférieure au niveau garanti de 70 % du SMIC. Pour que ce niveau garanti soit effectivement atteint, il faudrait que le salaire direct atteigne 20 % du SMIC, ce qui est très rare.

25 Voir annexe 9. Dans les développements qui suivent, la garantie de ressources désigne la somme du salaire direct versé par l'employeur et du complément de rémunération versé par l'Etat.

26) Cf. supra, Ière partie, C, 1° ; p. 34.

27) En 1983, la GRTH représentait 1,781 milliard de francs, dont 1,610 milliard de francs pour les CAT 103,8 millions de francs pour les AP, 67,7 millions de francs pour le milieu ordinaire de travail. En 1991, elle atteignait la somme totale de 3,499 milliards de francs, dont 2,980 milliards de francs pour les CAT, 401 millions de francs pour les AP et 117,7 millions de francs pour le milieu ordinaire. Entre 1985 et 1991, la progression des dépenses en francs courants a été de 49 %, après avoir atteint 263 % entre 1980 et 1985.

Les mécanismes de la garantie de ressources n'incitent pas les handicapés à chercher à rejoindre les structures du milieu ordinaire ; dès lors, il n'est pas surprenant que la masse la plus importante des dépenses (85 %) concerne les handicapés accueillis dans les CAT. Quatre raisons expliquent cette situation.

* L'une des principales idées sous-jacentes de la loi d'orientation - celle d'une "carrière du handicapé" - s'est finalement révélée peu opératoire. Les règles de calcul du complément de rémunération ne favorisent pas la productivité et poussent au maintien dans les structures les plus protectrices. En effet, dans le secteur protégé, un système complexe de bonifications a été mis en place pour tenir compte du travail effectivement fourni par les intéressés et encourager leur productivité. Ce système vient atténuer le caractère différentiel du complément de rémunération en permettant au travailleur handicapé dont le salaire direct dépasse un certain seuil de conserver une partie de ce complément au-delà du minimum garanti : ainsi la garantie de ressources peut-elle atteindre 130 % du SMIC en AP, et 110 % du SMIC en CAT. Comme le jeu des bonifications n'existe pas en milieu ordinaire de travail, où la garantie de ressources ne peut excéder 130 % du SMIC, les handicapés ayant une activité en milieu protégé ne sont guère incités à rejoindre le milieu ordinaire, en étant confrontés aux difficultés d'intégration de tous ordres qui les y attendent.

** Le fonctionnement du système de bonification mis en place par les textes, par ailleurs, est tel que l'augmentation du salaire versé par l'employeur et correspondant à un accroissement de productivité du travailleur se trouve automatiquement compensée par une baisse du complément de rémunération, et donc ne se traduit pas pour lui par un supplément de sa rémunération globale.

Bien qu'à la suite des protocoles d'accord de novembre 1989, deux décrets des 31 mai 1990 et 18 décembre 1991 aient prévu une forfaitisation partielle du complément de rémunération versé respectivement dans les CAT et les AP afin de limiter les inconvénients résultant du mécanisme des bonifications, le système continue à s'appliquer au-delà des limites de la forfaitisation. Dès lors, si l'on suppose que l'augmentation du salaire direct reflète fidèlement l'effort supplémentaire accompli par le travailleur handicapé, ce dernier, qui ne reçoit qu'une partie du produit de cet effort, n'a plus aucun avantage à faire en sorte d'atteindre les performances d'un travailleur valide : contrairement aux objectifs initialement fixés par le législateur, la garantie de ressources a un effet contre-incitatif pour l'intégration en milieu ordinaire de travail.

*** En milieu protégé toujours, la faible différence qui sépare les rémunérations maximales servies aux handicapés les plus productifs dans chaque catégorie d'établissements - 130 % du SMIC en AP, 110 % du SMIC en CAT - favorise le cloisonnement et freine le passage des CAT aux AP. De même, les modalités de calcul du complément de rémunération sont plus favorables en CAT qu'en AP puisque le handicapé est censé avoir travaillé 39 heures dès lors qu'il a respecté l'horaire fixé par le règlement intérieur de l'établissement - lequel est toujours inférieur à 39 heures - alors que ce complément, en AP, est déterminé en fonction du nombre d'heures réellement travaillées.

**** La préférence pour le maintien en milieu protégé est accrue par les règles relatives au plafonnement du cumul des montants de la garantie de ressources et de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) qui sera évoquée ci-dessous. Le cumul entre ces deux prestations n'a jamais été explicitement exclu puisqu'il n'est pas indiqué dans les textes que l'AAH s'adresse aux personnes handicapées dans l'incapacité de travailler et la GRTH à celles qui le peuvent. En pratique, ce cumul s'est développé, notamment pour les handicapés

orientés en CAT, ce qui renforce encore l'intérêt qu'ont les bénéficiaires à demeurer dans le secteur protégé. Les dispositions qui résultent de l'article 25 de la loi n° 90-86 du 23 janvier 1990 ont cependant pour objectif de limiter les effets antiéconomiques de ce système, mais, par là-même, l'ont entériné : en effet, cet article, qui complète l'article L 821-1 du code de la sécurité sociale, prévoit qu'à compter du 1er juin 1990 le cumul des deux avantages est limité à 100 % du SMIC pour les travailleurs dont le salaire direct est inférieur ou égal à 15 % du SMIC, et à 110 % du SMIC lorsqu'il lui est supérieur. Des dispositions transitoires permettent le maintien des droits acquis pour les travailleurs handicapés qui bénéficient pleinement des effets du cumul.

b) Des conditions de gestion contestables

La GRTH est gérée au niveau local par les directions départementales du travail et de l'emploi (DDTE) et les services départementaux du travail et de la protection sociale agricole pour les travailleurs employés dans le monde rural. Mais la procédure est liée, en amont, aux décisions des COTOREP. Or, si celles-ci décident d'orienter un handicapé en CAT, ce sont les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), chargées de la tutelle des établissements sociaux et médico- sociaux, qui ont connaissance des entrées et des sorties, et non les DDTE.

Il en résulte des difficultés d'information pour ces dernières, qui sont chargées de la liquidation des remboursements aux employeurs des compléments de rémunération versés par eux aux personnes handicapées - ceux-ci procèdent mensuellement à une avance remboursable pour le compte de l'Etat - et, fréquemment, des procédures administratives inutiles (transmission chaque mois à la DDASS par le secrétariat de la COTOREP, de fiches de renseignements concernant les travailleurs handicapés en CAT qui perçoivent la garantie de ressources).

L'imprécision de la réglementation et l'insuffisance des moyens dont elles disposent conduisent les DDTE à se livrer à des contrôles qui restent sommaires sur les modalités de calcul du complément de rémunération.

Il en est ainsi, notamment, pour la durée du travail accompli. Aux termes d'une circulaire du 2 février 1980, les travailleurs handicapés sont réputés respecter la durée légale du travail ; s'ils travaillent une durée inférieure, le calcul de la GRTH est fonction de l'horaire réellement effectué. Or, l'inspection du travail n'intervient que pour vérifier le respect par les ateliers protégés de leurs obligations. Les CAT, en revanche, échappent à sa compétence. Si la Cour a pu constater que, dans certains départements tels que le Haut-Rhin ou le Morbihan, des enquêtes de fonctionnement étaient menées régulièrement auprès des AP, elle a aussi relevé que cette pratique n'était pas partout systématique. D'autre part, l'examen des états justificatifs montre que la durée du travail effectif dans les CAT est particulièrement mal suivie. Certains établissements se bornent à indiquer la durée légale (169 heures) sans faire mention des absences ou des temps partiels, la durée légale de travail étant censée respectée et devenant ainsi la base forfaitaire à partir de laquelle est calculée la rémunération : tel est le cas du CAT de Vieux (Calvados). D'autres, il est vrai, pour un horaire théorique de 39 heures, ont un souci plus affirmé de réalisme et indiquent clairement que l'horaire maximum de travail est inférieur et font aussi apparaître les temps partiels. Il en est ainsi au CAT d'Hérouville-Saint-Clair (Calvados). Une troisième catégorie d'établissements, enfin, se situent à un stade intermédiaire, tel le CAT "Ateliers les Tilleuls", à Condé-sur-Noireau (Calvados), qui affiche un horaire plafond de 169 heures, tempéré toutefois par l'indication de l'absentéisme de ses travailleurs.

Des situations aussi disparates ne peuvent être que difficilement corrigées. Dans la plupart des cas, la Cour a pu constater que les DDTE se bornaient à vérifier l'exactitude des calculs effectués par les employeurs. En aval, là encore faute d'informations précises, les trésoreries générales se livrent à la même opération ; il en résulte que trois intervenants : employeur, DDTE, trésorerie générale, procèdent successivement aux mêmes calculs sans qu'aucun contrôle intervienne sur le temps réel de travail.

L'insuffisance, voire, dans certains cas, l'absence de contrôle, touche également le montant des cotisations sociales que l'Etat rembourse aux employeurs dans des conditions généralement critiquables. Aux termes de l'article 34 de la loi d'orientation de 1975, "l'Etat assure aux entreprises et aux organismes gestionnaires des AP, des CDTD et des CAT la compensation des charges qu'ils supportent au titre de la garantie de ressources et des cotisations y afférentes". L'article 33 de la même loi rappelle que la GRTH est considérée comme une rémunération du travail pour l'application de l'article L 120 du code de la sécurité sociale et des dispositions relatives à l'assiette des cotisations au régime des assurances sociales agricoles. Des circulaires ultérieures précisent que le complément de rémunération a un caractère salarial et qu'il est versé au travailleur handicapé en même temps que la rémunération de son travail, et assujéti aux mêmes cotisations sociales que cette rémunération.

Des constatations faites sur place, il ressort qu'en raison de l'imprécision de la situation des travailleurs handicapés, notamment en CAT, les remboursements effectués par l'Etat au titre des cotisations sociales sont d'une grande diversité, en ce qui concerne tant la nature que le taux des prélèvements. Les données figurant sur les états justificatifs remplis par les employeurs ne sont en effet homogènes ni dans le temps pour un même établissement, ni entre les différents établissements. Certains d'entre eux calculent même systématiquement sur ces informations erronées les cotisations que l'Etat doit leur rembourser. Il a ainsi été relevé que les charges sur salaires pour 1992 pratiquées par les seize CAT des Pyrénées-Atlantiques au titre du complément de rémunération variaient, selon les établissements, à l'intérieur d'une fourchette allant de 33,18 % à 43,78 % alors que le taux applicable était de 37 %. Le CAT "ETH Mulhouse", dans le Haut- Rhin, applique au complément de rémunération un taux de cotisation de 45,40 % et cette erreur perdure sans que les rectifications apportées par la COTOREP aient un quelconque effet pédagogique. La même situation se retrouve au CAT "Le Bois Jumel", dans le Morbihan, qui appliquait en août 1992 un taux de 39,20 % ou à celui d'AFA/ACR, dans le Val-de- Marne, qui pratiquait au quatrième trimestre 1990 un taux de cotisations sociales de 44,48 %.

De telles incohérences sont souvent explicables. C'est ainsi que certaines cotisations qui ne devraient pas être prises en comptes dans les CAT, telles que la participation à l'effort de construction ou à la formation professionnelle continue, figurent néanmoins sur les états justificatifs mensuels de la GRTH établis par le centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs (CERFA), et que les employeurs, en présence d'un imprimé officiel, ont naturellement tendance à le remplir. Il est fréquent par ailleurs, comme cela a été observé dans les Pyrénées-Atlantiques, que les demandes réitérées des DDTE à l'administration centrale pour clarifier la prise en charge de certaines cotisations restent sans réponse, avec toutes les incertitudes et les erreurs qui peuvent résulter d'une absence de directives.

La Cour a enfin relevé que la circulaire n° 8/83 du 31 janvier 1983, dite "circulaire Le Garrec", énumérant la liste des charges patronales à inclure dans le calcul de la garantie de ressources, précisait que les remboursements afférents aux compléments de rémunération versés en CAT ne portaient que sur les cotisations de sécurité sociale, d'accidents du travail et de retraite complémentaire au taux minimum obligatoire, mais ne résolvait pas le problème en AP et en milieu ordinaire.

Depuis lors, le Conseil d'Etat et la Cour de cassation ont été conduits, de leur côté, à préciser les dispositions de la loi. Dans un avis du 16 avril 1985, le Conseil d'Etat a clairement indiqué que si la rémunération versée par l'employeur, en contrepartie du travail effectué, aux travailleurs handicapés accueillis en CAT a le caractère d'un salaire, et est donc assujettie, notamment, aux cotisations en matière de formation professionnelle et d'effort de construction prévues respectivement par l'article L 950-1 du code du travail et par l'article L 313-1 du code de la construction, en revanche, le complément de rémunération pris en charge par l'Etat ne peut être regardé comme un salaire et n'entre donc pas dans le champ des articles précités. Le même avis précise que les cotisations de retraite complémentaire versées doivent être calculées sur la base du taux minimum obligatoire et que l'Etat ne peut dès lors être tenu de rembourser celles qui seraient versées à un taux supérieur. La Cour de Cassation, quant à elle, dans un arrêt rendu le 13 décembre 1990, a confirmé que le complément de rémunération n'était pas une contrepartie directe du travail.

En ne prenant pas acte des éléments résultant de la jurisprudence, et en n'adoptant pas les textes réglementaires conformes à l'interprétation des tribunaux, l'Etat accepte de supporter des charges indues dont le montant est loin d'être négligeable. A partir d'une expertise portant sur les liquidations du mois de mars 1991 et concernant 987 CAT sur les 1 038 inscrits au fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS), les services de la délégation à l'emploi ont évalué que 82 % des établissements concernés se voyaient rembourser par l'Etat des charges patronales payées à tort, pour un montant annuel de 36,7 millions de francs. Selon la même étude, l'Etat remboursait un taux moyen de charges de 42,44 %, alors qu'il devrait être de 36,55 %. Les anomalies les plus fréquemment observées concernent les taux de retraite complémentaire, l'assurance chômage, la taxe sur les salaires, et, dans une moindre mesure, le versement transport, la cotisation pour la médecine du travail ou le prélèvement servant à financer les oeuvres sociales du comité de l'établissement. La remise en ordre de cette partie des remboursements effectués par l'Etat est d'autant plus indispensable qu'elle ne nuit ni au travailleur handicapé, ni à l'établissement qui l'emploie, et qu'elle constitue la suite logique d'une analyse effectuée par le ministère lui-même il y a maintenant près de deux ans mais dont il n'a été tiré, depuis, aucune conclusion.

2° L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPES (AAH) : UNE PRESTATION DE PLUS EN PLUS FREQUEMMENT DETOURNEE DE SON BUT

28

L'ouverture des droits à l'AAH est subordonnée soit à la reconnaissance d'une incapacité d'au moins 80 % appréciée selon le barème du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre (article 35-I de la loi de 1975), soit à la reconnaissance par la COTOREP d'un handicap empêchant la personne handicapée de se procurer un travail (article 35-II de la même loi).

28) Voir annexe 10.

L'attribution de l'AAH (dont le taux plein était de 3 090 francs au 1er juillet 1992) est soumise en outre à un plafond de ressources égal au minimum vieillesse ; la prestation, réduite soit en raison du dépassement du plafond, soit d'un cumul avec un avantage de vieillesse ou d'invalidité, a de ce fait un caractère subsidiaire par rapport aux autres ressources du demandeur.

Reposant sur une réglementation extraordinairement lourde et complexe (paiement par les caisses d'allocations familiales et remboursement par l'Etat) qui pèse sur la gestion des organismes liquidateurs, l'AAH connaît un succès d'autant plus inquiétant que les dérives d'attribution de la prestation sont nombreuses.

a) Le succès de l'AAH

Le succès de l'AAH se mesure à travers quelques chiffres : les bénéficiaires de la prestation sont passés de 122 000 en 1976, première année d'entrée en vigueur de l'AAH, à 471 000 en 1983, soit une multiplication de 3,8 en huit ans ; après avoir stagné en 1984 et 1985, les effectifs ont repris leur progression à partir de 1986, année à compter de laquelle l'augmentation annuelle des bénéficiaires semble s'être stabilisée autour de 3 %. Ce phénomène est d'ailleurs assez largement le fait du régime général, les effectifs des autres régimes tendant à évoluer de manière inégale et irrégulière vers la baisse. Dans le milieu agricole, les allocataires de l'AAH connaissent une assez grande stabilité - de l'ordre de 40 000 personnes -.

La répartition géographique des bénéficiaires est relativement contrastée et fait nettement apparaître des régions à forte proportion d'allocataires dans la France du centre et de l'ouest, qui s'opposent à d'autres zones où cette proportion est moyenne ou faible, comme le bassin parisien, l'est et le sud-est du pays. Cette opposition qui renvoie à celle, globale, entre l'ouest rural et plus pauvre et l'est de la France, plus actif et urbanisé, conduit à s'interroger sur le point de savoir s'il n'y a pas là un indice de la dérive de l'AAH, dont l'attribution serait de plus en plus la réponse à une demande de minimum de ressources et de couverture sociale, et non la compensation d'un handicap médicalement reconnu.

En francs courants, les dépenses de l'AAH ont triplé de 1976 - 518 millions de francs - à 1989 - 14 805 millions de francs -. La croissance globale, plus forte que la progression du nombre des allocataires, est due à une revalorisation des plafonds de ressources par rapport à la hausse des prix, qui a eu pour conséquence, à défaut d'augmenter la prestation individuelle, d'octroyer l'AAH à un nombre plus important de handicapés. Cette revalorisation a été associée à une augmentation du pouvoir d'achat de la prestation entre 1980 et 1992, étant précisé comme le montre le tableau ci-dessous que la baisse relative en francs constants observée depuis 1984 a été précédée d'une très forte progression de l'allocation en 1981 et 1982 (en moyenne 30 % chaque année). La Cour a, par ailleurs, pu constater, à travers l'examen d'un certain nombre de situations individuelles, que la croissance des dépenses de l'AAH assurait parfois aux bénéficiaires un niveau de ressources qui ne relève plus d'une logique de minimum social : dans certains cas en effet (notamment lorsque la prestation est versée à deux conjoints), le montant total des ressources peut n'être pas négligeable, ce qui conduit à nuancer les appréciations critiques portées par certaines associations sur le taux de l'AAH.

MONTANT MENSUEL DE L'AAH AU 1ER JUILLET DE L'ANNEE (TAUX PLEIN)

: Année :	AAH :	F. courants :	Prix :	F. constants :
: 1980 :	1 300 :	100 :	100 :	100 :
: 1981 :	1 700 :	131 :	113,4 :	115,3 :
: 1982 :	2 125 :	163 :	126,8 :	128,7 :
: 1983 :	2 297 :	177 :	139 :	127,1 :
: 1984 :	2 388 :	184 :	149,3 :	123 :
: 1985 :	2 539 :	195 :	158 :	123,6 :
: 1986 :	2 586 :	199 :	162,2 :	122,6 :
: 1987 :	2 658 :	204 :	167,3 :	122,2 :
: 1988 :	2 762 :	212 :	171,8 :	123,7 :
: 1989 :	2 832 :	218 :	178 :	122,4 :
: 1990 :	2 931 :	225 :	184 :	122,5 :
: 1991 :	3 005 :	231 :	189,9 :	121,7 :
: 1992 :	3 090 :	238 :	192,6 :	123 :

Source : Direction de la Sécurité sociale

b) Les dérives de l'AAH

Les dérives d'attribution de la prestation sont nombreuses, et trouvent leur origine, d'une part, dans une mauvaise articulation de l'AAH avec, notamment, le régime de l'invalidité de la sécurité sociale et, d'autre part, dans les conditions d'application de l'article 35-II de la loi du 30 juin 1975.

La procédure qui subordonne l'ouverture des droits à l'AAH à une décision de la COTOREP est à l'origine d'une grande différence de traitement entre handicap et invalidité. En effet, l'appréciation de cette dernière appartient au médecin conseil des caisses primaires d'assurance maladie. Celui-ci qualifie la capacité de l'intéressé à maintenir ses gains professionnels en fonction d'une appréciation globale tenant compte de l'incapacité physique et de l'activité antérieure. En revanche, la détermination du taux d'incapacité permanente est laissée à l'appréciation de la COTOREP, qui se prononce après instruction par une équipe technique à dominante médico- sociale et selon un barème établi en 1924 pour les blessés et victimes de guerre, sur l'inadaptation duquel on reviendra ultérieurement.

La logique de l'invalidité conduit donc à apprécier une perte de capacité de gain, tandis que celle de la COTOREP cherche à déterminer un taux de handicap. Il est, dans ces conditions, fréquent que deux personnes souffrant d'une incapacité identique la voient qualifier par deux instances distinctes selon deux séries de critères différents, alors qu'elle a pourtant les mêmes effets sociaux et professionnels. Cette divergence se trouve encore accrue du fait du caractère inadapté du barème de 1924 compte tenu des progrès de la médecine, de l'amélioration des appareillages et de l'apparition de nouvelles pathologies. Il en résulte une disparité d'application au sein des différentes COTOREP, d'un département à l'autre.

Comme, d'autre part, le montant des ressources totales d'un handicapé percevant l'AAH dépasse souvent, à situation comparable, celui d'un invalide percevant l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité, le titulaire d'une pension d'invalidité peut, s'il se voit reconnaître le statut de handicapé par la COTOREP, combler cette différence de ressources par l'attribution d'une AAH différentielle. Le même système joue pour les titulaires du minimum vieillesse.

Les inconvénients résultant de cette situation sont importants.

En premier lieu, les objectifs de la loi de 1975 sont détournés. Du fait de leurs conditions d'attribution plus favorables, les prestations non contributives de la loi d'orientation sont fréquemment accordées, soit en complément, soit à la place des prestations contributives²⁹ de l'assurance-invalidité, notamment dans les cas où l'assuré social ne satisfait pas aux conditions administratives relatives à la durée d'immatriculation, ou d'activité antérieure, ou encore lorsque la pension d'invalidité a été refusée. L'AAH cesse alors d'être le minimum de ressources réservé aux personnes handicapées dépourvues d'une couverture sociale pour devenir un complément - voire un substitut - à une pension d'invalidité. Ce détournement d'objet profite à ceux dont les ressources sont les plus importantes, celles-ci étant neutralisées dans l'AAH par le jeu de déductions et abattements divers. Autrement dit, l'AAH favorise les personnes disposant de ressources propres et le caractère redistributif de l'allocation s'exerce ainsi à l'envers.

En second lieu, la multiplication des AAH différentielles, qui sont nécessairement d'un faible montant tout en constituant un complément de ressources appréciable pour les bénéficiaires, comporte de graves inconvénients pratiques. Puisque deux dispositifs d'appréciation de l'incapacité sont sollicités, les intéressés sont conduits à accomplir des démarches administratives supplémentaires. Les COTOREP sont encore davantage encombrées. Les coûts de gestion des caisses d'allocations familiales, chargées de payer la prestation, sont alourdis. La distinction entre invalidité et handicap est obscurcie en raison du cumul des avantages relevant des deux régimes et de l'attractivité du dispositif de l'AAH pour les titulaires d'une pension d'invalidité d'un montant inférieur au minimum vieillesse, soit environ 130 000 personnes sur un total de 430 000.

Ces inconvénients devraient conduire, selon la Cour, à rechercher une harmonisation des conditions d'attribution de l'AAH et du minimum d'invalidité, éventuellement par une prise en compte du revenu brut global de l'allocataire, avant déduction des frais professionnels et avant abattements.

Les dérives de l'octroi de la prestation s'observent également à travers les conditions d'application de l'article 35-II de la loi de 1975 prévoyant que l'AAH peut être attribuée à une personne qui ne peut se procurer un travail du fait de son handicap. Les pouvoirs publics ne se sont pas donné les moyens - statistiques, notamment - d'apprécier de manière précise l'évolution des attributions de l'AAH au titre de cet article. La Cour a en effet constaté que, pour pallier les effets des difficultés de l'économie française, notamment en matière d'emploi, un certain nombre de COTOREP ouvrent des droits à l'AAH au titre de l'article 35-II à des personnes dans l'impossibilité de se procurer un emploi du fait du chômage et non de leur handicap. Si certaines COTOREP affirment se montrer très strictes quant à l'appréciation de la nature du handicap, comme c'est le cas en Maine-et-Loire, d'autres admettent que les dérives en direction des handicapés " sociaux " sont incontestables, du fait notamment de la prise en compte, au titre du handicap, de l'alcoolisme chronique ou de la toxicomanie. Il en va ainsi, notamment, dans le Doubs, mais aussi en Lozère où la COTOREP accorde volontiers des AAH sociales à des personnes dont le taux de handicap ne justifie pas nécessairement cette attribution - par exemple, octroi d'une AAH à 80 %, renouvelée à 70 % pour permettre à un jeune amputé de la main de suivre un stage de formation non rémunéré -

29) Les prestations contributives sont celles qui ont pour fondement une perception préalable de cotisations de sécurité sociale.

ou encore dans les Pyrénées-Atlantiques, où les handicapés sociaux représentent environ 10 à 20 % de la clientèle de la COTOREP locale. Cette dernière ne paraît pas en mesure de décourager cette tendance et n'a pas hésité, par exemple, à attribuer l'AAH à 50 % d'invalidité pour une durée de trois ans à une personne reconnue inapte à l'exercice d'un travail rémunérateur, alors que la même COTOREP avait préalablement rejeté par trois fois la demande d'AAH de l'intéressé à un taux inférieur. Ces exemples montrent qu'ont tendance à être mis sur le même plan l'exclusion sociale et le handicap alors que, depuis 1988 à tout le moins, le revenu minimum d'insertion est spécifiquement prévu pour apporter une réponse à la première.

Dans le domaine agricole, tout particulièrement, l'article 35-II est d'application ambiguë. C'est ainsi qu'au début des années 1980, les COTOREP ont accueilli favorablement des demandeurs d'AAH qui conservaient la qualité de chef d'exploitation ou de conjointe participant aux travaux de l'exploitation, au titre de l'article 35-II de la loi qui suppose pourtant l'impossibilité de se procurer un emploi du fait du handicap. En 1983, le ministère de l'agriculture a tenté de mettre fin à cette pratique en précisant que les CMSA devaient notifier des rejets d'AAH aux bénéficiaires, toujours en activité, des décisions prises à ce titre. Mais, à la suite des refus opposés par les caisses à partir de 1984, un important contentieux s'est développé, que la Cour de cassation a tranché dans deux arrêts du 15 juin 1988 aux termes desquels les CMSA ne sont pas fondées à suspendre une AAH accordée par la COTOREP en cas de maintien d'activité. Sur instruction du ministère de l'agriculture, intervenue à la suite de cette jurisprudence, les CMSA doivent désormais soit saisir la commission régionale agricole d'invalidité et d'inaptitude au travail et, en appel, la commission nationale technique, soit demander à la COTOREP la révision de l'AAH pour modification de l'incapacité de l'allocataire en cas de reprise d'activité postérieure à l'attribution de l'allocation. Compte tenu des délais de jugement des commissions régionales agricoles et de ceux des COTOREP, cette procédure très lourde expose les organismes concernés à des actions de reversement d'indus difficiles à gérer.

Le retour aux principes de la loi d'orientation suppose qu'il soit mis fin à l'extension du champ d'application de l'AAH au-delà de la population qu'elle vise : or, le nombre des bénéficiaires de l'AAH a augmenté de 40 % entre 1980 et 1990 et un tiers d'entre eux est admis au titre de l'article 35-II. Il appartient aux pouvoirs publics d'en tirer les conséquences.

c) La gestion de l'AAH

La gestion de l'AAH par les caisses d'allocations familiales appelle, quant à elle, des observations sur lesquelles la Cour croit utile d'insister.

D'abord, l'information qui, en la matière, est souvent tardive, est diffusée selon des circuits peu satisfaisants et fréquemment appliquée à des dates différentes.

La plupart des instructions ministérielles sont communiquées sous forme de lettres à la caisse nationale d'allocations familiales qui les adresse aux caisses de base, avec généralement une annexe technique. La CNAF tient également à jour un "suivi législatif" qui explicite tous les points de réglementation et de procédure avec, le cas échéant, leur interprétation.

Pour le régime agricole, le circuit est complexe puisque les instructions sont adressées par le ministère des affaires sociales à celui de l'agriculture qui informe ensuite les CCMSA-auxquelles, toutefois, le "suivi législatif" de la CNAF n'est pas diffusé - à charge pour elles de les transmettre aux caisses locales. Les délais sont souvent longs.

La gestion de l'AAH suppose donc une coordination entre divers organismes qui est loin d'être toujours réalisée même si la Cour a pu constater que, dans certains départements, comme le Nord, les relations entre la CAF et ses divers partenaires - DDASS, CPAM, ASSEDIC - étaient satisfaisantes.

La mise en place de la réforme du cumul de l'AAH et de la garantie de ressources (GRTH) est un autre exemple des défaillances de l'information entre les CAF, les DDTE et les CAT. Indépendamment des problèmes d'ordre réglementaire qu'elle soulève et qui seront abordés ultérieurement, cette réforme a révélé, à travers le recensement des travailleurs handicapés admis en CAT, que les CAF ignoraient généralement que leurs allocataires étaient admis au bénéfice de la garantie de ressources. Une telle situation aurait dû, en tout état de cause, être prise en compte rétroactivement, donner lieu à de nouvelles évaluations des ressources et provoquer des rappels d'indus dans la limite de la prescription biennale. Par lettre du 31 mai 1990, le directeur de la sécurité sociale soulignait que la responsabilité d'informer les CAF de l'entrée dans le dispositif de la GRTH incombait à la DDTE et qu'en conséquence, les allocataires ne pouvant être tenus pour responsables, il n'y avait pas lieu de rappeler les indus. Ceux-ci sont estimés par la CNAF à un montant variant de 800 francs à 1 400 francs par mois et par allocataire. La décision du directeur de la sécurité sociale est, certes, équitable à l'égard des allocataires ; elle n'exonère pas pour autant les services extérieurs de leur responsabilité.

La gestion de l'AAH se trouve affectée également par les difficultés issues de la réforme du guichet unique. Celle-ci est pourtant positive en soi. Afin de simplifier les démarches et les circuits d'instruction, une circulaire de la délégation à l'emploi du 24 mars 1988 a prévu la refonte des documents remplis par les personnes handicapées, qui composent désormais le dossier de base des intéressés, et la mise en place d'un guichet unique, la COTOREP devenant le seul interlocuteur de la personne handicapée, alors qu'antérieurement les dossiers étaient répartis entre trois organismes : COTOREP pour la demande d'admission, CAF ou CMSA pour la demande d'AAH, DDASS pour la demande d'aide sociale. La COTOREP se voit ainsi confier, outre un rôle de filtrage, une mission d'accueil et d'information des usagers. Elle est conduite à se prononcer la première sur l'ensemble des demandes formulées par la personne handicapée avant de notifier ses décisions aux organismes concernés. Cette nouvelle procédure signifie que les conditions administratives d'attribution de l'allocation de l'AAH ne sont vérifiées par les CAF ou les CMSA, dont c'est la responsabilité, que postérieurement aux décisions favorables prises par la COTOREP au plan médical.

L'examen des applications pratiques du système du guichet unique a fait ressortir plusieurs effets négatifs.

En premier lieu, comme la circulaire précitée du 24 mars 1988 instituant la réforme n'a pas précisé le moment auquel elle devenait applicable, les COTOREP l'ont mise en oeuvre à des dates différentes, en fonction de l'épuisement des stocks des anciens imprimés.

En second lieu, la date d'effet du droit étant désormais fixée à la date de réception de la demande à la COTOREP et non plus à celle du dépôt dans une CAF ou une CMSA, on pouvait en escompter une réduction des délais d'instruction. En fait, il n'en a pas été ainsi.

Il est en effet difficile de concevoir qu'une personne handicapée, informée par la COTOREP qu'elle remplit médicalement les conditions d'éligibilité à l'AAH, puisse apprendre de la CAF ou de la CMSA, plusieurs mois plus tard, qu'il n'en est pas de même pour les conditions administratives et que l'allocation lui est, en conséquence refusée. Aussi la Cour a-t-elle constaté que le système du guichet unique faisait l'objet d'une application très inégale. Strictement respecté dans le Maine-et-Loire et dans le Rhône, il conduit souvent à une surcharge de travail de la COTOREP et, par voie de conséquence, à un allongement des délais d'instruction. Dans les Pyrénées-Atlantiques, la Lozère ou le Nord, il n'est pas mis en oeuvre, les responsables de la gestion de l'AAH dans ce dernier département le considérant comme "non viable". Dans le Doubs, il n'a même pas été mis en place, à la demande expresse de la COTOREP. Dès lors, l'un des objectifs de la réforme - le raccourcissement des délais - est resté lettre morte. Les départements du Haut-Rhin et du Morbihan, en revanche, ont mis au point une procédure permettant de préserver les avantages que le guichet unique avait voulu instituer, en prévoyant un dispositif d'instruction simultanée des dossiers par la COTOREP et par la CAF ou la CMSA, et un échange d'informations entre ces différents organismes. Il semble que cette procédure, qui permet une analyse parallèle des droits administratifs et des droits médicaux, va dans la bonne direction et mériterait d'être généralisée. Les CCMSA, pour leur part, proposent que l'imprimé de notification des décisions comportant deux parties, l'une à remplir par la COTOREP, l'autre par la CMSA, soit adressé à l'allocataire dès lors que les deux organismes ont statué sur son cas.

3° L'ALLOCATION COMPENSATRICE (AC) : UNE PRESTATION DAVANTAGE ORIENTEE VERS LA VIEILLESSE QUE VERS LE HANDICAP

Selon les enquêtes menées par les chambres régionales des comptes à la demande de la Cour, les conditions d'attribution et de gestion de l'allocation compensatrice, dont la prise en charge relève désormais de l'aide sociale départementale, n'apparaissent pas plus satisfaisantes que celles concernant l'AAH. Cette situation est d'autant plus préoccupante que la dépense est, là encore, en forte croissance.

Créée par l'article 39 de la loi d'orientation de 1975 en vue de favoriser le maintien à domicile, l'AC, qui remplace, en les fusionnant, deux anciennes prestations - la majoration pour aide constante d'une tierce personne (décret du 15 mai 1961) et l'allocation de compensation aux grands infirmes travailleurs (décret du 6 novembre 1962) - peut être servie à toute personne handicapée ne bénéficiant pas d'un avantage analogue au titre d'un régime de sécurité sociale, lorsque son taux d'incapacité, reconnu par la COTOREP, est égal ou supérieur à 80 % et que, soit son état nécessite l'aide effective d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie, soit son activité professionnelle lui impose des frais supplémentaires.

a) Le succès de l'AC

Selon les statistiques du ministère des affaires sociales, le nombre des bénéficiaires de l'AC est passé de 150 000 en 1984 à 216 000 en 1991, soit une progression annuelle de 6 % en moyenne. Il s'agit majoritairement de femmes dès l'âge de 30 ans, caractéristique qui s'accroît fortement après 60 ans, compte tenu de l'espérance de vie. Parallèlement, le nombre de bénéficiaires de l'AC âgés de moins de 30 ans est plus faible dans les départements ruraux que dans les départements urbains, alors que la tranche d'âge de plus de 60 ans est sur-représentée dans le secteur rural.

Les dépenses de l'AC, qui étaient de 4,4 milliards de francs en 1984, ont atteint en francs courants 7,1 milliards en 1991 avec une augmentation annuelle moyenne de 8,6 %. En francs constants, la progression a été de 12,3 % entre 1984 et 1989 alors que, dans le même temps, les dépenses totales d'aide sociale diminuaient de 3,6 %. Ce rapprochement traduit l'ampleur du redéploiement auquel les dépenses d'aide sociale départementales ont été soumises au profit de l'AC. Dans le même temps, en effet, les dépenses consacrées aux personnes âgées ont diminué, en francs constants, de 24,2 %. Ce transfert est le signe manifeste de la dérive de l'AC vers les personnes âgées dont elle devient la prestation prioritaire au détriment des autres formes d'aide prévues.

b) Les dérives de l'AC

On relève tout d'abord que l'AC pour frais professionnels supplémentaires est à peu près totalement ignorée. A travers les données disponibles communiquées par les chambres régionales des comptes, le nombre de bénéficiaires de cette prestation est, dans certains départements, inférieur à la dizaine. Dans les autres, la distribution de cette prestation reste marginale et les statistiques disponibles pour la période 1986-1992 ne permettent pas de discerner un développement notable. Si par exemple il y a une augmentation sensible du nombre des allocataires entre 1987 et 1992 dans les Hauts-de-Seine (ce nombre passant de 75 à 115), cette situation reste exceptionnelle et la tendance, dans la plupart des départements, est plutôt à la stagnation.

Il ressort par ailleurs des enquêtes menées par les chambres régionales des comptes que l'AC est accordée essentiellement à des personnes âgées. En 1986, cinq régions comptaient une proportion d'allocataires de plus de 60 ans inférieure à 50 %, six se situaient entre 50 et 60 %, trois entre 60 et 70 % et trois entre 70 et 80 %. En 1991, une seule région - l'Ile-de-France - relevait de la première catégorie, une - l'Alsace - de la seconde, neuf de la troisième et huit de la quatrième. La progression du nombre d'allocataires de plus de 60 ans au cours de la période considérée est spectaculaire dans certaines régions : de 53 à 64 % dans le Centre. Au plan général, les estimations ministérielles évaluent à 65 % le nombre de bénéficiaires de l'AC âgés de plus de 60 ans en 1991, contre seulement 51 % en 1984.

Au sein de chaque région, les disparités départementales peuvent être importantes. En Aquitaine, par exemple, qui se situe dans la fourchette comprise entre 70 et 80 %, le département des Landes compte une proportion de 91,47 % de bénéficiaires de l'AC âgés de plus de 60 ans.

Cette situation résulte essentiellement du fait que le système de la majoration pour tierce personne (MTP) du régime de la sécurité sociale est beaucoup plus restrictif, dans les conditions qu'il implique pour y être admis (importance de l'avis médical) et maintenu (cessation du droit à l'âge de 60 ans), que celui de l'AC (décision de la COTOREP, c'est-à-dire d'une instance où le médecin est minoritaire, prolongation du droit après 60 ans). Il en résulte un transfert de bénéficiaires de la MTP vers l'AC et une situation de concurrence entre deux aides aux finalités différentes, avec un afflux de demandes en faveur de la prestation la plus favorable, ce qui vide de leur contenu les objectifs initiaux de chacune d'elles.

Financièrement, cette évolution conduit à un transfert d'un autre ordre dans le cadre du partage des compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales : le budget de la sécurité sociale en bénéficie aux dépens du budget des départements, qui estiment aujourd'hui être les victimes d'une situation qu'ils ne maîtrisent pas. Aussi certains départements, tels l'Allier ou le Puy-de-Dôme, demandent-ils aux personnes handicapées qui sollicitent une allocation compensatrice de déposer une demande préalable de majoration pour tierce personne auprès de

la sécurité sociale, et leur imposent-ils de ce fait une procédure supplémentaire, qui n'est pas prévue par les textes réglementant l'allocation compensatrice. Ils justifient cette exigence par le caractère subsidiaire des dépenses d'aide sociale et par les conséquences financières pour les budgets départementaux d'une absence de maîtrise des demandes d'AC : le président du conseil général du Puy-de-Dôme estime, pour sa part, que cette pratique est de bonne gestion. Selon le président du conseil général de l'Allier, le budget primitif de ce département pour 1993 a progressé, au seul titre de l'allocation compensatrice, de 11 millions de francs par rapport à celui de 1992, soit l'équivalent de 2,75 points de fiscalité supplémentaire. Dans le Nord, les services du département ont fréquemment contesté depuis 1984 les décisions de la COTOREP, déclenchant ainsi un important contentieux et provoquant des relations difficiles entre le département et les services extérieurs de l'Etat. La présence d'un médecin du conseil général, avec voix consultative, aux réunions de la COTOREP a permis récemment de mettre un terme à cette situation conflictuelle.

Conséquence plus grave, le système de l'allocation compensatrice conduit, dans la pratique, à des distorsions de situations et, notamment, favorise les personnes âgées hébergées, ce qui va à l'encontre de ce qui avait motivé sa création, à savoir le maintien à domicile.

La jurisprudence et la réglementation postérieures à la loi de 1975 ont en effet défini un cadre qui à la fois manque de cohérence et ne correspond plus aux buts fixés initialement par le législateur. C'est ainsi que la jurisprudence a admis que l'AC ne pouvait être réduite lorsque les personnes handicapées étaient placées en centre de rééducation professionnelle ou en CAT ne fonctionnant pas en internat, mais qu'elle pouvait l'être en cas de placement en foyer occupationnel pendant la journée (décision rendue le 16 octobre 1986 par la commission centrale d'aide sociale). Elle a également consacré la règle du versement de l'AC même lorsque la personne concernée est hébergée en centre de long séjour ou en maison de retraite (Conseil d'Etat, 20 mars 1985), ces types d'établissement devant être considérés comme relevant de l'hébergement et non des soins. Dans un département comme le Maine- et-Loire, cette situation a conduit à une augmentation de 66,5 % du nombre des AC attribuées par la COTOREP entre 1990 et 1991.

Ces interprétations jurisprudentielles ont des conséquences sérieuses. Elles supposent en effet que l'AC doit être versée aux personnes hébergées en établissements, que ces derniers soient ou non destinés à accueillir des handicapés dont l'état nécessite l'aide d'une tierce personne.

Par ailleurs, l'allocation compensatrice n'est suspendue ou réduite que si le bénéficiaire hébergé est pris en charge totalement ou partiellement par l'aide sociale, ce qui est généralement le cas des personnes handicapées. En revanche, les personnes âgées ne relevant pas de l'aide sociale ou hébergées dans un établissement non habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale continuent à la percevoir dans son intégralité. Autrement dit, c'est la confusion entretenue sur le terme d'"hébergement", conçu en 1975 comme devant s'appliquer aux établissements pour handicapés adultes, mais dont le sens a été étendu aux établissements pour personnes âgées, qui permet le renversement des objectifs initiaux de la loi. En profite, de surcroît, une population différente, pour partie, de la population initialement visée, savoir toutes les personnes âgées dépendantes, et non seulement les adultes handicapés actifs ou ayant vieilli. Le risque n'est au surplus pas négligeable de voir favoriser plutôt des personnes ayant des revenus propres importants que celles qui en sont dépourvues.

Ces déviations font l'objet, de la part des départements, de critiques sévères.

En premier lieu, la justification de l'assistance d'une tierce personne est délicate dans le cas de handicapés hébergés et ne relevant pas de l'aide sociale, sauf dans le cas où une facturation spécifique "d'aide à la personne" est pratiquée par l'établissement. Il en résulte des inégalités flagrantes entre des personnes d'état physique, psychique et financier comparable selon qu'elles demeurent à domicile soit en rémunérant effectivement un tiers, soit sans rémunérer quiconque, ou qu'elles résident en établissement soit avec prise en charge par l'aide sociale, soit en rémunérant directement ou indirectement un tiers extérieur, soit sans prise en charge par l'aide sociale et sans rémunération d'un tiers extérieur.

En second lieu, la pression financière qui s'exerce sur l'AC du fait des conséquences de la jurisprudence précitée n'a évidemment pas été prévue au moment du transfert des ressources de l'Etat aux collectivités territoriales dans le cadre du partage des compétences, et les départements s'estiment aujourd'hui victimes d'une évolution sur laquelle ils sont sans moyen d'intervention.

En troisième lieu, les mécanismes d'octroi de l'AC sont affectés par le caractère devenu anachronique de la réglementation de l'aide sociale pour les personnes âgées. La logique de l'aide sociale repose en effet sur un critère de ressources, celle de l'AC sur un critère médical de besoin d'assistance. A partir du moment où le second peut se substituer aisément au premier, il est clair que l'aide sociale se trouve vidée de toute portée. L'élargissement du champ de l'AC vers les personnes âgées et les facilités ouvertes par la jurisprudence se sont conjugués pour créer de fait une situation de concurrence entre deux aides aux finalités et avantages respectifs trop différents pour ne pas provoquer un afflux de demandes en faveur de la prestation la plus favorable.

En dernier lieu, les dérives constatées ont des conséquences non négligeables dans le cas d'hébergement en établissements privés non conventionnés. Ceux-ci, en effet, ne sont pas habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Leur régime financier est défini par la loi du 6 juillet 1990 qui prévoit un système contractuel destiné à favoriser le développement de nouvelles formes d'accueil pour les personnes âgées dépendantes solvables. Dès lors, le versement de l'AC, prestation d'aide sociale, pour permettre ou faciliter le paiement de frais de séjour dans ces établissements constitue un détournement de la réglementation, le conseil général finançant indirectement, par le biais de l'allocation, des établissements sans disposer d'un réel pouvoir de contrôle sur la qualité des prestations fournies, en soins comme en hébergement.

Il apparaît ainsi que l'AC sert non seulement de complément de ressources, dans des conditions plus favorables que l'aide sociale aux personnes hébergées, alors qu'à l'origine il s'agissait d'une allocation affectée à la prise en charge d'une tierce personne, mais également qu'elle peut servir de substitut au forfait-soins pour les établissements, compte tenu de l'insuffisance de la revalorisation de ce forfait depuis de nombreuses années. Aussi certains départements ont-ils été conduits à mettre en place diverses pratiques en contradiction avec la jurisprudence administrative pour limiter les dérives d'application de l'AC. Tel est le cas, notamment, dans le Lot ou dans l'Ardèche où l'allocation est suspendue dès lors que le bénéficiaire est hébergé³⁰ ou encore dans la Haute-Garonne où la COTOREP elle-même pratique un abattement de 40 à 50 % sur le taux de l'allocation pour toute personne placée en établissement.

30) En Ardèche, l'allocation n'est suspendue qu'en cas de "non-effectivité" d'une aide extérieure à l'établissement et étrangère aux prestations d'hôtellerie.

Les critiques qui précèdent sont d'autant plus graves que, lorsqu'elle est versée dans les conditions qu'avait prévues le législateur de 1975, l'AC n'est pas toujours suffisante au regard des besoins.

Tous les responsables des départements consultés lors de l'enquête par les chambres régionales des comptes estiment en effet que l'allocation, même au taux maximum, ne couvre pas les frais liés au maintien à domicile des grands handicapés. Le tableau ci-dessous fait apparaître l'évolution du montant mensuel moyen de l'AC au taux de 80 %, étant précisé que l'écart par rapport au SMIC s'est creusé depuis 1980 : au 1er juillet 1992, l'AC ne représentait plus que 72 % du SMIC brut contre 92 % douze ans avant.

MONTANT MENSUEL MOYEN DE L'ALLOCATION COMPENSATRICE (AU TAUX DE 80 %)

: Année :	Montant :	Accroissement :
: 1981 :	2 475 :	:
: 1982 :	2 837 :	15 % :
: 1983 :	3 081 :	9 % :
: 1984 :	3 192 :	4 % :
: 1985 :	3 393 :	6 % :
: 1986 :	3 437 :	1 % :
: 1987 :	3 552 :	3 % :
: 1988 :	3 691 :	4 % :
: 1989 :	3 784 :	3 % :
: 1990 :	3 865 :	2 % :
: 1991 :	4 014 :	4 % :
: 1992 :	4 127 :	3 % :

Source : Ministère des affaires sociales et de l'intégration

A cette situation, deux types de solutions sont apportées suivant le cas. La réponse individuelle, la plus courante, surtout dans les zones rurales où les structures familiales résistent mieux qu'ailleurs, est le recours au sein du foyer à un membre de la famille qui joue le rôle de tierce personne. On rencontre fréquemment cette situation dans les régions d'Auvergne ou de Midi-Pyrénées, par exemple. Une réponse institutionnelle est donnée lorsque les collectivités elles-mêmes, en ordre dispersé, prennent l'initiative de créer une prestation supplémentaire ciblée soit sur des personnes très âgées (le conseil général de Seine Maritime a ainsi institué une prestation de garde à domicile au profit de personnes âgées d'au moins 75 ans et bénéficiant déjà de l'AC, quel qu'en soit le taux), soit sur le taux de handicap (le département du Tarn a créé une allocation supplémentaire dont le montant peut aller jusqu'à 20 % de la majoration pour tierce personne au profit des bénéficiaires de l'AC, à condition que le taux accordé soit de 80 % et que la preuve soit faite de frais de tiers salarié dépassant le montant de l'AC accordé). L'enquête des chambres régionales des comptes n'a permis de recenser qu'un seul département (l'Ardèche) suggérant un alignement de l'AC au taux maximum sur la majoration pour tierce personne de la sécurité sociale, en faveur des polyhandicapés et des grabataires et sous réserve d'un strict contrôle du caractère effectif de l'aide.

Pour intéressantes que soient les initiatives ainsi prises, elles ont l'inconvénient d'être ponctuelles et donc de provoquer, d'une région à l'autre, des inégalités entre handicapés dans une situation pratiquement identique.

L'observation précédente est renforcée par le fait que l'appréciation de la notion du manque à gagner pour la tierce personne soulève des difficultés. Cette condition ne s'applique que dans le cas des allocations au taux de 80 %, et les départements répondent diversement à la question de savoir à quels problèmes se heurte son contrôle.

Il en ressort globalement que lorsque la fonction de tierce personne est exercée par un membre de la famille ne travaillant pas, l'appréciation reste discrétionnaire et donc délicate. En revanche, lorsqu'il y a cessation d'activité, il existe des éléments de référence précis qui rendent l'appréciation plus facile. On ne peut que déplorer, en l'espèce, la manière plus ou moins rigoureuse dont est vérifiée par les COTOREP cette condition mise à l'attribution de l'AC au taux de 80 %. Dans les départements de l'Allier, de la Haute-Garonne et du Tarn, par exemple, les commissions exigent la production, de la part de l'employeur, d'un certificat attestant de l'arrêt total - ou du moins notable - de l'activité de la tierce personne. Le département de Haute-Garonne, pour sa part, regrette que la possibilité de compenser le manque à gagner ne soit pas ouverte quel que soit le taux de dépendance de la personne handicapée, ce qui inciterait à quitter un emploi à temps partiel. Dans d'autres départements, par contre, les COTOREP évitent de solliciter une preuve aussi nette - c'est le cas de la Seine-Saint-Denis - ou encore, comme cela a pu être relevé dans le Cantal ou en Haute-Loire, éludent la difficulté en attribuant des taux d'allocation inférieurs à 80 %, au détriment des handicapés dont l'état justifierait que le taux octroyé soit égal ou supérieur à ce même pourcentage.

c) La gestion de l'AC

Les problèmes de fond qui précèdent viennent se greffer sur une gestion difficile de l'allocation, que la décentralisation n'a pas améliorée.

Pour l'essentiel, les difficultés rencontrées résident, comme pour l'AAH, dans la dualité existant entre l'autorité qui prend la décision d'attribution et celle qui verse l'allocation. L'attribution de l'AC relève d'une décision technique de la COTOREP qui vérifie le taux d'invalidité, apprécie le besoin de tierce personne et fixe le taux de l'allocation ainsi que la durée de son versement. Le président du conseil général, de son côté, prend la décision administrative d'admission ou de refus, mais en étant lié sur le plan technique par la décision de la COTOREP. Ce sont les services du département qui apprécient chaque année les ressources du demandeur et fixent le montant de l'allocation, qui est égal à la différence entre le plafond correspondant au taux accordé et le revenu de l'intéressé.

La sous-représentation des élus départementaux au sein des COTOREP - un membre sur vingt - et le caractère souvent variable de leur participation effective aux travaux des commissions font que la distinction entre l'autorité qui décide et celle qui paye n'est sans doute pas satisfaisante, pas plus qu'elle n'est de nature à permettre une meilleure maîtrise des dépenses de l'AC.

Les départements ne manquent d'ailleurs pas de faire remarquer qu'en droit comme en fait, la participation d'un seul conseiller général à titre consultatif au sein de chaque COTOREP - privé, de surcroît, de l'assistance technique de ses propres services - permet difficilement à ce représentant du département de juger de l'opportunité et d'évaluer l'impact et le coût financier ou social de la décision, alors qu'un examen simultané des conditions

médicales, sociales et administratives au sein d'une commission équitablement représentative de chacune des parties, ainsi que la présence d'un médecin spécialisé et de personnel administratif départemental favoriseraient l'implication du département à la démarche d'amélioration de la qualité du service rendu à la population handicapée .

Il peut sembler paradoxal que les décisions techniques d'attribution du taux de l'AC s'imposent au service départemental d'aide sociale qui, pourtant, n'en contrôle pas la procédure, et que l'Etat ait finalement conservé un pouvoir de décision en matière d'aide sociale en faveur des handicapés, en dépit du partage de compétence opéré dans le cadre des lois de décentralisation.

Il paraîtrait, dans ces conditions, logique que de nombreux recours contentieux soient introduits devant les commissions régionales d'invalidité, d'inaptitude et d'incapacité permanente par les autorités départementales contre les décisions des COTOREP. Pourtant, il n'en est rien : au cours des trois derniers exercices pour lesquels la Cour a pu disposer d'informations - 1989, 1990, 1991 - le nombre de recours est resté infime par rapport à celui des décisions susceptibles d'être contestées. Bien entendu, les recours sont d'autant moins nombreux que les relations de travail entre les services départementaux et les COTOREP sont satisfaisantes, mais cette explication ne saurait rendre compte de la faiblesse générale du contentieux. Il semble plus vraisemblable que les délais de recours - deux mois en première instance, un mois pour un appel devant la commission nationale technique - soient trop brefs pour permettre d'étayer une argumentation solide, d'autant que les services départementaux n'ont pas accès au dossier médical d'instruction.

L'examen d'un certain nombre de dossiers fait apparaître que, globalement, les motifs de recours sont de deux ordres. Tantôt, les contestations portent sur le principe même de l'attribution de l'AC aux motifs, notamment, que l'état de dépendance n'est pas avéré, que les conditions médicales ne sont pas remplies ou encore que le caractère de l'effectivité de l'aide n'est pas démontré. Tantôt, elles concernent les taux d'allocation attribués. En dépit du nombre réduit de décisions rendues, il apparaît que les résultats du contentieux sont, dans l'ensemble, favorables aux départements. Il n'est pas exclu de voir là une tendance visant à rendre à l'AC sa véritable vocation : les collectivités départementales auraient tout intérêt à la prendre en compte.

PROPOSITIONS DE LA COUR CONCERNANT L'INTEGRATION SOCIALE DES PERSONNES HANDICAPEES

1° - Domicile de secours

- Rationalisation des règles prévues par le code de la famille et de l'aide sociale en fonction du lieu de l'hébergement - établissement social ou médico- social ou non.

2° - Accueil de jour

- Admission de la prise en charge des frais de transport des personnes hébergées en MAS et qui rentrent dans leur famille dans la journée afin de faciliter le développement du semi-internat.

3° - Auxiliaires de vie

- Clarification du rôle des collectivités de prise en charge, en faisant des départements les responsables de celle-ci.

4° - Aides techniques

- Harmonisation de la prise en charge par la sécurité sociale de l'appareillage et des aides techniques.
- Réflexion d'ensemble sur la définition, la prise en charge et le financement des aides techniques pour les personnes les plus sévèrement touchées.

5° - Garantie de ressources

- Définition des modalités de son application aux non-salariés.

6° - Allocation aux adultes handicapés

- Harmonisation des conditions d'attribution de l'allocation et du minimum d'invalidité, éventuellement par une prise en compte du revenu brut global de l'allocataire avant déduction des frais professionnels et avant abattements.
- Modification de l'article 35-II de la loi du 30 juin 1975.
- Amélioration des procédures du "guichet unique".

7° - Allocation compensatrice

- Recherche d'une meilleure définition des notions d'hébergement et de soins pour éviter que la prestation ne soit versée aux personnes hébergées qui n'ont pas recours aux services d'une tierce personne .

TROISIEME PARTIE :

LES STRUCTURES ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES

Dans son rapport public de 1982, la Cour avait déjà eu l'occasion de critiquer la complexité des circuits mis en place par la loi d'orientation du 30 juin 1975. Dix ans plus tard, peu d'améliorations sont intervenues. Bien au contraire, avec les lois de décentralisation, le cadre administratif et financier dans lequel s'insèrent les mesures prises en faveur des handicapés adultes se caractérise à la fois par sa rigidité, ses insuffisances, voire son incohérence. Cette situation résulte du mauvais fonctionnement des structures créées pour être la pierre angulaire du dispositif prévu par la loi de 1975, de l'existence d'une réglementation anarchique et contraignante peu adaptée à un pilotage efficace des actions entreprises et de facteurs de blocage divers que la décentralisation n'a fait qu'aggraver.

A. - DES STRUCTURES DONT LE FONCTIONNEMENT RESTE GLOBALEMENT DEFECTUEUX

Administrativement, la pièce maîtresse du dispositif mis en place en 1975 est constituée par les Cotorep, dont l'action est accompagnée, en amont, par l'intervention éventuelle des centres de pré-orientation, et en aval par celle des équipes de préparation et de suite du reclassement (EPSR).

1° LES DIFFICULTES DES COTOREP ³¹

Le nombre considérable de rapports, d'études et de propositions d'amélioration consacrés aux Cotorep depuis 1982, quatre ans après leur installation effective, témoigne, s'il en était besoin, que les problèmes rencontrés par ces institutions sont encore loin d'être résolus. La situation générale des Cotorep était d'ailleurs devenue tellement difficile au cours des dernières années que les ministères du travail et des affaires sociales et de l'intégration ont, en 1990, diligenté une enquête permettant d'établir un état des lieux exhaustif. Les résultats de cette enquête, qui viennent d'être publiés, sont éloquents et complètent les observations de la Cour, qu'il s'agisse des moyens mis à la disposition des Cotorep ou des modalités de leur fonctionnement.

a) Les moyens des Cotorep

Dans sa réponse aux observations de la Cour publiées au rapport public de 1982, le ministre du travail recensait, au 1er avril 1981, 1 085 agents affectés aux secrétariats des Cotorep, dont 512 venaient des DDTE et 573 des DDASS. En juillet 1991, leur nombre était presque inchangé : 1 232 agents (578 provenant des DDTE et 654 des DDASS) dont 132 étaient mis à disposition, essentiellement par les services départementaux, l'ensemble représentant 1 083 postes équivalent temps plein. C'est dire que l'Etat n'a pas consenti un effort exceptionnel en faveur de l'institution alors que, dans le même temps, le nombre global de dossiers examinés par les commissions passait de 450 000 en 1981 à plus de 690 000 en 1991. La situation des Cotorep est aggravée par le fait que les quatre cinquièmes des agents titulaires sont de catégorie C et D. Le recrutement des cadres A reste exceptionnel, l'essentiel de l'encadrement étant de catégorie B.

Dans les départements où elle s'est rendue, la Cour a été en mesure de constater les conséquences regrettables de cette situation. Dans le Rhône, par exemple, le nombre global de dossiers reçus par la Cotorep a augmenté de près de 38 % entre 1985 et 1990, mais le nombre de dossiers examinés n'a progressé que de 6 % car, au cours de la même période, le

31) Voir annexe 4.

nombre d'agents administratifs a diminué de 2,8 équivalents temps plein, soit 9,4 % du total des agents affectés à la commission ; en cinq ans, le ratio "nombre de dossiers reçus/nombre d'agents équivalents temps plein disponibles" dans le département a augmenté de 51 %.

L'insuffisance des moyens face à un accroissement notable de la charge de travail résultant du nombre de dossiers à traiter conduit fréquemment les services de l'Etat compétents - en l'espèce, les DDTE - à recourir à des procédés détournés pour renforcer les effectifs des secrétariats. Le plus fréquent consiste à recruter des personnels bénéficiant de contrats emploi-solidarité (CES) par l'intermédiaire d'une association-écran. En effet, aux termes des dispositions de l'article L 322-47 du code du travail, les services de l'Etat ne peuvent avoir recours eux-mêmes directement à cette formule, réservée pour l'essentiel aux associations et aux collectivités locales. C'est ainsi que dans le Rhône, la Cotorep a été renforcée, fin 1991, par douze CES grâce au truchement de l'association franco-américaine. Dans les Pyrénées-Atlantiques, le même système a été utilisé en 1992 avec la complaisance de l'association "Amicale des personnels de l'AFPA" pour permettre une accélération de l'informatisation de la commission.

L'insuffisance en personnel ne concerne pas que les secrétariats des Cotorep : elle est également patente au niveau de la composition des équipes techniques chargées de l'examen des dossiers. Ces équipes, auxquelles participent environ deux mille personnes, dont la moitié est composée de personnel médical, représentent en fait un équivalent de 400 postes à temps plein, ce qui est manifestement trop peu pour assurer, dans des délais raisonnables, une instruction satisfaisante des demandes permettant d'informer et de guider les commissions.

Dans le département du Nord, par exemple, l'équipe technique de la Cotorep se compose d'un effectif en équivalent temps-plein de 5,06 agents. Si l'on reporte à cet effectif le nombre de dossiers traités en 1991, chaque agent a en charge, à Lille, 4 768 dossiers, pour une moyenne nationale de 1 888.

Dès lors, l'examen des situations individuelles par les équipes techniques s'effectue dans des conditions peu satisfaisantes. La difficulté de réunir tous les spécialistes d'une même équipe conduit à donner à l'instruction la forme d'une juxtaposition d'avis plutôt que celle d'une appréciation d'ensemble du dossier. De plus, alors que le point de vue médical prévaut souvent dans le poids des décisions de la première section au regard de celui du représentant de l'ANPE ou de l'AFPA, les praticiens vacataires s'impliquent peu en deuxième section. Les bilans de santé sont souvent, de ce fait, sommaires et il est rarement fait recours à des spécialistes.

Le travail en autarcie des techniciens de certaines Cotorep, qui ne parviennent pas à développer de bonnes relations partenariales, est également critiquable. La Cour déplore d'autant plus toutes ces carences que, compte tenu du nombre de dossiers inscrits à l'ordre du jour de chaque réunion - à la Cotorep du Maine-et-Loire, il peut atteindre plusieurs centaines en deuxième section - l'obligation expressément prévue par la loi de convoquer aux séances de la commission la personne handicapée ou son représentant n'est à peu près jamais respectée, avec tous les risques de dérives, voire de fraudes, qu'une telle situation peut entraîner. Les pratiques, à cet égard, varient selon les départements. De manière générale, la personne handicapée n'est convoquée que si elle exprime formellement le souhait d'être entendue ou si elle a déposé un recours gracieux. Il arrive aussi que la convocation ait lieu lorsque certains types de demandes sont formulés : ainsi, dans le Rhône, sont systématiquement convoquées en première section les personnes qui sollicitent une formation professionnelle, ou, dans le Doubs, celles qui réclament l'attribution d'une AAH au titre de

l'article 35-II de la loi de 1975. Seule la Cotorep de la Lozère convoque dans chaque section tous les handicapés qui ont déposé un dossier. Pour louable qu'il soit, ce strict respect de la loi peut s'expliquer par le nombre relativement restreint de demandes formulées dans ce département à faible population.

Par ailleurs, alors que la loi de 1975, précisée ultérieurement par divers autres textes au nombre desquels figure une très importante circulaire du 25 mai 1984, insistait sur l'unicité des secrétariats et des équipes techniques, seule garantie pour les handicapés de voir leur situation examinée de manière globale, en 1991, plus d'un quart des Cotorep ne possédait toujours pas de secrétariat commun aux deux sections les composant : le cas a pu être observé notamment dans les Pyrénées-Atlantiques. En outre, les deux tiers des commissions n'ont pas d'équipe technique unique alors que cette formule était expressément recommandée par la circulaire précitée. Dans un certain nombre de départements, tels que le Doubs, la Lozère, le Maine-et-Loire, le Nord ou le Val-de-Marne, il existe bien une équipe technique mais seulement par section avec, il est vrai, des réunions communes lorsque cela se révèle nécessaire. La Cour a pu également constater qu'étaient parfois créées des équipes techniques spécifiques, constituées en fonction de tel ou tel type de dossier à traiter. Dans le Calvados, l'équipe technique comprend au minimum quatre formations - 1ère section, 2ème section, orientations en CAT, cas spécifique des handicapés mentaux -. Dans les Pyrénées-Atlantiques, il y a deux équipes techniques en première section dont l'une ne traite que des problèmes liés aux CAT et, en deuxième section, une équipe qui ne se réunit que pour examiner les demandes d'attribution de cartes d'invalidité.

Enfin, dans un souci d'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers, la circulaire du 25 mai 1984 avait prévu, d'une part une réorganisation de l'équipe technique par la constitution d'un noyau de base permanent composé de quatre membres, dont la responsabilité et l'animation étaient confiées à un médecin coordonnateur, et, d'autre part, la mise en place, dans chaque Cotorep, d'un service d'accueil spécialisé pour les handicapés. Près de dix ans plus tard, force est de constater que la moitié des Cotorep environ ne disposent toujours pas de médecin coordonnateur - seuls le Nord et le Rhône, dans les départements visités par la Cour, en possèdent un - et qu'un quart d'entre elles n'ont pas organisé de service d'accueil : celles du Morbihan et du Val-de-Marne, notamment, sont dans ce cas.

S'agissant des bâtiments, le ministre du travail, répondant aux observations de la Cour au rapport public de 1982³², notait qu'"un effort important a été consenti entre 1978 et 1981 pour doter chaque Cotorep d'un local individualisé. Dans toute la mesure du possible, le choix des locaux achetés, loués ou mis à disposition a tenu compte des particularités de leur affectation : accueil en rez-de-chaussée, rampes d'accès, éventuellement cabinet médical. Dans deux départements seulement la Cotorep ne dispose pas d'un local commun pour la 1ère et la 2ème section : Seine-Saint-Denis et Charente".

La situation décrite ne s'est apparemment pas améliorée. Sans même parler du cas spécifique de la Cotorep de Paris, éclatée sur au moins quatre sites - ce qui s'oppose à toute informatisation - un cinquième des Cotorep restent non conformes aux normes d'accessibilité comme la Cour a pu le constater, par exemple, dans le Calvados. De plus trop nombreuses sont encore celles qui ne disposent pas d'un local d'accueil adapté aux personnes handicapées ; l'enquête de la Cour a montré que tel est le cas dans le Calvados, le Doubs ou le Val de Marne.

32) p. 207.

Enfin, l'informatisation des Cotorep, engagée en 1986 et dont l'achèvement est prévu théoriquement en 1993, a connu de très sérieuses vicissitudes. Au moment où la Cour a effectué son enquête, 27 sites étaient encore équipés en matériel SFENA, société rachetée en 1987 par la société GOUPIL qui, elle-même, a déposé son bilan. La plupart des autres sites, à l'exception notable de Paris pour les raisons évoquées plus haut, étaient équipés de matériel BULL. Le matériel d'origine (DPX 2000) de cette société ayant été abandonné au profit d'un équipement plus performant, mais aussi plus coûteux, la généralisation de l'informatisation en a souffert. Un problème sérieux subsiste par ailleurs dans les Cotorep équipées de matériel BULL : l'édition automatisée des cartes d'invalidité et la production des statistiques ne sont toujours pas réalisées.

L'échec de l'informatisation de la Cotorep du Rhône (voir encadré ci-après), dont les conséquences financières sont substantielles, même si elles n'ont pu, au vu des documents produits, être chiffrées avec précision, est révélateur de l'insuffisance manifeste des études préalables et surtout d'un défaut de suivi par les directions centrales concernées du ministère, chaque Cotorep se trouvant ainsi livrée à elle-même avec tous les aléas que cela suppose.

De même, dans le Nord, l'informatisation n'a eu aucune répercussion sensible sur le délai de traitement des dossiers, pas plus qu'elle n'a limité l'accumulation des dossiers-papier, toujours obligatoirement détenus par la Cotorep. Cette précaution s'est d'ailleurs révélée utile, les données statistiques du premier semestre 1990 ayant été accidentellement détruites.

LES DIFFICULTES DE L'INFORMATISATION D'UNE COTOREP

Les avatars constatés dans l'informatisation de la Cotorep du Rhône illustrent clairement les difficultés rencontrées en la matière.

La première application informatique utilisant une unité de traitement local SFENA a été implantée en décembre 1987. Dès janvier 1988, des incidents de programme et des pannes ont eu lieu lors de la saisie du fichier "historique", puis se sont poursuivis lors du traitement de la gestion courante des dossiers, en octobre 1989, sans que l'administration centrale du ministère du travail, pourtant alertée à plusieurs reprises, se décide à prendre des mesures efficaces. La Cotorep a été alors contrainte de revenir aux procédures manuelles, abandonnées quelques mois plus tôt.

Au début de l'année 1990, la décision a été prise d'installer du matériel BULL et, après transfert des fichiers et formation des agents, le système est entré en exploitation en décembre de la même année, avec 18 écrans et deux imprimantes. Après huit mois d'utilisation, le bilan dressé par le DDTE montre que non seulement le système d'édition fonctionne mal, mais que la puissance du matériel elle-même est insuffisante. L'application, par ailleurs, est limitée au traitement administratif des dossiers et ne concerne pas l'aspect médical ou le travail de l'équipe technique ; le module statistique ne répond pas aux nécessités d'un tableau de bord local ; le module "suivi des placements" n'est pas utilisé faute de savoir-faire, et il n'y a pas de gestion d'instance des dossiers en attente. L'échec de la deuxième application est donc patent et ne peut être résolu, selon le directeur régional du travail, que par un nouveau changement de matériel sur lequel, à ce jour, le ministère ne s'est toujours pas prononcé.

b) Le fonctionnement des Cotorep

Les difficultés rencontrées par les Cotorep en termes de moyens humains et techniques ne sont pas de nature à favoriser le bon fonctionnement de l'institution.

L'un des problèmes essentiels rencontrés est celui de la surcharge de travail qui, dans bon nombre de cas, résulte moins d'ailleurs de l'augmentation naturelle du flux annuel de dossiers à examiner que de la tendance, déjà décrite, consistant à solliciter les aides mises en place par la loi du 30 juin 1975 - notamment l'allocation aux adultes handicapés et l'allocation compensatrice - de préférence à celles des régimes obligatoires de la sécurité sociale. Les tableaux ci-dessous montrent l'évolution de la charge de travail de 1982 à 1991.

STATISTIQUES COTOREP DOSSIERS EXAMINES 1ERE ET 2EME SECTIONS 1982-1991

	Section n° 1	%	Section n° 2	%	Article 27 fontion publique	%	TOTAL
1982	90870	19,2	377348	79,6	5914	1,2	474132
1983	97280	18,4	424236	80,4	6411	1,2	527927
1984	106242	19,64	426973	79,2	6197	1,1	539412
1985	104801	19,3	432640	79,6	6444	1,1	543, 885
1986	120538	21,1	446245	77,9	6169	1	572952
1987	107915	18	486595	81,1	5355	0,9	599865
1988	117915	18,8	507645	81,2	N.C.		625639
1989	138470	21,5	507956	78,5	N.C.		646426
1990	144065	21,7	521184	78,3	N.C.		665249
1991	158034	22,9	532519	77,1	N.C.		690553

Source : Délégation à l'Emploi - La situation des Cotorep de 1982 à 1991
(décembre 1992)

DECISIONS D'ORIENTATION

1982-1991 - 1ERE SECTION

	Milieu ordinaire		C.A.T.	%	A.P.	%	% total Ets. Protégés	Formation	%	TOTAL
1982	24 292	42,17	15550	27	5717	10	36,92	12041	20,9	57600
1983	25 860	42,76	17880	29,5	5022	8,3	37,88	11705	19,35	60467
1984	24 847	39,7	19074	30,53	6425	10,28	40,8	12119	19,4	62465
1985	26 716	43,68	17443	28,51	5933	9,69	38,2	11085	18,1	61177
1986	34 355	48,46	18452	26	6211	8,76	34,78	11872	16,75	70900
1987	29 461	45,79	17590	27,27	3818	5,92	33,2	13611	21,1	64480
1988	31 037	46,02	19848	29,43	3940	5,84	35,27	12616	18,7	67441
1989	29 740	46,43	17789	27,77	4792	7,48	35,25	11732	18,31	64053
1990	28 997	41,12	22461	31,84	5810	8,23	40,08	13265	18,8	70533
1991	32 112	43,51	22885	30,75	5524	7,42	38,5	13274	18	74406
Moyennesur 10 ans		44		28,9		8,19	37		19	

Source : Délégation à l'Emploi - La situation des Cotorep de 1982 à 1991 (décembre 1992).

**DECISIONS D'ATTRIBUTION DES ALLOCATIONS ET CARTES D'INVALIDITE
1982-1991 2EME SECTION**

	A.A.H. Attribution	Allocation compensatrice	Allocation logement	Cartes d'invalidité
1982	140846	61264	6288	108836
1983	145277	77588	7597	120268
1984	129778	76425	7686	119851
1985	146524	56141	6127	111773
1986	150475	130407	8275	139658
1987	146869	66539	6811	NC
1988	140187	72912	6293	143883
1989	122051	76014	7561	164129
1990	124360	82021	7995	168600
1991	117974	91339	9365	167354

Source : Délégation à l'Emploi - La situation des Cotorep de 1982 à 1991 (décembre 1992).

Première conséquence de cette situation, l'obligation fixée par l'article D323-3-13 du code du travail, qui prévoit au moins deux réunions annuelles de la Cotorep en séance plénière, n'est pratiquement plus respectée. A Besançon, Lyon et Pau, la commission ne se réunit plus. A Angers, elle ne se réunit qu'une fois tous les trois ans, et une seule réunion annuelle continue d'être observée à Colmar et à Vannes.

Seconde conséquence, les délais d'instruction des dossiers par les Cotorep sont toujours démesurément longs alors que, parallèlement, le temps d'examen consacré à chaque dossier est souvent excessivement court et peu compatible avec une approche sérieuse des besoins réels des intéressés. Selon l'enquête précitée sur les Cotorep diligentée à l'initiative des ministères sociaux, "les délais les plus longs entre le dépôt de la demande et la notification de la décision ont trait à l'orientation professionnelle. Les plus courts concernent la reconnaissance de travailleur handicapé, l'attribution de l'AAH et la carte d'invalidité". Cette constatation n'est pas particulièrement rassurante. Les investigations menées sur place par la Cour et les chambres régionales des comptes ont permis de faire apparaître que, dans le cadre de la première section de la Cotorep, il fallait de trois à six mois pour obtenir la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, et de trois à neuf mois pour obtenir une décision d'orientation. En deuxième section, le délai d'attribution d'une AAH varie de un à huit mois, celui d'une AC de un à douze mois - avec parfois des délais atteignant dix-huit mois, comme en Martinique -, la délivrance d'une carte d'invalidité exigeant également de un à douze mois ; les délais les plus longs peuvent résulter, comme on a pu l'observer dans le Doubs, d'une politique volontairement restrictive de la Cotorep qui s'efforce, par ce moyen, de décourager les demandes quasi-systématiques de cartes d'invalidité, eu égard à la multiplicité des avantages attachés à ces dernières.

Dans l'ensemble des départements visités, les retards observés sont pris dès l'ouverture du dossier, notamment lorsqu'il y a saisie informatique, puis interviennent les délais d'examen de pièces, de visite médicale ainsi que la procédure devant la commission elle-même. Aux délais externes, viennent ainsi se superposer ceux propres à la COTOREP, liés à l'informatisation et au service médical. Il est, à cet égard, inquiétant de constater que les délais des traitements des dossiers se sont globalement dégradés alors que, parallèlement, les mesures de simplification prévues par la circulaire du 25 mai 1984 : procédures simplifiées

de traitement des dossiers, recours à des procédures d'urgence, modulation des délais de révision en fonction du type de décision pris, sont pourtant généralement mises en oeuvre par les Cotorep, mis à part le cas de la Lozère où le nombre de dossiers à examiner reste, on l'a vu, relativement peu important.

Il faut ajouter que l'annonce relativement fréquente et régulière d'une réforme en profondeur des Cotorep - ainsi que de la loi de 1975, quand ce n'est pas celle de 1987 - n'est sans doute pas de nature à motiver particulièrement les personnels des secrétariats, pas plus que celui des équipes techniques.

Les défaillances dans l'efficacité et le suivi des décisions prises par les commissions appellent également des critiques. En première section, bien que la plupart des Cotorep s'efforcent de tenir compte des potentialités virtuelles des personnes handicapées, l'orientation a fréquemment lieu "par défaut", c'est-à-dire que l'on tend à prendre davantage en considération la structure qui est en mesure d'accueillir immédiatement la personne handicapée que celle qui convient réellement à ses possibilités d'insertion professionnelle et sociale. Sont ainsi créées artificiellement certaines "inadéquations", comme dans le Maine-et-Loire, les Pyrénées-Atlantiques ou le Rhône. Le développement du milieu protégé, et notamment celui des CAT, ne peut guère s'expliquer autrement, les files d'attente pour l'entrée dans ces établissements croissant, on l'a vu, à mesure qu'augmente le nombre de places qui y sont créées. Il est certain que, par ailleurs, la conjoncture économique se prête assez peu à l'orientation en milieu ordinaire de production d'une population globalement victime de son absence à peu près totale de formation, à laquelle on a vu que le dispositif mis en place en la matière n'était guère en mesure de répondre.

L'attention de la Cour a été également attirée par les difficultés que rencontrent les Cotorep et leurs équipes techniques pour apprécier le taux du handicap. L'incapacité permanente de 80 % dont dépend, notamment, l'attribution de l'AAH, ou l'estimation, en vue de l'octroi de l'allocation compensatrice, de la perte d'autonomie qui entraîne la nécessité de recourir à une tierce personne sont appréciées par rapport à un barème qui est celui du code des pensions militaires d'invalidité ou des victimes de guerre. Or, ce barème, déjà quasiment inapplicable à un important groupe de bénéficiaires potentiels, celui des handicapés mentaux, est manifestement devenu inadapté pour l'ensemble, ce qui a rendu urgente sa révision. Celle-ci a été confiée, en octobre 1987, à un groupe de travail qui n'a pas été en mesure de proposer un barème unique du handicap. A donc seulement été établi un projet de guide-barème des déficiences, fondé sur l'approche du handicap introduite par la classification internationale de l'organisation mondiale de la santé et fixant divers taux d'incapacité selon l'importance de la déficience ou celle des incapacités fonctionnelles.

Le projet a été soumis aux trois Cotorep de l'Aisne, des Hauts-de-Seine et de Seine-Maritime pour être expérimenté par les médecins au sein des équipes techniques. En fait, l'expérimentation a été faite dans des conditions contestables puisqu'elle n'a pas été réalisée en vraie grandeur - trois commissions ne constituent pas un échantillon représentatif - et que, par ailleurs, aucun test financier n'a été effectué. Il en résulte une grande incertitude quant aux effets du barème sur la procédure d'attribution des allocations, notamment celle de l'AAH octroyée au titre de l'article 35-II de la loi de 1975. C'est seulement en décembre 1991, après cette période de test que sont venues prolonger deux années d'attente que le projet a été présenté aux associations. Son approbation par décret n'est pas encore intervenue. La mise en application des dispositions qu'il comporte devrait être précédée par des actions de formation des médecins pour lesquelles rien ne semble avoir été prévu. La Cour ne peut

que relever, avec regret, le retard pris par la procédure de révision du barème et le caractère insuffisant de l'expérimentation qui en a été faite.

Les défauts constatés dans le fonctionnement des Cotorep seraient sans doute atténués si les institutions créées pour assister les commissions étaient vraiment opérationnelles. Or, tel n'est pas véritablement le cas.

2° LE CARACTERE PEU OPERATOIRE DES MECANISMES D'ORIENTATION ET DE SUIVI

a) Les centres de préorientation (CPO)

La loi du 30 juin 1975 avait prévu que l'intervention des Cotorep pouvait être accompagnée, en amont, par l'action de centres de préorientation³³, conçue comme un moyen de les éclairer sur l'orientation des travailleurs handicapés dont les cas n'avaient pu être résolus par l'équipe technique. Or, il a fallu attendre un décret du 18 décembre 1985, soit plus de dix ans après la promulgation de la loi d'orientation, pour que ces centres fassent l'objet d'une réglementation d'ensemble, aujourd'hui regroupée dans les articles R 323-33-1 à R 323-41-5 du code du travail. Encore la Cour a-t-elle constaté que leur organisation et leur fonctionnement ne sont pas exempts de critiques.

Tout d'abord, sur un plan réglementaire, les centres de préorientation sont soumis exactement aux mêmes règles d'agrément et de prise en charge des frais de stage que les centres de rééducation professionnelle auxquels ils sont assimilés pour les règles de fonctionnement. La lourdeur du dispositif affectant ces derniers³⁴ ne les épargne donc pas.

Ensuite, en dépit de l'intervention tardive du décret de 1985, c'est en 1989-1990 seulement que la plupart des centres de préorientation existants ont fait l'objet de décisions d'agrément. Compte tenu des difficultés de toute nature rencontrées par les Cotorep dans leur activité d'orientation, il est pour le moins regrettable que quinze ans aient été nécessaires pour institutionnaliser une structure considérée comme décisive pour l'analyse des cas particulièrement difficiles.

Enfin, tout comme les centres de rééducation professionnelle avec lesquels ils sont fréquemment jumelés, comme à Lyon ou à Mulhouse - la même association assurant généralement la gestion des deux structures - les centres de préorientation ne couvrent pas la totalité du territoire national. Au nombre de 24, offrant un peu plus de 600 places permanentes qui représentent, sur la base d'une durée moyenne de stage de huit semaines, une capacité d'accueil de 3 700 stagiaires par an environ, les centres existants sont répartis très inégalement, eu égard à la situation démographique des régions dans lesquelles ils sont implantés. C'est ainsi que deux centres seulement fonctionnent en Ile- de-France (pour 10 millions d'habitants), alors que la région des Pays de la Loire en compte trois, dont deux dans le seul département de la Sarthe.

Cette répartition quelque peu incohérente, aggravée par le fait qu'une dizaine de régions sont dépourvues de centres, aboutit, compte tenu du dispositif d'ensemble prévu pour l'orientation des handicapés, à des situations critiquables. La mission précise et limitée des centres de préorientation étant l'accueil des travailleurs handicapés dont l'équipe technique n'a pu résoudre les difficultés d'orientation, l'étendue des besoins réels demeure subordonnée aux appréciations portées par les équipes techniques des Cotorep, qui se déterminent elles-mêmes en fonction de l'offre de préorientation existante. Il ne semble pas d'ailleurs, en dépit

33) Voir annexe 11.

34) Voir ci-dessus, Ière partie, A, 1°, p. 21.

de cette situation, que l'administration centrale du ministère du travail soit particulièrement préoccupée par l'activité de ces structures d'accueil, si l'on excepte toutefois la délégation à la formation professionnelle où leur rôle est jugé nettement positif. Cependant, l'action qu'elles peuvent avoir ne prend réellement son sens que si, en aval, les Cotorep sont en mesure de consacrer, dans leurs décisions, des orientations utiles ; à défaut, c'est tout le dispositif qui doit être remis en cause.

La question de l'existence des centres de préorientation mérite donc d'être posée. Dans certains départements, comme le Morbihan, le problème de l'ouverture éventuelle d'un centre n'a jamais été soulevé, dans la mesure où des politiques de substitution volontaristes ont été mises en place. En particulier, la direction départementale du travail de Vannes estime que l'action des centres de préorientation ne doit pas concurrencer les actions spécifiques de l'ANPE ou de l'AFPA et, dès lors, privilégie les formations dispensées sur le plan local par ces deux organismes. Seules sont adressées aux centres de préorientation extérieurs au département les personnes présentant des problèmes particuliers, notamment médicaux - traumatisés crâniens, par exemple - ou sociaux - nécessité d'éloigner le handicapé de sa famille.

b) Les équipes de préparation et de suite du reclassement

Nées du même texte que celui qui instituait les centres de préorientation dans la loi du 30 juin 1975 (aujourd'hui, article L 323- 11 du code du travail), les équipes de préparation et de suite du reclassement (EPSR), créées pour fonctionner en liaison avec les Cotorep et avec l'ANPE, et qui ont pour mission essentielle d'apporter un soutien aux personnes handicapées en milieu ordinaire de travail, relèvent de dispositions statutaires et de modalités de financement critiquables.

Bien que l'article R 323-33-13 du code du travail dispose "qu'une ou plusieurs EPSR sont constituées dans chaque département", ce qui tend à montrer l'importance que les pouvoirs publics attachent à cette institution, une quinzaine de départements restent, à l'heure actuelle, dépourvus d'EPSR. Parmi ceux où la Cour a eu l'occasion de se rendre, les Pyrénées-Atlantiques constituent un exemple de cette situation. Deux tentatives de création d'EPSR privées y ont successivement échoué. En juin 1992, un nouveau dossier a été adressé à la délégation à l'emploi en vue de l'agrément d'une EPSR privée dont le financement devait être assuré pour partie par l'Etat et pour partie par le conseil général. Il est toutefois permis de s'interroger sur les chances de succès de cette nouvelle démarche dans la mesure où, au moment de l'enquête de la Cour, l'association gestionnaire de l'EPSR n'avait toujours pas été créée - sa constitution était subordonnée à l'agrément du projet par le ministère du travail - et où, d'autre part, la subvention du conseil général dépendait de l'acceptation de l'Etat de s'engager financièrement. Or, comme on le verra, la prise en charge par l'Etat d'une partie du budget d'une EPSR privée n'intervient que si la structure peut justifier qu'elle autofinance au moins 25 % de ce budget. Dans ces conditions, chaque interlocuteur risque d'attendre que l'autre remplisse ses engagements pour prendre lui-même position.

Le fait que tous les départements ne soient pas encore dotés d'au moins une EPSR a des conséquences regrettables. Tant que le territoire n'est pas intégralement couvert, en effet, le ministère du travail se montre très réticent pour agréer de nouvelles équipes - même si leur mise en place est justifiée - venant renforcer celles qui existent déjà. Ainsi, le département du Maine-et-Loire ne parvient-il pas à faire agréer une EPSR privée pour malades mentaux, et celui du Nord, qui ne dispose que d'une équipe - dont les résultats sont d'ailleurs remarquables - implantée à Lille est-il très démuni, car le champ d'action de l'EPSR ne

couvre pas l'Est du département, notamment, qui n'est doté d'aucune structure de reclassement ou d'accompagnement.

Dans les faits, l'institution revêt deux formes : l'EPSR peut être publique - elle est alors créée à l'initiative du directeur départemental du travail par décision concertée de la délégation à l'emploi et de la direction générale de l'ANPE - ou privée - et, dans ce cas, sa création et sa gestion résultent de l'initiative d'un organisme, généralement une association agréé par le préfet -.

Dans le cadre de ses investigations, la Cour a été en mesure de connaître de l'activité de six EPSR privées - Calvados, Doubs, Lozère, Morbihan, Nord et Rhône - et de trois EPSR publiques - Haut-Rhin, Maine-et-Loire et Rhône, avec un embryon d'EPSR -.

Qu'elle soit publique ou privée, l'institution a le même rôle - accompagner la réinsertion professionnelle du travailleur handicapé en milieu ordinaire de travail - et elle est censée disposer des mêmes moyens. Sur ce dernier point, il n'en est rien. Les moyens humains sont en effet très différents selon qu'il s'agit d'EPSR privées ou publiques. En 1991 déjà, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) relevait que la moyenne des effectifs des EPSR privées était probablement le double de celle des EPSR publiques, avec une plus grande pluri-disciplinarité et, surtout, une plus grande souplesse de gestion permettant, grâce à des rémunérations plus attractives, des embauches ou des remplacements plus rapides.

Les observations générales de l'IGAS ont été corroborées par celles de la Cour dans les départements visités par elle. Les EPSR publiques du Rhône, du Haut-Rhin et du Maine-et-Loire étaient, au moment de l'enquête, composées respectivement d'un agent pour la première, et de trois agents pour les deux autres. Par comparaison, les moyens humains des équipes privées offrent à ces dernières davantage de possibilités d'action : quatre personnes dans le Doubs et en Lozère, cinq dans le Nord et dans le Rhône, six dans le Morbihan, et cinq - du moins théoriquement - dans le Calvados. Dans ce dernier département, pourtant, il a été observé qu'aux cinq postes à temps plein - qui correspondent à l'effectif maximal autorisé par une circulaire du ministère du travail du 3 mai 1979 - s'ajoutaient des personnels vacataires ainsi qu'un poste d'employé administratif au titre des contrats emploi-solidarité. De même, la confusion entretenue à Caen entre l'EPSR et l'association qui la gère : la Fédération pour la préparation et la suite du reclassement (FPSR), qui est elle-même un groupement d'organismes traitant de la réinsertion des personnes handicapées, ménage, semble-t-il, à l'EPSR un volant de personnel supplémentaire sous couvert d'actions confiées à la Fédération. Une convention passée entre l'EPSR et la FPSR permet en effet à cette dernière de disposer, dans le cadre du "crédit formation individualisé", d'un emploi qui, en fait, revient peu ou prou à l'équipe.

Le déséquilibre actuel constaté au détriment du secteur public risque encore de s'aggraver, d'abord en raison de la restriction généralisée des effectifs dans l'administration, qui rend de plus en plus hypothétique la recherche d'agents motivés auprès tant des directions du travail que de l'ANPE, et ensuite du fait de la mise en place, depuis quelques années, d'associations relais fréquemment financées par l'AGEFIPH³⁵, et composées de personnels d'origine, de statuts et de rémunérations différents. Des organismes tels que l'Association Prométhée, qui a des ramifications dans plusieurs départements en dehors de celui - les Côtes d'Armor - où elle a vu le jour, poursuivent, généralement avec succès grâce à l'action de leurs équipes pluridisciplinaires, un double objectif (placer les handicapés en milieu ordinaire de travail et permettre la pérennisation du poste de travail par un suivi réel des personnes

35) Voir plus haut, Ière partie, D, 2°, p. 56.

placées) qui s'inscrit dans une approche globale à la fois de la personne handicapée et de son environnement socio-économique et culturel. Un peu partout en France, des opérations d'insertion des handicapés voient le jour - OHE en Isère, ESPRITH en Midi-Pyrénées, VIAH en Anjou, DEFIIH en Ile-de-France etc. -. Leur succès même concurrence les EPSR, étant observé cependant que ces opérations permettent, grâce aux moyens qu'elles mobilisent, d'insérer les personnes les plus productives, le cas des autres, beaucoup plus difficile à résoudre, étant laissé aux EPSR.

Cet ensemble de facteurs conduit à s'interroger sur la pérennité des EPSR publiques. Leur nombre atteint la cinquantaine, mais toutes les structures en place ne fonctionnent pas de façon opérationnelle : la mission précitée de l'IGAS estimait que 39 EPSR publiques seulement étaient réellement en activité au début de l'année 1991. Par ailleurs, depuis 1986, moins de cinq EPSR publiques ont été créées, signe manifeste de la crise affectant ce type d'institution.

Aux difficultés qui précèdent, viennent s'ajouter les problèmes issus du caractère incohérent du financement des EPSR.

Les structures publiques ne disposent pas de crédits spécifiques et fonctionnent grâce aux moyens mis à leur disposition par l'ANPE et les services extérieurs de l'emploi et des affaires sociales. Aussi bien le coût exact de ce fonctionnement est-il généralement ignoré et fait seulement l'objet d'estimations : en 1991, le coût de l'EPSR du Haut- Rhin était évalué à 0,5 million de francs, et celui de l'EPSR de Maine- et-Loire à 0,6 million de francs, mais on ne peut exclure que ces chiffres soient sensiblement inférieurs à la réalité.

Les EPSR privées agréées peuvent, de leur côté, être subventionnées à hauteur de 75 % de leur budget par l'Etat, dès lors qu'elles sont en mesure de justifier qu'elles ont préalablement collecté des crédits permettant de couvrir le solde de 25 %. Ce financement, que vient compliquer un système d'avances annuelles sur le montant pris en charge par l'Etat, n'est pas satisfaisant. Bien que certaines équipes privées parviennent à fonctionner sans solliciter la subvention de l'Etat au taux plafond de 75 %, voire même, dans certains cas exceptionnels, à vivre sur leurs seuls fonds propres, le financement des trois quarts du budget de la plupart des EPSR privées est public et, bien souvent d'ailleurs, le dernier quart l'est aussi. Il est en effet généralement alimenté soit par des participations des caisses de sécurité sociale, donc par des fonds résultant de cotisations légalement obligatoires - l'EPSR privée de la Lozère, par exemple, est gérée par la caisse de mutualité sociale agricole de Mende qui finance 25 % de son budget - soit par des subventions des collectivités locales, soit par l'Etat lui-même intervenant dans un cadre conventionnel par l'intermédiaire de ses services déconcentrés. C'est ainsi par exemple que l'EPSR du Calvados effectue un certain nombre de prestations extérieures lui permettant de réaliser une partie de son autofinancement : il s'agit notamment de services rendus à des organismes de formation intervenant en faveur des personnes handicapées, et que l'on retrouve parmi les structures de formation financées par l'Etat dans le cadre des actions d'insertion et de formation (AIF), voire même de l'organisation directe dans le cadre de ces actions, de stages d'insertion professionnelle en entreprise financés à 100 % sur les crédits du Fonds national de l'emploi. Au total, l'Etat a ainsi couvert, en sus de sa participation directe de 75 %, une proportion supplémentaire de près de 8 % du budget de fonctionnement de l'EPSR privée de Caen en 1991.

Comme il n'est pas rare, de surcroît, que certaines EPSR privées soient insérées dans un cadre d'action plus large - là encore, l'exemple du Calvados est significatif - il est pratiquement impossible de suivre avec exactitude le jeu des financements croisés. L'inégalité est plus criante encore dès lors qu'intervient l'AGEFIPH, qui s'interdit de financer

les équipes publiques, mais octroie des crédits, dont le montant est loin d'être négligeable, à toute structure d'insertion privée avec laquelle elle a conclu un contrat d'objectifs. Tel est le cas dans le Morbihan où l'intervention de l'AGEFIPH dépasse 25 % du budget de l'EPSR ; tel est le cas également dans le Doubs où le contrat d'objectifs, qui permet à l'EPSR d'obtenir annuellement près de 500 000 francs, soit 25 % de son budget, suppose néanmoins que celle-ci élargisse ses compétences traditionnelles pour organiser des sessions de redynamisation au profit de soixante travailleurs handicapés afin de favoriser le placement d'au moins quinze d'entre eux en milieu ordinaire de travail. Il apparaît ainsi que la recherche par les EPSR privées du financement de 25 % de leur budget, au minimum, constitue parfois pour elles une contrainte de nature à peser sur leur activité.

Si, globalement, les budgets des EPSR privées sont considérablement plus importants que ceux des équipes publiques - les budgets prévisionnels 1992 étaient de l'ordre de 1,6 million de francs dans le Calvados, 2,03 millions de francs dans le Doubs, 1,9 million de francs dans le Morbihan, 2,2 millions de francs dans le Rhône - il n'est pas évident, pour autant, que les crédits délégués par l'Etat aux structures privées fassent l'objet d'une utilisation optimale : les performances des EPSR sont, en effet, relativement hétérogènes et, bien que leur coût ne soit pas comparable, il n'est pas certain que les équipes privées soient plus opératoires que les équipes publiques. Dans les départements visités, la Cour a pu noter que les résultats des EPSR publiques, en dépit de leurs moyens limités, atteignaient un niveau satisfaisant : à Angers, 225 personnes avaient pu être placées en milieu ordinaire entre 1989 et 1991 ; à Colmar, plus de 50 % des personnes confiées à l'EPSR en 1991 avaient fait l'objet d'une action d'insertion.

En ce qui concerne les EPSR privées, les résultats sont inégaux. Il convient de mettre à part, comme exceptionnels, les très bons résultats atteints par une équipe privée : ATLAS, créée en 1990 dans le Morbihan et qui affiche un taux de placement en milieu ordinaire tout à fait remarquable - au titre de 1990, 1991 et 1992, il a concerné respectivement 104, 151 et 215 personnes handicapées, avec un pourcentage de contrats de travail à durée indéterminée de l'ordre de 33 % la première année, de 46 % la deuxième, et de 52,4 % la troisième -. Dans d'autres cas, comme celui de l'EPSR du Val-de-Marne - qui, il est vrai, exerce ses compétences dans un département durement touché par la crise de l'emploi - les résultats sont plus incertains : le rapport d'activité de cet organisme pour 1991 fait apparaître que sur les 452 personnes qui ont été en relation avec elle au titre de cette année, et sur 269 prises en charge, seules 128 ont bénéficié d'un placement, dont 28 en milieu protégé - ce qui est, en principe prohibé -. Sur les 100 placements en milieu ordinaire, 21 sont des contrats de retour à l'emploi ou de solidarité. De plus, l'analyse de l'origine des demandes fait ressortir que seules 36 personnes traitées par l'EPSR sont issues d'une procédure Cotorep.

Compte tenu de tous ces éléments, la distinction entre EPSR publiques et EPSR privées apparaît aujourd'hui dépourvue de signification. Ni les résultats, ni les modes de financement ne justifient la pérennisation de deux structures à la vocation identique, mais aux moyens d'existence profondément inégaux. Fondre dans un même ensemble les EPSR actuellement séparées entre structures privées et structures publiques présenterait sans doute l'avantage de créer une synergie entre les différents acteurs impliqués dans la politique de l'emploi, de rééquilibrer l'utilisation des crédits, d'alléger la procédure d'agrément et de conventionnement des structures privées et d'officialiser une prise en charge des frais de fonctionnement permettant d'éviter le recours à des moyens détournés pour financer une partie des budgets. Cette fusion permettrait peut-être également de résoudre le problème du suivi et du reclassement professionnel des malades mentaux - du moins, lorsqu'ils sont stabilisés - que la circulaire précitée du 3 mai 1979, qui paraît aujourd'hui dépassée, recommandait de ne pas confier aux EPSR. Elle pourrait avoir aussi pour avantage de mettre fin à la compétition que se livrent les deux types de structures pour afficher les meilleurs résultats possibles, ce qui les conduit à des pratiques contestables au regard des textes qui les régissent : fréquents sont en effet les placements qu'effectuent les EPSR en milieu protégé, alors précisément que la vocation de ces institutions est le suivi et l'accompagnement des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail.

L'expérience mérite d'être tentée : rendues à leur vocation initiale, dégagées des contraintes administratives, les EPSR restent encore, à l'heure actuelle, l'un des moyens les plus efficaces pour favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées .

B. - UN CADRE REGLEMENTAIRE ANARCHIQUE ET CONTRAIGNANT, PEU ADAPTE A UN PILOTAGE EFFICACE DES ACTIONS ENTREPRISES

La Cour a déjà eu l'occasion de dénoncer le foisonnement excessif de la réglementation consacrée à la politique suivie en faveur des personnes handicapées . La situation n'a fait que s'aggraver au fil des ans et le cadre réglementaire, déjà complexe à l'origine, s'est progressivement stratifié au fur et à mesure de la publication de nouveaux textes, à laquelle ne correspond pas nécessairement, d'ailleurs, un allègement des dispositions anciennes. Le dispositif réglementaire dans lequel s'inscrit ainsi la politique d'insertion professionnelle et sociale des personnes handicapées constitue davantage un carcan qu'un moyen de gestion souple et efficace.

A l'occasion de son enquête, la Cour a été conduite à procéder à un recensement des textes existants et en a relevé, toutes catégories confondues, plusieurs centaines, sans être

absolument sûre d'avoir été totalement exhaustive. Cet ensemble est malheureusement loin d'être toujours vraiment cohérent. Par exemple, l'article R 323-97 du code du travail, toujours en vigueur, renvoie à une disposition législative, l'article L 323-13, qui a été abrogée par la loi du 10 juillet 1987 ; ou encore, toute la partie réglementaire applicable à l'emploi des handicapés dans la fonction publique (livre III, titre II, chapitre III, section II, sous-section IX du code du travail) continue de faire référence aux anciennes dispositions législatives, qui étaient en vigueur avant la loi du 10 juillet 1987, ce qui la rend à peu près illisible.

1° LE CADRE REGLEMENTAIRE

Selon les domaines auxquels elle s'applique, la réglementation est tantôt dépourvue de base juridique réelle, tantôt surabondante et inutilement complexe, tantôt lacunaire ou, à tout le moins, très insuffisante, tantôt imprécise, voire contradictoire.

a) Une réglementation parfois dépourvue de base juridique réelle

La complexité du cadre juridique dans lequel s'inscrivent les politiques sociales en faveur des personnes handicapées adultes conduit de plus en plus fréquemment les administrations centrales à réglementer par circulaires, c'est-à-dire par des textes qui s'imposent à leurs services mais non aux tiers. Certaines de ces circulaires ont parfois pour ambition de définir directement les modalités d'application de la loi, sans qu'un décret d'application pourtant indispensable soit préalablement intervenu. Cette pratique contestable a déjà été rencontrée dans le domaine de l'insertion sociale avec les textes créant les foyers à double tarification³⁶ ou ceux organisant les services d'auxiliaires de vie³⁷. Elle n'est pas moins fréquemment utilisée dans le secteur de l'insertion professionnelle des handicapés.

L'exemple le plus significatif en la matière est celui de la circulaire précitée du 23 mars 1988 "relative à l'application de la loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés". Signée du ministre des affaires sociales et de l'emploi, elle définissait, pour les employeurs privés, la manière de calculer les équivalences dans le cadre des contrats passés avec les établissements de travail protégé. Or le calcul préconisé conduisait à imposer aux entreprises privées des contraintes trois fois supérieures à celles du secteur public, qui avait, lui, fait l'objet d'une réglementation normale par le décret. Il a heureusement été mis fin, on l'a vu, en novembre 1992 à cette situation anormale³⁸.

D'autres réglementations importantes ont été faites elles-aussi par circulaire : ainsi, une circulaire DE n° 13/88 du 22 février 1988 qui imposait un seuil minimum de dix emplois de travailleurs handicapés pour qu'un AP nouvellement créé puisse commencer à fonctionner. Cette disposition, très contraignante sur le plan économique, a été abrogée par une nouvelle circulaire DE n° 91/32 du 3 juillet 1991. De même, la première tentative d'encadrement juridique de la réglementation relative à la prise en charge par l'Etat des cotisations sociales afférentes à la garantie de ressources versée aux travailleurs handicapés en établissement de travail protégé a pris également la forme d'une circulaire - DE n° 8/83 du 31 janvier 1983, dite "circulaire Le Garrec" - dont on a vu à quelles difficultés donnait lieu son application³⁹.

b) Une réglementation surabondante et inutilement complexe

Le caractère surabondant de la réglementation est notamment illustré par l'ensemble des textes qui régissent l'AAH et la relient aux autres dispositifs de ressources octroyées aux

36) Voir plus haut, IIème partie, A, 1°, p. 68.

37) Voir plus haut, IIème partie, A, 1°, p. 73.

38) Voir plus haut, Ière partie, B, 3°, p. 32.

39) Voir plus haut, IIème partie, B, 1°, p. 87.

personnes handicapées, en particulier la garantie de ressources. Depuis que les articles 35 à 38 de la loi de 1975 ont créé cette prestation, pas moins de six textes législatifs, douze décrets et vingt-six circulaires ou lettres ministérielles sont intervenus pour en préciser, en compléter et en modifier le régime. Ce recensement n'intègre évidemment pas toutes les instructions internes diffusées aux caisses d'allocations familiales, payeurs de l'AAH, par leur caisse nationale.

Quant au caractère inutilement complexe de la réglementation qui, dans certaines hypothèses, confine à l'incohérence, il est mis en évidence par l'ensemble du dispositif relatif aux ressources laissées à la disposition des personnes handicapées hébergées qui s'articule autour de trois grands axes : réduction, en cas d'hospitalisation de plus de soixante jours dans un établissement de soins, du montant de l'AAH d'un pourcentage variable - 20 % ou 35 % - selon que l'allocataire est marié ou non, sans que pour autant la personne handicapée puisse percevoir moins de 12 % du montant mensuel maximum de l'AAH, après paiement du forfait hospitalier ; réduction du montant de l'AAH, en cas de placement en MAS d'une durée supérieure à quarante-cinq jours, sans que le montant de l'allocation versée à l'intéressé puisse être inférieur là encore à 12 % du montant mensuel moyen de l'AAH, après paiement du forfait journalier ; participation de l'allocataire accueilli dans un établissement d'hébergement spécialisé - foyer de vie, foyer logement ou foyer d'hébergement - aux frais d'hébergement et d'entretien, sans que ses ressources disponibles résiduelles tombent en dessous d'un minimum défini par référence à l'AAH : la réglementation, en l'espèce, est d'autant plus complexe à appliquer qu'elle varie selon que l'établissement assure ou non un hébergement et un entretien complets, que le pensionnaire travaille ou non, qu'il prend ou non régulièrement à l'extérieur de l'établissement au moins cinq des principaux repas au cours d'une semaine, ou qu'il doit assumer la responsabilité de l'entretien d'une famille pendant son séjour en établissement. Le jeu croisé de ces différents paramètres conduit à une lourdeur excessive de la gestion des ressources des intéressés⁴⁰

c) Une réglementation parfois lacunaire et fréquemment insuffisante

Trop fréquemment, les dispositions réglementaires précises permettant d'appliquer les normes législatives sont absentes ou insuffisantes.

Il en est ainsi en ce qui concerne l'article 123 de la loi de finances pour 1992, "l'AAH n'est plus perçue à partir d'un âge déterminé par décret en Conseil d'Etat. Elle est remplacée à compter de cet âge par les avantages de vieillesse alloués en cas d'incapacité au travail". Cette disposition vise à aligner l'AAH sur l'assurance invalidité. De même que cette dernière laisse la place à l'assurance vieillesse à l'âge de 60 ans, l'AAH devrait être remplacée par le minimum vieillesse au même âge, étant précisé que des dispositions transitoires permettent de maintenir les situations individuelles acquises lorsqu'elles sont plus favorables. A ce jour, le décret d'application prévu pour l'entrée en vigueur de cet article de la loi n'a pas été publié.

S'agissant toujours de l'AAH, la réglementation prévoit que cette prestation ne peut être versée aux handicapés de moins de 20 ans que s'ils perçoivent une rémunération inférieure à 55 % du SMIC, ou s'ils sont mariés et ne sont plus à la charge de leurs parents, ou encore s'ils sont eux-mêmes allocataires au titre d'une autre prestation sociale. Lorsque ces conditions ne sont pas remplies, les handicapés de moins de 20 ans ressortissants des régimes non agricoles sont censés relever, par décision de la CNAF, du régime des allocations familiales c'est-à-dire, pour eux, de l'allocation d'éducation spéciale (AES). Or, celle-ci n'est pas versée en l'absence de parents assurant la charge de l'enfant, d'où un vide juridique pour les intéressés

40) Voir annexe 12.

de plus de 16 ans et de moins de 20 ans, orphelins ou abandonnés par leur famille. Une lettre ministérielle du 31 juillet 1989 est bien venue préciser que les handicapés concernés devaient être reconnus éligibles à l'AAH, mais juridiquement, elle ne saurait introduire dans la réglementation une modification qui va bien au delà d'une simple interprétation des textes : seule une disposition de nature réglementaire permettrait de résoudre cette question. Elle permettrait également de mettre fin à une situation discriminatoire pour les ressortissants du régime agricole qui s'en tient à l'absence d'AAH pour les jeunes handicapés de moins de 20 ans ne remplissant pas les conditions précitées.

Autre exemple d'une réglementation déficiente : celui de la définition des frais professionnels susceptibles d'ouvrir droit à l'allocation compensatrice. Ces frais ne couvrent pas les dépenses pour études ou pour formation en général, ni le coût de l'utilisation d'outils technologiques, tels les ordinateurs, compensant le handicap. Dans les rares circonstances où l'allocation est versée, les besoins ne sont donc pas toujours couverts. Son extension aux étudiants lourdement handicapés, régulièrement réclamée, est faite spontanément par certains départements, comme la Haute-Garonne, en dehors des textes réglementaires et notamment des dispositions du décret du 31 décembre 1977, dont l'article 7 prévoit l'irrecevabilité des demandes pour des adaptations de véhicules ou des équipements informatiques.

d) Une réglementation imprécise, voire contradictoire

La réglementation, dans certains cas, est détaillée de manière si excessive qu'elle en devient pratiquement inapplicable, dans d'autres reste floue et fait apparaître des divergences critiquables.

* Il en est ainsi des contrôles exercés par les départements sur le bien-fondé de l'aide en matière d'allocation compensatrice et l'effectivité de la présence d'une tierce personne. Le caractère effectif de l'aide apportée au handicapé, s'il n'a pas à être prouvé au moment où la demande initiale est formulée, doit, en revanche, être établi au plus tard lors de l'examen de la demande de renouvellement de l'allocation. Aussi bien les contrôles exercés par les départements prennent-ils essentiellement deux formes : vérification des pièces justifiant le paiement d'une tierce personne, enquêtes sur place pour apprécier l'environnement social et familial de l'allocataire. Pourtant, les dispositifs mis en place sont très divers dans leurs modalités et d'une efficacité variable. Tantôt intervient un contrôle strict et qui peut même aller au delà des exigences posées par les textes, mais qui reste limité à la première liquidation - cas du département du Lot, par exemple -, tantôt sont exercés des contrôles annuels par voie de questionnaires, comme dans l'Allier, le Cantal, le Gers ou la Haute-Garonne, tantôt ont lieu des enquêtes sur place qui se révèlent être le moyen de vérification le plus sûr (Gers, Haute-Loire, Tarn).

Ce contrôle de l'effectivité de l'aide se révèle particulièrement délicat lorsqu'il s'agit de l'assistance familiale du conjoint ou des parents et certaines associations de handicapés, telle l'Association des paralysés de France, reprochent aux départements de ne pas toujours prendre en compte la réalité de l'aide familiale pour attribuer les allocations et critiquent également certaines demandes de pièces justificatives (livrets de caisse d'épargne, relevés bancaires etc.) considérées comme abusives.

Il est regrettable que l'imprécision des textes sur le contrôle et la nature de l'effectivité de l'aide conduise les départements à mettre en place des modalités diverses de vérification plus ou moins efficaces, les enquêtes sur place étant généralement peu répandues au profit des déclarations sur l'honneur dans le cadre du questionnaire annuel. Cette situation a pour conséquence des politiques très variables de suspension de l'AC en cas de non respect de la

règle de l'effectivité de l'aide, le nombre de sanctions étant globalement faible par rapport au nombre d'allocations gérées - 125 cas de suspension en Haute-Garonne en 1991, 6 en Martinique au cours de la même année - voire nul dans certains départements, comme le Val d'Oise ou les départements auvergnats ou normands.

** La question de l'intégration des frais d'appareillage dans le prix de journée pour les personnes handicapées hébergées en MAS donne lieu, elle aussi, à de sérieuses divergences d'interprétation.

Aux termes du décret n° 88-277 du 26 mars 1988, les frais d'appareillage ne peuvent être incorporés dans les prix de journée des établissements pratiquant l'hébergement. A partir de ces prescriptions réglementaires, les organismes d'assurance-maladie admettent le remboursement, en sus du prix de journée, des frais de réparation des fauteuils roulants. Toutefois, une circulaire de la direction de la sécurité sociale en date du 4 mars 1991, ayant comme fondement juridique le même décret, s'efforce de définir la notion d'appareillage en y introduisant un élément d'individualisation. Tout en confirmant l'exclusion du prix de journée des appareils et matériels personnalisés qui sont remboursés, à titre individuel - ce qui vise, notamment, les objets de grand appareillage dont font partie les fauteuils roulants - elle nuance cette position par deux précisions qui posent parfois problème aux organismes payeurs : tout d'abord, "les frais d'amortissement et d'entretien des fauteuils roulants non individualisés sont supportés par la section d'exploitation et couverts par le prix de journée". Or, compte tenu de la diversité des handicaps et de la multiplication des appareillages de série adaptés à certaines déficiences, ce critère devient de plus en plus difficile à préciser. Ensuite, "ces appareillages peuvent toutefois être inclus dans les prix de journée dès lors qu'ils correspondent à la destination de l'établissement et à la clientèle accueillie". L'interprétation large ou restrictive de cette possibilité conduit à des inégalités entre les établissements.

*** Au caractère trop souvent imprécis de la réglementation s'ajoutent de véritables anomalies. Il en va ainsi de la réglementation relative à l'octroi de l'AAH aux étrangers résidant en France. Les pays membres de la Communauté économique européenne ont passé une convention avec la France, et leurs ressortissants sont donc admis au bénéfice de l'AAH. Le droit à cette allocation a, par ailleurs, été étendu en 1980 aux handicapés qui ne sont pas eux-mêmes ressortissants communautaires, mais qui sont membres de la famille d'un ressortissant de la CEE. De plus, il est admis de verser l'AAH à tous les réfugiés ou apatrides, dès lors qu'ils remplissent les conditions et notamment celle de résidence permanente en France. Une lettre ministérielle du 5 novembre 1987 précisant la réglementation au regard des règlements de la CEE sur la libre circulation des travailleurs à l'intérieur de la communauté prévoit l'attribution des prestations non contributives aux travailleurs et anciens travailleurs des Etats membres résidant en France dans les mêmes conditions qu'aux ressortissants français. Il en est de même pour les membres de la famille des ressortissants communautaires, quelle que soit leur nationalité. Par contre, les conjoints et membres de la famille d'un ressortissant français qui ne sont ni français ni ressortissants communautaires ne peuvent bénéficier de l'AAH, sauf convention bilatérale qui n'existe actuellement qu'avec la Suède. La rigoureuse application des textes conduit ainsi à des disparités entre les membres de la famille d'un ressortissant français et ceux d'un ressortissant de la CEE, à l'avantage de ces derniers.

S'agissant toujours des étrangers, la Cour relève la contradiction qui existe dans l'articulation des deux prestations correspondant à un minimum social que sont respectivement l'AAH et le revenu minimum d'insertion (RMI) : les étrangers handicapés

n'ont pas droit à la première alors que le bénéfice du RMI leur est ouvert sous condition de résidence.

**** Un dernier exemple de réglementation donnant lieu à divergences entre régimes qui pourraient être éliminées est celui de la détermination des organismes débiteurs de l'AAH en cas de tutelle, lorsque la résidence du tuteur et celle du majeur protégé sont situées dans deux départements distincts : les positions de la CNAF et de la caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) divergent sur ce point. Il semble admis qu'en application de l'article 108-3 du code civil, l'organisme débiteur de l'AAH soit toujours celui de la résidence du tuteur. Or, pour la CNAMTS, la caisse d'affiliation reste celle du lieu de résidence du malade prestataire. Cette contradiction, qu'il serait sans doute facile de corriger, a des conséquences fâcheuses à la fois pour le tuteur et pour les CAF alors que l'hospitalisation d'une personne handicapée a, comme cela a été relevé, des incidences sur le taux de l'AAH qui lui est versée.

La situation réglementaire anarchique qui vient d'être décrite n'est pas tout à fait le fruit du hasard. Elle est, pour partie, la conséquence d'un éclatement des services centraux, déconcentrés et décentralisés qui participent à la mise en oeuvre d'une politique qu'ils ne maîtrisent plus. Force est malheureusement de constater qu'aucun pilotage des actions entreprises en faveur des handicapés ne paraît exister et que les initiatives qui se multiplient ne s'inscrivent pas dans un ensemble cohérent.

2° L'ABSENCE DE PILOTAGE

Au ministère du travail, la mission pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées de la délégation à l'emploi est une structure légère d'une dizaine de personnes dont les moyens sont insuffisants pour faire face à l'ampleur de la tâche à accomplir, qui inclut non seulement la politique nationale, mais également les actions subventionnées par la Communauté Economique Européenne. Destinataire d'informations et d'interventions ponctuelles émanant des directions départementales du travail et de l'emploi, elle n'a guère la possibilité d'être à la fois un élément de réflexion, d'animation et de coordination, et un interlocuteur à l'écoute permanente des problèmes rencontrés par les services extérieurs. Lors de ses enquêtes sur place, la Cour a été conduite à constater qu'un certain nombre de DDTE n'avaient pas reçu de réponse de la délégation à l'emploi à des demandes répétées concernant les modalités d'application de textes ambigus, tels que la circulaire dite "Le Garrec" du 31 janvier 1983.

Si un tel silence de la part de l'administration centrale est particulièrement critiquable, il s'explique, dans certains cas, par l'éparpillement et le cloisonnement de services relevant souvent de ministères différents et qui gèrent, chacun à son niveau, des questions qui, par nature, se chevauchent et s'interpénètrent. Par exemple, les problèmes de formation des personnes handicapées orientées en centre de rééducation professionnelle relèvent à la fois de la mission "formation" de la délégation à l'emploi, de la délégation à la formation professionnelle - qui dépend, elle aussi, du ministère du travail - et de la direction de la sécurité sociale, rattachée au ministère des affaires sociales. La gestion de la garantie de ressources des travailleurs handicapés en milieu protégé concerne aussi bien les personnes en ateliers protégés, sous tutelle du ministère du travail, que celles hébergées en CAT, sous tutelle du ministère des affaires sociales.

Au ministère des affaires sociales, aucune structure ne joue un rôle équivalent à celui dévolu, au sein du ministère du travail, à la mission pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées. L'insertion sociale des intéressés est en effet traitée par deux directions : la direction de l'action sociale (DAS) et la direction de la sécurité sociale (DSS),

et fait intervenir, au minimum, la caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et la caisse nationale d'allocations familiales (CNAF), la mutualité sociale agricole (MSA) ayant, de son côté, le même rôle que les caisses du régime général. L'intervention de ces administrations n'est évidemment pas exclusive de celles d'autres ministères relevant d'un même département ministériel - direction des hôpitaux et direction générale de la santé, par exemple - voire d'autres ministères avec lesquels une politique cohérente supposerait une étroite collaboration, tels le ministère de l'équipement, des transports et du tourisme, celui du logement ou encore celui chargé de la culture. A l'intérieur de chaque administration centrale, les cloisonnements sont, par ailleurs, souvent manifestes. Ainsi, à la DAS, le bureau RV1 est chargé de la politique en faveur des handicapés et du suivi des modes d'accueil et de prise en charge, tandis que tout ce qui touche à l'étude du financement des équipements, à la programmation, à l'agrément des prix de journée et à la dotation globale relève du bureau TS2, sans qu'il apparaisse évident que des liens étroits existent entre ces deux structures.

Cet éclatement institutionnel, rendu encore plus complexe par l'intervention du ministre des anciens combattants et victimes de guerre - qui gère les emplois réservés - et du ministère de la fonction publique, chargé de l'insertion des handicapés dans le secteur public, n'a pas été résolu par la création d'un comité interministériel de coordination en matière d'adaptation et de réadaptation, prévu par l'article 1er de la loi du 30 juin 1975, pas plus que par l'existence, de 1988 à 1993, d'un secrétariat d'Etat aux handicapés et accidentés de la vie, dépourvu de sa propre administration, mais disposant de celles des ministères du travail et des affaires sociales auxquelles il pouvait recourir en cas de besoin. Loin de favoriser une harmonisation pourtant souhaitable des mesures prises en faveur des handicapés, cet ensemble de structures mal coordonnées entre elles a été parfois à l'origine de difficultés nées des inévitables divergences entre l'affirmation d'une volonté politique et les moyens permettant d'y répondre, qui dépendent de départements ministériels distincts.

L'absence manifeste de coordination et de pilotage au niveau central se retrouve dans une certaine mesure au plan local. Dans certains départements - le Maine-et-Loire est, en l'espèce, un exemple significatif - la Cour n'a pas été en mesure d'obtenir des directions départementales du travail et de l'emploi des renseignements précis sur la programmation des places à créer dans les ateliers protégés au cours de la période 1990-1993 couverte par les protocoles d'accord de 1989, ces établissements étant considérés comme relevant du domaine réservé des directions régionales du travail. De même, ainsi que cela a déjà été relevé, les contrats de mise à disposition ou de détachement de travailleurs handicapés en milieu ordinaire font rarement l'objet d'un recensement ou d'une surveillance systématiques de la part des services.

C'est dans les domaines où se cumulent à la fois les mesures de décentralisation et les mesures de déconcentration que les circuits administratifs sont parfois d'une lourdeur et d'une complexité extrêmes. Dans certains secteurs, la décentralisation des décisions ne s'est pas accompagnée des changements structurels nécessaires. Tel est le cas, comme il a été indiqué⁴¹, en ce qui concerne la représentation des conseils généraux dans les Cotorep. Pour l'hébergement des personnes handicapées en établissement, le défaut de pilotage conduit, au plan local, à une débauche d'efforts dont ni la logique ni la cohérence ne paraissent évidentes. Si, depuis quelques années, l'Etat s'efforce, parfois sans succès il est vrai, de faire respecter une programmation minimale dans la création d'établissements qui relèvent de lui (CAT) ou de l'assurance-maladie (MAS et, pour partie, FDT), la politique d'équipement en foyers de

41) Voir plus haut, IIème partie, B, 3°, p. 105.

toute nature conduite par les départements semble dépourvue de ligne directrice, à la fois sur le plan quantitatif - actuellement, au moins neuf régions, au premier rang desquelles figure la région parisienne, restant largement en deçà du taux d'équipement moyen de référence - et sur le plan qualitatif. La multiplicité des structures mises en place et le caractère très contrasté des expériences engagées ne permet pas toujours de mettre en relief la démarcation entre les interventions de l'Etat et celles des départements. Cette situation favorise les placements inadéquats dont il a déjà été question. Dans le Nord, par exemple, on évalue à environ 245 le nombre de personnes hébergées soit en foyer occupationnel soit en CAT qui relèveraient d'un placement en MAS. De même, dans le Calvados, 141 personnes - soit 12 % environ de l'effectif total des CAT du département - étaient accueillis dans ce type de structures en novembre 1990, alors qu'elles n'auraient pas dû s'y trouver dans la mesure où leur productivité était inférieure à un tiers de la normale. Dans ce département et pour le seul CAT de Vieux, neuf personnes sur cinquante-neuf étaient encore dans cette position en mars 1992, alors qu'elles auraient dû être orientées en foyer occupationnel. Cette situation entraîne deux conséquences : malgré leur incapacité au travail, les intéressés perçoivent la garantie de ressources ; de plus, il y a stagnation de la liste d'attente des personnes handicapées qui, ayant fait l'objet d'une décision de placement en CAT, ne peuvent y accéder faute de places disponibles - on en recensait 232 sur la liste établie en novembre 1990, mais non réactualisée depuis cette date.

Au niveau des organismes déconcentrés, les difficultés rencontrées à l'échelon central se retrouvent, généralement amplifiées. La Cour a par exemple fréquemment observé que le montant des prix de journée des établissements relevant de l'assurance-maladie, pour les MAS en particulier, variait selon qu'il était communiqué, pour une même période, par les DDASS- qui le fixent - ou par les CPAM - qui le paient -. Ces distorsions ont été relevées, notamment, dans les départements du Doubs, du Maine-et-Loire ou des Pyrénées-Atlantiques et ne paraissent pas liées à la prise en compte ou non du forfait journalier. Elles restent, de ce fait, inexplicables.

Ensuite, nombreux aussi sont, comme cela a été observé antérieurement, les problèmes liés à la garantie de ressources versée aux travailleurs handicapés en CAT du fait de l'intervention de trois autorités au moins : la DDTE, qui rembourse aux employeurs le complément de rémunération, la Cotorep qui décide du placement et la DDASS, chargée de la tutelle technique des établissements.

La mise en place des réformes de 1990 sur la forfaitisation de la garantie de ressources et l'écrêtement du cumul de cette prestation avec l'AAH a montré le caractère peu satisfaisant de la situation, encore aggravé par le fait que l'AAH est gérée tantôt par les caisses d'allocations familiales pour les ressortissants du régime général, tantôt par les CMSA pour les ressortissants du régime agricole.

C'est ainsi que les caisses d'allocations familiales ont longtemps appliqué la réglementation de manière erronée lorsque les allocataires de l'AAH sont admis au bénéfice de la garantie de ressources. Dans cette hypothèse, en effet, elles doivent procéder à un nouveau calcul du montant de l'AAH dans la mesure où l'allocataire dispose de revenus supplémentaires. Or, l'article R 821-12 du code de la sécurité sociale précise que l'évaluation des ressources annuelles supplémentaires est faite sur la base du seul complément de rémunération. Pourtant, jusqu'à une date récente, les caisses, se fondant sur les modalités de calcul- type retenues en matière de prestations familiales, conformément aux dispositions de l'article R 531-14 du code de la sécurité sociale, ont procédé à une évaluation forfaitaire des ressources prises en compte pour le calcul de l'AAH sur la base de l'intégralité de la garantie de ressources (salaire direct + complément de rémunération) tant au moment de l'admission à cette dernière qu'à celui du renouvellement des droits.

Le ministère des affaires sociales a demandé, par lettre du 25 février 1988, qu'il soit mis fin à cette pratique et que soit appliquée la réglementation spécifique à l'AAH. Cependant, il a fallu attendre deux lettres du 24 octobre 1990 et du 23 janvier 1991 pour que ces instructions soient communiquées aux organismes payeurs du régime agricole, d'une part, et aux caisses d'allocations familiales, d'autre part.

Il arrive également que, dans un souci d'efficacité et de simplification, les autorités locales autorisent en marge de la réglementation la mise en place de services ou d'institutions qui leur paraissent répondre à un besoin. C'est ainsi qu'à Angers, a vu le jour, sans base juridique réelle, un service de soins infirmiers à domicile pour handicapés dont les charges de fonctionnement étaient assumées par une association gestionnaire, depuis 1981, d'un service de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SIADPA). La publication, au mois de juin 1984, de deux décrets relatifs à l'organisation d'actions expérimentales de caractère médical et social aurait dû être l'occasion de faire reconnaître l'existence de ce service, mais la procédure d'agrément interministériel très lourde prévue par les nouveaux textes n'a pas été mise en oeuvre. C'est sur la base d'une autorisation provisoire accordée par la DDASS du Maine-et-Loire en juillet 1985 qu'une convention, conclue avec la CPAM d'Angers, autorisait cette dernière à prendre en charge les soins dispensés par le service sur la base du paiement à

l'acte, c'est-à-dire dans des conditions financièrement très désavantageuses par rapport au système du forfait- soins. C'est seulement en 1991, soit six ans après sa création, que le service qui, entre-temps, s'était progressivement étoffé pour faire face à une demande croissante, a vu son existence contestée par la caisse régionale d'assurance-maladie (CRAM) des Pays de la Loire et qu'a du être engagée la procédure d'agrément - toujours en instance à l'heure actuelle devant les administrations centrales - que prévoyaient les décrets de 1984.

Au plan général enfin, le défaut de pilotage, quel qu'en soit le niveau, a aussi pour origine une difficulté régulièrement dénoncée mais jamais résolue : l'absence d'appareil statistique permettant une approche significative de l'importance de la population handicapée et de ses caractéristiques.

C. - DES FACTEURS DE BLOCAGE AGGRAVES PAR LES MESURES DE DECENTRALISATION

Les développements qui précèdent ont mis en évidence un certain nombre de difficultés résultant de procédures qui s'inscrivent désormais totalement ou pour partie dans le cadre de la décentralisation : la dérive de l'allocation compensatrice au bénéfice des personnes âgées et les éventuels effets pervers, en matière d'hébergement, de la règle du domicile de secours constituent deux exemples significatifs.

Il en est d'autres qui aboutissent à de véritables blocages des mécanismes que le législateur a entendu mettre en place : l'un concerne la complexité de certains circuits administratifs qu'illustre la procédure d'agrément des centres de rééducation professionnelle et des centres de préorientation ; l'autre porte sur les modalités de prise en charge à la fois conflictuelles et arbitraires qui résultent de la nécessité de fait de maintenir, faute de places, certains jeunes adultes handicapés dans des établissements pour enfants - procédure dite "de l'amendement Creton" -.

1° L'INUTILE COMPLEXITE DE CERTAINS CIRCUITS ADMINISTRATIFS : LE CAS DE L'AGREMENT DES CENTRE DE REEDUCATION PROFESSIONNELLE ET DES CENTRES DE PREORIENTATION

La double procédure d'agrément nécessaire au fonctionnement de ces institutions, dont on a vu le rôle décisif qu'elles pouvaient avoir en matière d'orientation et de formation, fait intervenir, selon les cas, au minimum trois administrations centrales, sept administrations régionales - décentralisées ou déconcentrées - et deux administrations départementales déconcentrées. Elle relève, pour l'essentiel, des dispositions du décret du 18 décembre 1985 précité et intégré dans les articles R 329-41-1 à R 323-41-5 du code du travail.

Interministérielle, qu'il s'agisse de la création ou de l'extension d'un centre, elle résulte d'un arrêté conjoint des ministres respectivement chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale, de l'emploi, de la formation professionnelle et, pour les centres préparant à des métiers agricoles, de l'agriculture. Cette procédure répond au souci d'assurer la maîtrise des dépenses publiques et de sécurité sociale puisque c'est cette dernière qui, réglementairement, couvre l'ensemble des frais de fonctionnement des centres.

La décision interministérielle est précédée d'une instruction assurée par le directeur régional du travail et de l'emploi, en liaison avec le directeur régional des affaires sanitaires et sociales. Cette instruction comporte, notamment, la saisine de la caisse régionale d'assurance-maladie qui se prononce sur l'opportunité de création de l'établissement et sur les éléments budgétaires que comporte le dossier, et de l'AFPA qui procède à une analyse pédagogique du projet envisagé. Elle implique également la consultation, par les soins du préfet de région, du comité régional de la formation professionnelle, de la promotion sociale

et de l'emploi, et celle du conseil régional. L'importance dévolue à l'échelon régional répond à la nécessité de prendre en compte le rôle des régions en matière de formation professionnelle depuis la loi du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat. La procédure décrite est censée garantir la coordination des interventions respectives de l'Etat et des conseils régionaux en matière de formation professionnelle des personnes handicapées. En effet, la mise en oeuvre des programmes élaborés à cet effet dépend de deux phases juridiquement indépendantes l'une de l'autre : l'agrément des centres, tel qu'il vient d'être décrit, et l'agrément des stages au titre de la rémunération des stagiaires dont il sera question dans les développements qui suivent. Ainsi agréés, les centres sont placés sous le contrôle des ministres signataires de l'arrêté qui sont, en principe, destinataires chaque année d'un rapport d'activité. Pour toutes les places agréées, les décisions d'orientation des Cotorep s'imposent aux centres concernés.

Les conséquences de l'agrément ainsi accordé font l'objet des dispositions de l'article L 321-1 du code de la sécurité sociale et du décret du 18 décembre 1985 précité. L'assurance-maladie couvre les frais de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, la prise en charge couvrant les frais de toute nature entraînés par le stage y compris, le cas échéant, les frais d'entretien et d'hébergement ainsi que les frais de transport. Elle donne lieu à l'établissement d'un prix de journée déterminé par une convention avec les organismes d'assurance-maladie, mais n'est pas exclusive, toutefois, d'une contribution financière des stagiaires comprenant un ticket modérateur et une participation aux frais des repas.

Les règles qui précèdent s'appuient sur un postulat qui est le financement des centres par la seule sécurité sociale. Bien souvent, toutefois, les centres continuent à solliciter des financements complémentaires dans le cadre de la réglementation relative à la formation professionnelle continue, telle qu'elle résulte du livre IX du code du travail, et notamment de l'article L 920-3. Dans cette hypothèse, le financement complémentaire n'est rien d'autre qu'une subvention indirecte à l'assurance-maladie puisqu'il vient en atténuation de dépense pour cette dernière. C'est ainsi que dans le département du Nord, le délégué régional à la formation professionnelle dispose d'une enveloppe spécifique de crédits pour les handicapés qui est pré-affectée pour le financement par convention depuis 1984 d'un complément de prix de journée pour le centre lillois de rééducation professionnelle. Jusqu'en 1991, la délégation régionale a également financé sur cette enveloppe la mise en place d'une formation continue d'accordeurs de piano et de standardistes pour 18 personnes chaque année à l'école régionale des déficients visuels, qui relève de l'éducation nationale. Outre que l'on doit regretter, au cas d'espèce, la faiblesse des éléments d'information dont dispose le délégué régional à la formation professionnelle sur les actions de formation pour les handicapés, et notamment sur les placements professionnels des stagiaires à l'issue de la formation, les systèmes de financement complémentaire, qui ont pour conséquence d'alléger les dépenses de l'assurance-maladie, devraient conduire les pouvoirs publics à dresser un bilan financier global de la situation des centres afin de lutter, autant que faire se peut, contre l'immobilisme déjà souligné qui caractérise la création de nouvelles structures, et dont les premières victimes sont précisément celles que ces institutions sont censées aider.

A cet agrément des centres, qui garantit la prise en charge des frais de fonctionnement, succède un second agrément relatif à la prise en charge de la rémunération des stagiaires. En application des dispositions de l'article L 323-16 du code du travail, celle-ci est en effet assurée selon les règles en vigueur en matière de formation professionnelle et elle ne peut intervenir que si le stage lui-même est expressément agréé à cet effet. Dans la limite des compétences respectives de l'Etat et des régions - définie par l'article 82 de la loi du 7 janvier

1983 - l'agrément, qui prend en compte l'effectif, la durée total du stage - il ne doit pas excéder de plus de 25 % la durée d'un stage AFPA- et sa durée hebdomadaire - un stagiaire doit effectuer au moins 30 heures par semaine pour être rémunéré à temps plein - est accordé :

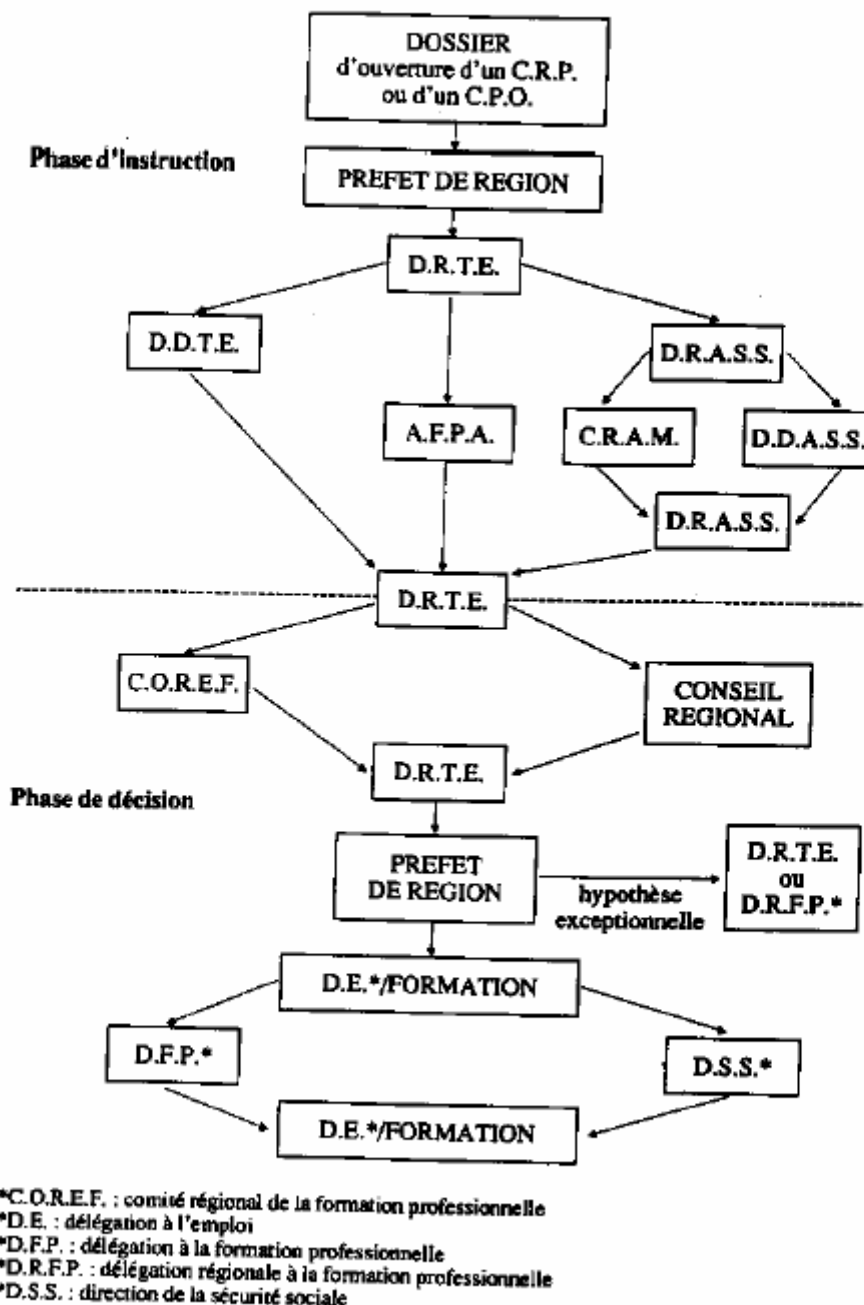
* en ce qui concerne l'Etat, par l'autorité administrative (Premier ministre ou préfet de région) après avis de l'un des organismes consultatifs visés par application de l'article L 910-1 du code du travail ;

* en ce qui concerne les régions, par décision du président du conseil régional après avis du comité régional de la formation professionnelle, de la promotion sociale et de l'emploi.

Comme les stages relevant de l'Etat peuvent faire l'objet d'un agrément soit au niveau national, soit au niveau déconcentré, le système est relativement complexe. Les stages agréés au plan national par le Premier ministre - c'est-à-dire, concrètement, par la délégation à la formation professionnelle - à partir des propositions émanant des divers ministères qui exercent leur contrôle sur les formations relevant de leur compétence, sont organisés dans des établissements appartenant à trois filières distinctes : ceux relevant de la mission "formation" de la délégation à l'emploi, ceux des écoles de l'Office national des anciens combattants, et ceux, peu nombreux, relevant des sections spécialisées de l'AFPA. Les stages agréés au niveau déconcentré le sont par le préfet de région, c'est-à-dire par la délégation régionale à la formation professionnelle, après avis du comité régional de la formation professionnelle. Enfin, les stages décentralisés qui, à la différence des précédents, donnent lieu à une prise en charge de la rémunération des stagiaires par le conseil régional, sont agréés par le président du conseil régional après avis du comité régional de la formation professionnelle.

Le schéma ci-dessous illustre l'excessive lourdeur de ces procédures d'agrément des CRP et des CPO.

Le schéma ci-dessous illustre l'excessive lourdeur de ces procédures d'agrément des C.R.P. et des C.P.O..



Certes, l'intervention de chacune de ces instances à des échelons divers a ses raisons propres. C'est ainsi que le maintien, affirmé par le décret du 18 décembre 1985, de la procédure d'agrément d'un centre au niveau national dès lors qu'il y a création ou modification de la capacité d'accueil doit théoriquement permettre à la délégation à l'emploi de veiller à ce que le dispositif de formation assuré par les centres soit équitablement réparti

sur l'ensemble du territoire national. Il n'a toutefois pas suffi à permettre que cet objectif soit atteint. D'autre part, la même procédure permet à la délégation à la formation professionnelle de maîtriser les dépenses de rémunération des stagiaires - du moins de ceux qui ne relèvent pas des centres "décentralisés" -. En effet, pratiquement, il n'y a pas agrément d'un dispositif de formation dans un centre sans qu'il y ait rémunération correspondante pour les personnes handicapées qui suivent le stage. Dès lors, la délégation à la formation professionnelle, qui gère les crédits de rémunération prévus au titre IX du code du travail, tient à ce que l'agrément "technique" soit accordé au niveau national puisque celui-ci est toujours suivi d'un agrément portant sur la rémunération des stagiaires. Quant à la direction de la sécurité sociale - troisième partenaire de ce mécanisme complexe - elle estime que l'octroi de l'agrément au niveau national permet une maîtrise et une harmonisation des prix de journée dans les centres.

Il est permis de s'interroger cependant sur le point de savoir s'il ne conviendrait pas d'envisager une déconcentration totale de la procédure d'agrément au niveau du préfet de région, afin d'éviter les inconvénients liés au cheminement des dossiers à travers les mêmes administrations à différents niveaux.

Sans remettre en cause l'opportunité de l'agrément dans le cadre de la procédure de fixation des prix de journée, dont dépendent les ressources des centres, on peut se demander s'il ne faudrait pas faire de la DRASS (et non plus de la DRTE), sous l'égide du préfet de région, l'administration maître-d'oeuvre au plan régional : actuellement, en effet, le circuit administratif le plus long est celui qui fait intervenir la DRASS, la DDASS et la CRAM ; sans doute serait-il possible de le simplifier.

Dans ce contexte, pour les centres dont l'objet est la réinsertion professionnelle des personnes handicapées au terme d'une action de formation, la DRTE continuerait à être saisie, à charge pour elle de consulter la DDTE et de diligenter l'enquête AFPA. De son côté, la délégation régionale à la formation professionnelle serait également saisie du dossier de manière à contrôler la cohérence entre l'agrément sollicité au titre de la prise en charge des frais de fonctionnement, le nombre de places demandé et l'agrément à intervenir au titre de la rémunération des stagiaires dont la procédure est pilotée, au plan national, par la délégation à la formation professionnelle.

De telles améliorations sont sans doute possibles. Elles exigeraient une modification du décret du 18 décembre 1985 et devraient être précédées d'un bilan de l'implantation actuelle des centres - dont on a vu le caractère anarchique - de manière à évaluer l'importance du nombre des agréments qui devraient être délivrés dans les années à venir. Elles auraient également le mérite de favoriser une meilleure articulation entre les différents partenaires et de donner aux régions, notamment, un rôle plus actif dans la politique de formation. Actuellement, celles-ci sont en effet condamnées à accompagner financièrement des mesures sur lesquelles elles n'ont guère de prise, car elles sont décidées par le "binôme" composé de la DRTE et de l'AFPA. Appelées, dès que l'agrément sur les prix de journée est intervenu, à rémunérer des stagiaires qui suivent des formations dont elles n'ont pas eu nécessairement à débattre, les régions ne trouveraient sans doute que des avantages à voir leur rôle, en la matière, reconnu dans sa plénitude.

2° DES MODALITES DE PRISE EN CHARGE CONFLICTUELLES ET ARBITRAIRES

La prise en charge de la personne handicapée doit intervenir le plus tôt possible et se poursuivre tant que l'état de l'intéressé le justifie, sans limite d'âge et de durée. L'application de ce principe fondamental, affirmé dans l'article 22 de la loi du 13 janvier 1989 communément désigné sous l'appellation "d'amendement Creton"⁴², se heurte pratiquement à des difficultés multiples qui résultent à la fois de l'absence de définition de normes claires et précises au plan national et du partage des charges financières entre l'Etat et les collectivités locales dans le cadre de la décentralisation.

La procédure prévue par la disposition législative en cause est pourtant simple en apparence : un enfant handicapé peut être accueilli en institut médico-éducatif (IME) en principe jusqu'à l'âge de 20 ans, et y être maintenu exceptionnellement au delà de cet âge si l'établissement d'accueil a reçu un agrément à cet effet. Quand l'âge limite est atteint, la période "éducative" est expirée et la Cotorep doit alors orienter l'intéressé, devenu adulte, vers un établissement correspondant à son état. Dans l'hypothèse où l'établissement en question ne dispose pas de suffisamment de places pour accueillir les personnes orientées vers lui, le mécanisme prévu autorise le maintien provisoire du handicapé dans l'IME où il réside, jusqu'à ce qu'une place se libère dans un établissement pour adulte. Toutefois, la prise en charge financière de l'intéressé incombe alors à la collectivité ou à l'organisme qui aurait dû normalement l'assurer si la règle nouvelle n'avait pas eu à s'appliquer.

Trois hypothèses sont envisageables. Si le handicapé a besoin de soins constants, il sera orienté en MAS, avec prise en charge par l'assurance-maladie ; ce cas est le plus simple car cette dernière finance également les IME ; si l'article 22 doit s'appliquer faute de places disponibles en MAS, le financeur reste, de toute façon, le même.

Lorsque le handicapé est un peu moins dépendant que dans le cas précédent, il est orienté en foyer occupationnel ou toute autre structure relevant de la compétence départementale. Par rapport à la première hypothèse, le problème se complique dans la mesure où, faute de places en foyer occupationnel, la mise en jeu des mécanismes prévus doit conduire le conseil général à prendre le relais de l'assurance-maladie au moment où l'intéressé relève non plus de la prise en charge d'une structure pour enfants mais de celle d'une structure pour adultes.

Quant au handicapé disposant d'une meilleure autonomie et qui peut exercer une activité professionnelle minimale, il est normalement orienté, à sa sortie de l'IME, vers un CAT, c'est-à-dire un établissement qui relève, par le biais d'une dotation globale de financement, de l'aide sociale de l'Etat. En cas d'application de l'article 22, faute de places en CAT, le maintien provisoire en structure pour enfants devrait donc s'accompagner d'une prise en charge par l'Etat. Il n'en est rien, les pouvoirs publics n'ayant jamais prévu l'inscription au budget de l'Etat de crédits permettant d'assurer cette prise en charge. En effet, l'article 22, dans son avant-dernier alinéa, en ne visant que les frais d'hébergement et de soins, semble exclure de son champ d'application l'Etat dont le domaine d'intervention est limité, pour les adultes handicapés, aux dépenses afférentes à l'aide au travail. Dès lors, l'orientation des handicapés a été organisée dans des conditions telles qu'en tout état de cause l'Etat n'ait pas à supporter les conséquences financières d'une éventuelle carence de places en CAT. C'est une circulaire de la DAS du 18 mai 1989 mettant en place, notamment, une procédure visant à éviter toute rupture de prise en charge financière lorsque le conseil général prend le relais de

42) Voir annexe 13.

l'assurance-maladie, qui dispose expressément que "dans le cas où la Cotorep prononce une décision d'orientation vers un établissement de travail protégé, elle devra indiquer quelle serait, à défaut, la catégorie d'établissement (...) pouvant provisoirement répondre à la situation du jeune adulte dans le cas où il ne trouverait pas de place en structure de travail protégé". Dans les faits, la prise en charge de la personne handicapée hébergée, faute d'autre solution, dans les établissements de substitution - MAS ou foyer occupationnel - incombera soit à l'assurance-maladie, soit aux départements. En définitive, les Cotorep, organismes de l'Etat, sont incitées par simple circulaire à prononcer des orientations de substitution qui pèsent sur autrui pour éviter que le budget national n'ait à supporter les conséquences financières d'une politique dont l'Etat assume pourtant la responsabilité⁴³.

Dans un tel contexte d'irresponsabilité et de fondement juridique incertain, il n'est pas étonnant de constater que le mécanisme des transferts de prise en charge fonctionne mal. L'Etat ayant, en la matière, donné le mauvais exemple est mal placé pour reprocher aux conseils généraux de le suivre sur le même terrain. Certaines Cotorep, il est vrai comme celle du Doubs, se refusent à prononcer des orientations de substitution. Mais en cas de double orientation - CAT/foyer occupationnel - il n'est pas rare que les départements contestent, généralement avec succès, les décisions des Cotorep devant les commissions régionales d'invalidité, d'inaptitude et d'incapacité permanente. C'est ainsi que le département du Haut-Rhin a obtenu l'annulation des décisions de la Cotorep comportant une double orientation - quatre personnes étaient concernées sur la période 1990- 1992 -. Celui du Morbihan a, dans les mêmes circonstances, obtenu satisfaction sur le plan contentieux.

Pour autant, les départements eux-mêmes ne sont pas à l'abri de toute critique. Bien qu'un délai de six mois ait été fixé par la circulaire du 18 mai 1989 précitée pendant lequel les organismes d'assurance-maladie leur font une avance de prise en charge pour les handicapés orientés par la Cotorep en foyer occupationnel, nombreux sont les conseils généraux qui ont opposé aux CPAM un refus, explicite ou non, de rembourser cette avance, voire, ce qui est plus grave, de prendre en charge au delà de ce délai les jeunes adultes maintenus en IME mais orientés sur un foyer départemental. Au moment où elle a réalisé ses enquêtes sur place, la Cour a relevé, par exemple, que le conseil général des Landes avait opposé à la CPAM de Pau un refus de remboursement d'une somme de 54 529 francs concernant un jeune adulte maintenu à l'IME de Castel de Navarre alors qu'il relevait d'un foyer de vie, au motif qu'il n'appartenait pas au département d'assurer cette charge. Pour sa part, le conseil général de la Moselle, n'a pas jugé utile d'adresser une réponse à la CPAM d'Angers qui souhaitait récupérer son avance de six mois - 312 616 francs - concernant deux handicapés maintenus à l'IME de Jalesnes, mais orientés en foyer occupationnel par la Cotorep. Dans le même sens, la CPAM de la Lozère restait créancière de près de 5,5 millions de francs vis-à-vis de douze départements pour le maintien de 17 jeunes adultes en établissement d'éducation spéciale. Celle de Besançon était créancière de 284 322 francs vis-à-vis du département du Doubs pour trois personnes handicapées relevant des procédures de l'article 22.

43) Dans un avis du 11 janvier 1993 et un arrêt du même jour, le Conseil d'Etat a estimé que, sur la question des orientations de substitution, la circulaire du 18 mai 1989 était entachée d'incompétence.

La Cour regrette que, comme l'Etat, les départements refusent ainsi souvent d'appliquer une disposition qui - bien que les conditions de son adoption soient à l'origine de ses difficultés d'application - est devenue la loi.

Les arguments invoqués, lorsqu'ils existent - ce qui n'est pas toujours le cas, certains départements se bornant à garder le silence face aux demandes de remboursement, comme la Moselle dans l'exemple précité - sont souvent des arguments de procédure : incompétence "ratione loci" de la Cotorep ou de la commission départementale d'éducation spéciale (CDES) - qui joue, pour les enfants handicapés, le même rôle que la Cotorep et qui doit donner un avis conjoint à celui de cette dernière pour les décisions de maintien en établissement d'éducation spéciale - (département de Loire-Atlantique contestant la compétence de la Cotorep de la Lozère), orientation du handicapé en foyer "médicalisé" alors que les instructions ne prévoient pas expressément ce type d'établissement mais visent seulement les foyers occupationnels ou de vie, examen tardif, c'est-à-dire après le vingtième anniversaire, du dossier par la Cotorep, refus de prendre en charge au titre de l'hébergement en foyer de vie des handicapés antérieurement accueillis en IME au titre du semi-internat (département du Doubs). Mais l'argument juridiquement le moins contestable est l'inopposabilité aux conseils généraux des dispositions prises par simples circulaires ministérielles. (voir encadré : "un cas d'application de l'article 22")

UN CAS D'APPLICATION DE L'ARTICLE 22

Originaire d'un département (A) où elle a conservé son domicile de secours, Mlle X est hébergée dans un IME d'un autre département (B), et ses frais de séjour sont pris en charge par la CPAM de ce dernier.

Au jour de son 20ème anniversaire, le 18 mai 1989, elle doit en principe quitter cet établissement pour une structure accueillant des adultes. Aussi bien, le 18 avril 1989, la Cotorep du département d'origine (A) décide-t-elle, après avoir reconnu à l'intéressée un taux d'invalidité de 80 %, de l'orienter en foyer occupationnel de type "médicalisé".

Faute de place dans une telle structure, Melle X reste hébergée à l'IME, en application de "l'amendement Creton" qui venait d'être adopté, et, le 19 septembre 1991, la CPAM de B. se tourne vers le département de A. pour lui demander de prendre en charge les frais d'hébergement correspondants.

Le 23 octobre 1991, ce département rappelle le type d'orientation décidé par la Cotorep : s'agissant d'un foyer "médicalisé", il en conclut que la prise en charge incombe à la CPAM "compétente". Relancé par la CPAM de B. qui lui annonce son désengagement de la prise en charge de Melle X, le même département confirme sa position : il ne reconnaît, dans le cadre de l'amendement Creton, que deux types de foyers, les foyers occupationnels et les FDT ; il rejette donc l'appellation "foyer occupationnel de type médicalisé" et estime que la circulaire ministérielle du 18 mai 1989 lui est inopposable.

Entre temps, dans une tentative pour débloquer la situation, le dossier de Melle X est présenté à nouveau devant la Cotorep, mais cette fois de B., et donne lieu à une décision d'orientation en foyer occupationnel, tandis que la CDES de A., sur cette base, prend une décision de maintien dans l'IME où séjourne l'intéressée.

Confronté à ces nouvelles données, le département A. rejette, le 22 juin 1992, la demande de prise en charge, au motif que la Cotorep de B. n'est pas compétente, mais que seule celle de la ville de C. (département A.) pouvait se prononcer.

Le débat juridique continue ensuite, la CPAM maintenant sa demande de remboursement (385.885 F) pour la période pendant laquelle elle avait fait l'avance des frais de séjour au lieu et place du département (et ayant d'ailleurs cessé tout paiement dans le courant de l'année 1991). Le département de A., de son côté, a réussi semble-t-il à convaincre les parents de Melle X, ainsi que les responsables de l'IME, de solliciter la Cotorep compétente pour que soit prononcée une orientation en foyer occupationnel.

Même si la Cour a pu constater que, dans nombre de cas, les arguments invoqués par les départements étaient de pure circonstance, certains d'entre eux ne manquent pas de force et renvoient à des pratiques administratives déjà dénoncées à maintes reprises par la juridiction : comme cela a déjà été souligné, la réglementation par circulaire en est une. Précisément, la disposition législative en cause n'a fait l'objet d'aucun décret d'application, mais a seulement donné lieu à l'élaboration de la circulaire précitée de 1989 qui, bien que renvoyant elle-même aux circulaires antérieures régissant le fonctionnement des Cotorep, est loin d'avoir résolu tous les problèmes. C'est ainsi, par exemple, que la question des commissions - Cotorep et CDES - compétentes territorialement pour statuer sur l'orientation d'un handicapé hébergé dans un établissement situé hors de son département d'origine n'est toujours pas tranchée clairement : il semblerait que la Cotorep compétente soit celle du domicile de secours et la CDES celle du lieu où est situé l'établissement, mais cette analyse ne fait pas l'unanimité.

A la réglementation par circulaires du ministère, viennent s'ajouter les consignes données aux organismes régionaux ou locaux de sécurité sociale par la CNAM sous forme de télex ou de simples notes d'information. Celle-ci, en particulier, a recommandé dès 1990 aux caisses de base de continuer à payer au delà du délai de six mois les prises en charge des handicapés orientés prioritairement en CAT et, par substitution, en foyers occupationnels et de vie qui, en principe, devraient relever de l'aide sociale de l'Etat. Cette doctrine, coûteuse pour l'assurance-maladie, a été arrêtée par un télex de la CNAM en date du 6 juillet 1990, à titre provisoire et "dans l'attente des prochaines instructions ministérielles" qui, à ce jour, ne sont toujours pas intervenues.

A ces difficultés, s'ajoutent des problèmes d'ordre technique dont l'importance n'est pas négligeable. La détermination, même approximative, du nombre de personnes concernées par l'article 22 - essentielle, en termes de programmation - est toujours très incertaine. Lorsque le texte de loi a été adopté, les CPAM sont intervenues auprès des établissements d'éducation spéciale de leur circonscription pour obtenir un état des effectifs ventilés par tranches d'âge. Cet état, toutefois, ne peut avoir qu'un caractère indicatif puisque la règle posée ne joue qu'en fonction des possibilités de satisfaire ou non les orientations décidées par les Cotorep, après que les CDES se soient prononcées sur le maintien éventuel des personnes handicapées en établissement d'éducation spéciale. Dès lors, l'estimation du nombre de handicapés qui pourraient être concernés par le dispositif législatif varie sensiblement selon les services. A Angers, par exemple, les recherches de la CPAM au moment de l'enquête sur place aboutissaient à la conclusion que les intéressés étaient répartis dans cinq instituts médico-professionnels, alors que, parallèlement, la DDASS du Maine-et-Loire recensait, au sein de deux IME, soixante dix personnes relevant de l'amendement Creton. Dans le Rhône, la DDASS ne dispose que d'éléments anciens permettant d'apprécier le fonctionnement du dispositif : en octobre 1990, soixante-sept personnes auraient été concernées ; la CPAM de Lyon, pour sa part, estimait que, pour l'année scolaire 1990/1991, cinquante sept jeunes handicapés de plus de 20 ans étaient maintenus en établissement d'éducation spéciale.

Il n'est donc guère possible d'avoir une approche sûre dans ce domaine, d'autant que le délai moyen pour obtenir une décision conjointe CDES/Cotorep est souvent fort long. Dans le Doubs, par exemple, il est estimé à 13 mois ; la cellule hospitalière de la CPAM de Besançon relevait, en mai 1992, que si l'on exceptait les dossiers arrivant à échéance en 1992, trente-trois demandes étaient en instance à la CDES du Doubs, dont certaines depuis deux ans.

La mise en oeuvre des dispositions de la disposition de la loi du 13 janvier 1989 rencontre une difficulté supplémentaire propre au département du Nord : celle-ci réside dans les nombreux placements d'enfants handicapés effectués en Belgique dans des établissements conventionnés avec la CNAM, et pour lesquels se pose le problème du rapatriement. Au moment de son enquête, la Cour a pu constater qu'étaient ainsi concernées trente et une personnes relevant de la CPAM de Lille, deux de celle de Cambrai, treize de celle de Roubaix, et onze de la CPAM de Valenciennes. Les besoins en établissement pour handicapés adultes s'en trouvent augmentés.

Par ailleurs, la pratique des "orientations de substitution" conduit fréquemment les CPAM à recevoir des informations contradictoires qui, de plus, ne leur parviennent pas nécessairement dans le bon ordre chronologique, d'où des interruptions et des reprises de paiement avec rappel de prise en charge, qui compliquent et alourdissent la gestion. La Cour a ainsi pu relever à la CPAM de Pau le cas de dix-sept jeunes adultes handicapés qui avaient été, dans un premier temps - en 1989 -, orientés en CAT, puis, dans un second temps - en

1990 - en foyer occupationnel faute de places disponibles dans les premiers établissements. Or, pour des raisons inconnues, mais néanmoins lourdes de conséquences, la caisse n'avait été avisée que de la deuxième décision (celle de 1990) et avait donc légitimement interrompu ses prises en charge. La notification ultérieure de la première décision (celle de 1989) l'a obligée à reprendre ses paiements, avec effet rétroactif.

Tous ces inconvénients se cumulent pour aboutir à des résultats contestables dans la mesure où, financièrement, l'assurance-maladie continue de supporter indûment les frais qui relèvent de l'aide sociale de l'Etat et où, matériellement, le système conduit, tant que la capacité des établissements pour adultes n'aura pas été renforcée, à une suroccupation des IME, avec le risque que ces derniers puissent de plus en plus difficilement accueillir de nouveaux pensionnaires. Si tel était le cas, la nouvelle disposition n'aurait entraîné qu'un simple déplacement du problème qu'il était censé résoudre, et aurait accru les difficultés des enfants handicapés qui demanderont, pour la première fois, à être accueillis dans les établissements qui devraient leur être réservés.

**PROPOSITIONS DE LA COUR CONCERNANT LES STRUCTURES
ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES**

1° - COTOREP

- Assurer, au minimum, le respect des directives de la circulaire de mai 1984.
- Assurer une meilleure présence des représentants du département (conseillers généraux et médecins départementaux).

2° - Equipes de préparation et de suivi du reclassement

- Suppression de la distinction entre EPSR publiques et EPSR privées, et promotion de l'existence d'une seule formule d'accompagnement et de reclassement qui pourrait également traiter les malades mentaux stabilisés.

3° - Réglementation

- Abolition de la réglementation par circulaires ;
- Elaboration des mesures réglementaires annoncées par les lois, en particulier :
 - * décret d'application de l'article 123 de la loi de finances pour 1992,
 - * décret d'application de la loi du 10 juillet 1989 (accueil à domicile par des particuliers de handicapés relevant des MAS),
 - * mesures d'application de l'article 22 de la loi du 13 janvier 1989, dit "amendement CRETON" permettant de mettre fin au régime transitoire de prise en charge par la sécurité sociale des frais incombant à autrui.

4° - Circuits administratifs

- Allègement de la procédure d'agrément des centres de rééducation professionnelle et des centres de pré-orientation et déconcentration totale de celle-ci au niveau du préfet de région.

CONCLUSION

En donnant pour la première fois un cadre juridique global et cohérent à la politique en faveur des handicapés, les pouvoirs publics, en 1975, avaient entendu la doter d'instruments juridiques et financiers appropriés au but fondamental qu'ils lui assignaient, à savoir favoriser au maximum l'intégration tant professionnelle que sociale des intéressés.

Près de vingt ans plus tard, le bilan apparaît relativement décevant sans que, pour autant, la volonté de maintenir le cap ait été expressément remise en question. Cette évolution appelle plusieurs réflexions.

En premier lieu, les incertitudes en matière de concept du handicap n'ont pas été levées : dès lors qu'elles se répercutent sur les données statistiques, la quantification des objectifs est sujette à discussion et toute programmation incertaine. Il n'en reste pas moins qu'à partir des objectifs chiffrés globaux que se sont fixé les pouvoirs publics sur la base des hypothèses de besoins qu'ils ont eux-mêmes choisies, l'évaluation par la Cour des résultats témoigne des multiples difficultés rencontrées.

A une approche toujours plus fine du problème, dont témoigne par exemple l'apparition des foyers à double tarification, a correspondu une réglementation de plus en plus diversifiée et complexe, où de nouvelles formes d'action se sont superposées aux autres plutôt qu'elles ne s'y sont substituées. Il en est résulté des sources de conflits qui, dans un Etat de droit, n'ont de solutions que contentieuses, c'est-à-dire tardives et parfois peu respectées.

On ne surestimera jamais, en second lieu, les conséquences de la décentralisation dans ce domaine. Le partage des responsabilités entre l'Etat, la sécurité sociale et les départements, assorti nécessairement du partage du financement, a introduit dans les structures des éléments de dysfonctionnement. Des actions destinées à être complémentaires ne sont pas poursuivies parallèlement et les administrations centrales n'admettent pas toujours facilement que les solutions aux conflits réels qui subsistent ne peuvent être que d'ordre législatif ou contractuel, et non tranchées unilatéralement par circulaires. De plus, le coût de ces politiques sociales va croissant à la fois au niveau national et au niveau local et n'incite les partenaires ni au travail en commun ni au compromis raisonnable.

La première conséquence est l'utilisation des aides aux handicapés pour faire face à d'autres problèmes sociaux qui les recourent, mais en restent différents. Ainsi l'allocation compensatrice est de plus en plus aujourd'hui un substitut à l'allocation-vieillesse. Ainsi l'AAH tend à devenir un substitut aux pensions d'invalidité et, de surcroît, est attribuée suivant une répartition géographique qui reflète plus la faiblesse du revenu individuel ou le manque de vitalité économique du département qu'une carte du handicap, dont nul ne saurait affirmer qu'il soit ainsi localisé sur l'ensemble du territoire.

La seconde conséquence est que les différents instruments d'aide aux handicapés connaissent une répartition géographique très irrégulière, à la fois sur le plan quantitatif - notamment en matière d'hébergement - et sur le plan qualitatif, comme en témoignent la longueur très variable des listes d'attente pour accéder aux divers établissements et les efforts très inégaux faits en matière d'accessibilité et de soins à domicile. Les chances des handicapés d'être réinsérés socialement et professionnellement sont aujourd'hui très inégales et dépendent de leur domicile de rattachement. Toute législation ou réglementation complexe ouvre le champ à des interprétations strictes ou larges, bienveillantes ou restrictives, donc à des situations géographiquement contrastées où certains citoyens, face à des difficultés identiques, sont plus favorisés que d'autres.

Pour autant, la décentralisation, malgré les divergences qu'elle engendre nécessairement, doit être prise en compte aujourd'hui et intégrée dans une politique nationale, vis-à-vis des handicapés, qui l'a largement précédée. Il appartient au législateur de définir des règles plus simples de partage des compétences et des financements. Il revient à l'exécutif de mieux coordonner les actions des administrations centrales au niveau de l'intégration professionnelle - par exemple, remédier au déséquilibre actuel entre les centres d'aide par le travail et les ateliers protégés -. Il incombe aux représentants de l'Etat et des collectivités territoriales d'introduire plus de cohérence entre les différents stades d'intervention ou d'hébergement selon l'âge, compte tenu des conséquences indirectes de la disposition législative connue sous le nom d'amendement Creton.

Les propositions que la Cour a pu faire sur différents points et qui se retrouvent regroupées à la suite de chacune des parties du présent rapport visent à l'amélioration de certaines procédures, mais ne sauraient prétendre se substituer à la redéfinition, au niveau national, d'objectifs et de moyens qui relèvent des seuls pouvoirs publics. Il est évident que cette réaffirmation, qui doit correspondre à la place que notre société fait au problème des handicapés, doit également prendre en compte la situation de l'économie française et du rapport actifs-inactifs, qu'il s'agisse du partage entre ceux qui n'ont pas de travail et ceux qui en ont, ou entre ceux qui contribuent encore à la richesse nationale et ceux que l'âge empêche désormais de le faire.

En définitive, le triple effort demandé en vue de l'amélioration des perspectives d'intégration des travailleurs handicapés, de la définition plus précise et plus complète de la politique d'insertion sociale et de la mise en cohérence du dispositif juridique et réglementaire doit passer à la fois par une concertation accrue entre les services centraux et déconcentrés de l'Etat et les collectivités territoriales, par un pilotage plus rigoureux des actions entreprises et par une réflexion globale pour laquelle l'Etat, qui seul s'exprime au nom de l'ensemble de la population, paraît appelé à avoir un rôle prépondérant.

ANNEXE 1. - GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISES

AAH : allocation aux adultes handicapés

AC : allocation compensatrice

AES : allocation d'éducation spéciale

AFPA : association pour la formation professionnelle des adultes

AGATE : agence nationale pour les aides techniques et l'édition adaptée aux personnes déficientes visuelles

AGEFIPH : association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés

AIF : action d'insertion et de formation

ANPE : agence nationale pour l'emploi

AP : atelier protégé

APAJH : association pour adultes et jeunes handicapés

APF : association des paralysés de France

CAF : caisse d'allocations familiales

CAT : centre d'aide par le travail

CCDPCSA : commission consultative départementale de la protection civile, de la sécurité et de l'accessibilité

CCMSA : caisses centrales de la mutualité sociale agricole

CDES : commission départementale d'éducation spéciale

CDTD : centre de distribution de travail à domicile

CES : contrat emploi solidarité

CHRU : centre hospitalier régional et universitaire

CHS : centre hospitalier spécialisé

CMSA : caisse de mutualité sociale agricole

CNAF : caisse nationale des allocations familiales

CNAMTS (CNAM) : caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés

CNPSA : centre national pour la promotion sociale des aveugles

COLITRAH : comité de liaison pour le transport des personnes handicapées

COTOREP : commission technique d'orientation et de reclassement professionnel

CPAM : caisse primaire d'assurance-maladie

CPO : centre de préorientation

CRAM : caisse régionale d'assurance-maladie

CRE : contrat de retour à l'emploi

CRP : centre de rééducation professionnelle

CTH : conseiller pour les travailleurs handicapés

DAS : direction de l'action sociale

DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DDTE : direction départementale du travail et de l'emploi

DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales

DRTE : direction régionale du travail et de l'emploi

EPSR : équipe de préparation et de suite du reclassement

FDT : foyer à double tarification

FINESS : fichier national des établissements sanitaires et sociaux

FPSR : fédération pour la préparation et la suite du reclassement

GIC : grand invalide civil

GRTH : garantie de ressources aux travailleurs handicapés

IGAS : inspection générale des affaires sociales

IME : institut médico-éducatif

MAS : maison d'accueil spécialisé

MTP : majoration pour tierce personne

TIPS : tarif interministériel des prestations sanitaires

UNAPEI : union des associations de parents et amis des personnes handicapées mentales

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Glossaire des sigles utilisés

Annexe 2 : Crédits consacrés par l'Etat aux personnes handicapées

Annexe 3 : Un exemple de Centre de rééducation professionnelle (C.R.P.) : Mulhouse

Annexe 4 : La COTOREP

Annexe 5 : Protocoles d'accord du 8 novembre 1989

Annexe 6 : Carte des établissements d'hébergement pour adultes handicapés

Annexe 7 : Subventions d'investissement de l'Etat aux établissements pour enfants et adultes

Annexe 8 : Les auxiliaires de vie

Annexe 9 : Evolution de la garantie de ressources aux travailleurs handicapés (G.R.T.H.)

Annexe 10 : L'allocation aux adultes handicapés (A.A.H.)

Annexe 11 : Les centres de préorientation

Annexe 12 : Le problème des ressources laissées à la disposition des handicapés accueillis dans des établissements

Annexe 13 : L'article 22 de la loi du 13 janvier 1989, dit "amendement Creton"

ANNEXE 1

GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISES

AAH : allocation aux adultes handicapés

AC : allocation compensatrice

AES : allocation d'éducation spéciale

AFPA : association pour la formation professionnelle des adultes

AGATE : agence nationale pour les aides techniques et l'édition adaptée aux personnes déficientes visuelles

AGEFIPH : association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés

AIF : action d'insertion et de formation

ANPE : agence nationale pour l'emploi

AP : atelier protégé

APAJH : association pour adultes et jeunes handicapés

APF : association des paralysés de France

CAF : caisse d'allocations familiales

CAT : centre d'aide par le travail

CCDPCSA : commission consultative départementale de la protection civile, de la sécurité et de l'accessibilité

CCMSA : caisses centrales de la mutualité sociale agricole

CDES : commission départementale d'éducation spéciale

CDTD : centre de distribution de travail à domicile

CES : contrat emploi solidarité

CHRU : centre hospitalier régional et universitaire

CHS : centre hospitalier spécialisé

CMSA : caisse de mutualité sociale agricole

CNAF : caisse nationale des allocations familiales

CNAMTS (CNAM) : caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés

CNPSA : centre national pour la promotion sociale des aveugles

COLITRAH : comité de liaison pour le transport des personnes handicapées

COTOREP : commission technique d'orientation et de reclassement professionnel

CPAM : caisse primaire d'assurance-maladie

CPO : centre de préorientation

CRAM : caisse régionale d'assurance-maladie

CRE : contrat de retour à l'emploi

CRP : centre de rééducation professionnelle

CTH : conseiller pour les travailleurs handicapés

DAS : direction de l'action sociale

DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DDTE : direction départementale du travail et de l'emploi

DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales

DRTE : direction régionale du travail et de l'emploi

EPSR : équipe de préparation et de suite du reclassement

FDT : foyer à double tarification

FINESS : fichier national des établissements sanitaires et sociaux

FPSR : fédération pour la préparation et la suite du reclassement

GIC : grand invalide civil

GRTH : garantie de ressources aux travailleurs handicapés

IGAS : inspection générale des affaires sociales

IME : institut médico-éducatif

MAS : maison d'accueil spécialisé

MTP : majoration pour tierce personne

TIPS : tarif interministériel des prestations sanitaires

UNAPEI : union des associations de parents et amis des personnes handicapées mentales

ANNEXE 2 - CREDITS CONSACRES PAR L'ETAT AUX PERSONNES HANDICAPEES

(en millions de francs)

Type de mesure	Chapitre		Montant prévu par la LDF 1992	Montant prévu par LDF 1993	Evolution (valeur absolue)	%
Prestations et aides aux structures favorisant l'intégration sociale des handicapés :						
1) Prestations :			16 361	17 427	1 066	6,52
AAH (allocations aux adultes handicapés)	Chap. 46-92 (ASI)		15 775	16 819	1 044	6,62
	Chap. 46-32 art. 30 (agriculture et forêt)		586	608	22	3,75
2) Aides destinées à favoriser l'intégration sociale des handicapés :			253,83	243,9	-9,93	-4
. Etablissements nationaux pour jeunes sourds et aveugles	Chap. 36-21 (ASI)		65,57	68,6	3,03	4,62
	Chap. 56-10 art. 70 (ASI)					
		(AP)	(4)	(4)	(0)	
		CP	3,2	2,2	-1	-31,25
. Subventions d'investissement aux établissements pour enfants et adultes	Chap. 66-20-10 (ASI)					
		(AP)	-85,2	-70	(- 15,2)	-17,84
		CP	16,7	26,6	9,9	59,28
Action sociale en faveur des handicapés et inadaptés	Chap. 47-21 art. 30 (ASI)		168,36	146,5	-21,86	-13
Total prestations et aides :			16 614,83	17 670,90	1 056,07	6,35

Type de mesure	Chapitre		Montant prévu par la LDF 1992	Montant prévu par LDF 1993	Evolution (valeur absolue)	%
Dispositions ayant trait à l'emploi des handicapés :						
1) Travail protégé :			8 270,43	8 953,23	682,805	8,26
. CAT (centres d'aide pour le travail)	Chap. 46-23 art. 70 (ASI)		4 364,47	4 652,93	288,46	6,6
. Ateliers protégés	Chap. 44-71 art. 30 (TEFP)		104,358	116	11,642	11,15
Subventions d'investissements aux ateliers protégés	Chap. 66-72 art. 50 (TEFP)	(AP)	(20,6)	(22)	(1,4)	6,8
		CP	6,6	15	8,4	127,27
<u>Garantie de ressources (1)</u>	Chap. 44-71 art. 40 (TEFP)		3 795	4 169,30	374,303	9,86
2) Milieu ordinaire de travail :			72,518	78,001	5,483	7,56
<u>Transport de handicapés (2)</u>	Chap. 44-71 art. 60 (TEFP)		2,213	28,213	1	3,67
. Aide aux travailleurs handicapés	Chap. 44-71 art. 10 (TEFP)		25			
EPSR (Equipes de préparation et de suite du reclassement professionnel)	Chap. 44-71 art. 50 (TEFP)		45,305	49,788	4,482	9,9
Total des dispositions favorisant l'emploi			8 342,95	9 031,23	688,288	8,25
Total général			24 957,78	26 702,13	1 744,36	7

(1). La quasi-totalité de ces crédits étant consacré à la garantie de ressources des travailleurs handicapés travaillant en milieu protégé, il a paru plus logique d'inclure ce poste dans ce secteur.

(2). Le montant des crédits correspondants à l'article 60 du chapitre 44-71 a été transféré en 1993 à l'article 10 de ce même chapitre.

ASI : crédits inscrits au budget du ministère des affaires sociales et de l'intégration

TEPP : crédits inscrits au budget du ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

Agriculture et forêts : crédits inscrits au budget du ministère de l'agriculture

Source : Avis présenté au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de finances pour 1993 par M. MACHET, sénateur.

ANNEXE 3. - UN EXEMPLE DE CRP : MULHOUSE

La formation professionnelle ne représente qu'une partie d'un ensemble plus vaste géré par l'association pour la réadaptation et la formation professionnelle (ARFP), et dénommé "centre de réadaptation de Mulhouse" (CRM), qui comporte en fait trois pôles principaux : la réadaptation fonctionnelle (RF) ; l'adaptation et le reclassement professionnel (ARP) ; enfin la rééducation professionnelle proprement dite.

Cette structure imbriquée et pluridisciplinaire offre aux personnes handicapées des "parcours de réinsertion", non stéréotypés, appuyés d'un accompagnement social prolongé par les différentes institutions politiques ou privées du département du Haut-Rhin.

Le CRP créé en 1946 a fait l'objet d'un agrément interministériel par arrêté du 26 avril 1989 (texte commun à la préorientation et à la réadaptation professionnelle).

A. - CAPACITES D'ACCUEIL ET FILIERES DE FORMATION

Le CRP de Mulhouse a une capacité d'accueil de 396 places agréées pour ce qui concerne tant la prise en charge des frais d'hébergement et de fonctionnement (sécurité sociale) que celle de la rémunération.

Il comportait, jusqu'en septembre 1992, quatre filières principales regroupant 22 types de formations des niveaux III, IV et V, toutes sanctionnées par le certificat de formation professionnelle : électronique et automatismes (7 formations) ; dessin (4 formations) ; informatique (3 formations) ; tertiaire (8 formations).

Il s'y ajoute, depuis septembre 1992, une filière "soins", avec une formation d'aide-soignant ; d'autres filières sont en cours d'agrément (agent de prévention et de sécurité, agent de restauration), qui ont en commun avec la précédente de s'adresser à des personnes de niveau V, (c'est-à-dire le public qui rencontre le plus de difficultés) handicapées ou confrontées à des difficultés d'ordre social ou culturel, de faire une place importante à l'alternance et d'utiliser les "plateaux" techniques de l'établissement (service de réadaptation fonctionnelle, services généraux et techniques).

B. - LA CLIENTELE DU CRM

En 1992, 333 dossiers d'admission ont été déposés par des personnes handicapées (348 en 1991). L'électronique et l'informatique constituent les filières les plus prisées, tandis que les demandes d'entrée à la section dessin et celles concernant la section tertiaire diminuent.

Les entrées effectives se sont élevées à 254 en 1992 (257 en 1991) ; au cours de l'année, 581 stagiaires ont été présents, contre 586 l'année précédente.

Le recrutement du centre est national, avec deux pôles plus importants : la grande région Est (Alsace-Lorraine et Franche-comté) représente 51,46 % des entrées, et les régions des façades maritimes du nord-ouest (Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Haute et Basse Normandie, Bretagne et pays de Loire) 17,55 %.

Il est aussi international, avec 38 stagiaires de nationalité étrangère.

C. - LE FONCTIONNEMENT DES FORMATIONS

1° Le potentiel technique

Le centre maintient un potentiel technique important, notamment dans les filières informatique et électronique, cette dernière étant par exemple dotée d'automates industriels programmables les plus répandus sur le marché (Télématique) et de logiciels de conception assistée par ordinateurs (CAO).

Des logiciels de formation didactique sont fréquemment utilisés (enseignement assisté par ordinateur ou EAO), et le centre a conduit en 1991 une expérience de formation par téléenseignement, soutenue par des partenaires institutionnels et des entreprises : la formation interactive sur réseau câblé (FIRC) a permis à 80 stagiaires des sections tertiaires et électronique, reliés par le câble à 12 vidéodisques de simulation, de travailler à domicile de façon individuelle et autonome.

Le centre connaît cependant des difficultés croissantes pour financer les investissements pédagogiques, avec le recul des interventions de l'Etat. Jusqu'en 1990 en effet, ce dernier participait à la couverture des équipements à hauteur de 50 %, sur les crédits alloués à la délégation régionale pour la formation professionnelle (DRFP). Celle-ci n'intervient plus, et les crédits dont dispose la délégation à l'emploi (chapitre 66-71, article 10 du budget du ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, doté de 4,497 MF en AP et de 2,110 MF en CP pour 1992) doivent être répartis entre les différents CRP.

Les opérations financées par l'Etat sont ainsi passées de 2,063 MF en 1989 à 0,144 MF en 1992. Le "retrait" de la puissance publique n'est pas compensé par les interventions de l'AGEFIPH, qui reposent sur des critères différents, ni par les capacités d'autofinancement.

2° Les stages en entreprise

Les stages d'application pratique en entreprise sont systématiques ; mis en place avec le stagiaire, ils ont lieu d'une part pendant la phase préparatoire (2 semaines), puis durant la période de formation (de 6 à 8 semaines).

Outre ces stages, la formation a lieu le plus souvent possible en contact étroit avec l'extérieur : ainsi, pour la spécialité "agent de maintenance en machines de bureau", un partenariat avec diverses entreprises permet des parcours de formation aménagés avec une "alternance forte" débouchant sur l'emploi ; les stagiaires des filières tertiaires réalisent des travaux pour des partenaires externes, leurs travaux administratifs et comptables ayant reçus l'aval des comptables agréés dans le cadre du "projet socialement utile" conclu avec l'association mulhousienne d'aide aux chômeurs (AMAC). Pour les formations de niveau III en automatismes industriel, la réalisation d'un projet industriel répondant à un cahier des charges fixé par des entreprises a été généralisée.

3° L'accompagnement des stagiaires

a) les appuis de formation complémentaires

Les formations sont complétées par un atelier expérimental d'expression et de français, ouvert en priorité aux stagiaires de plus faible niveau, et d'ateliers d'apprentissage fonctionnant "à la carte" et permettant d'acquérir ou de revivifier des connaissances de fond.

Des intervenants extérieurs issus de l'association de cadres retraités ECTI fournissent des formations complémentaires en gestion et apportent un éclairage sur la connaissance de l'entreprise et la création d'entreprise.

b) le suivi des stagiaires en dehors de la formation professionnelle

Le centre assure enfin à ses stagiaires une rééducation fonctionnelle d'entretien, un suivi médical et psychiatrique.

D. - LES RESULTATS

Le taux global de réussite aux examens de fin de stage en vue de la délivrance du certificat de formation professionnelle (CFP) ou de perfectionnement professionnel (CPP) était de 79,04 % en 1992, contre 70,72 % en 1991, pour 170 stagiaires présentés aux examens.

Les taux de reclassement sont plus élevés que la moyenne nationale, globalement de 50 %, mais ils ont tendance à baisser d'année en année : 87 % en 1990, 77 % en 1991, 68 % en 1992.

L'augmentation du taux de chômage, la prudence des entreprises qui préfèrent opérer des reconversions internes, la présence sur le marché du travail de demandeurs d'emploi plus diplômés, plus qualifiés et plus expérimentés contribue sans doute à la régression des débouchés des stagiaires du centre.

Enfin, le reclassement comporte deux caractéristiques notables :

- la première concerne la mobilité géographique des stagiaires, dont 23 % sont originaires du Haut-Rhin, mais qui, à l'issue de leur formation, s'y installent professionnellement à concurrence de 42 % de l'effectif total, au détriment du Nord, de Champagne-Ardenne et des Pays de la Loire.

- la seconde a trait à la nature des contrats d'embauche, dont plus de la moitié sont à durée indéterminée.

E. - LA GESTION DU CENTRE

1° Le personnel

Le CRP dispose d'un effectif budgétaire théorique à temps complet de 75,25 postes, pour un effectif réel de 101 personnes .

Les personnels enseignants et techniques bénéficient du régime salarial de l'AFPA, conformément à la lettre du 17 novembre 1969 du ministre de la santé publique et de la sécurité sociale .

Le statut AFPA, qui ménage une rémunération relativement élevée par rapport à la contrainte professionnelle, semble constituer un frein, sinon un obstacle, à l'indispensable mobilité qui doit s'instaurer entre le centre et les entreprises pour maintenir les compétences. Il ne favorise guère une remise en cause des pratiques pédagogiques, qui devraient s'appuyer sur le souci permanent de la "transférabilité" du savoir-faire avec l'entreprise.

2° Le volume financier

Pour 1992, les produits des tarifications sur prix de journée constatés au compte de fonctionnement et de résultats se sont élevés à 52,4 millions de francs pour 80 244 journées réalisées, soit un coût annuel par place de 132 408 francs et un coût moyen journalier de 653 francs.

Les prix de journée fixés le 1er juillet 1992 étaient de 647 francs en demi-internat et de 826 francs en internat.

ANNEXE 4. - LA COTOREP

L'élément central du dispositif administratif institué par la loi d'orientation du 30 juin 1975⁴⁴ est, dans chaque département, la "Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel", ou COTOREP.

D'elle relèvent en effet la reconnaissance du handicap - qu'il s'agisse d'un handicap physique, sensoriel ou mental -, l'attribution des prestations, l'orientation et l'insertion professionnelle.

Une instance unique

Une seule et même instance statue donc sur l'ensemble de ces questions, le législateur ayant manifesté ainsi sa volonté d'une part de voir les problèmes des personnes handicapées appréhendés globalement par un organisme unique associant experts, gestionnaires et représentants des intéressés⁴⁵, d'autre part d'épargner à ces derniers une multiplicité de démarches et de leur faciliter la recherche, dans l'éventail des solutions possibles, de celles qui sont les plus appropriées à leurs cas.

La répartition des tâches

Pour des raisons techniques, les attributions de la COTOREP, qui est présidée alternativement, en formation plénière, par le DDTE et par le DDASS, ont été réparties entre deux sections spécialisées : la première est consacrée plus particulièrement aux questions d'orientation et de formation professionnelle, la seconde à l'attribution des prestations.

Chaque membre de la commission peut participer indifféremment à l'une ou l'autre section.

Pour accomplir sa tâche, la commission, organe de décision unique⁴⁶, dispose de deux outils essentiels : un secrétariat permanent et une équipe technique.

Le secrétariat permanent

Le secrétariat, organisé selon un principe d'unicité rappelé maintes fois, est placé sous l'autorité du DDTE, les secrétaire et secrétaire adjoint étant cependant nommés sur décision conjointe du DDTE et du DDASS, qui par ailleurs prennent de concert un certain nombre de décisions en matière d'organisation du travail.

Le rôle du secrétariat est particulièrement ample, puisqu'il s'agit non seulement de procéder à l'enregistrement et au suivi des demandes, d'organiser les réunions et d'en notifier les décisions, mais aussi d'assurer les liaisons externes nécessaires à l'application de ces dernières, de rechercher les structures d'accueil adaptées et de suivre la personne handicapée dans le processus d'insertion professionnelle. Le secrétariat tient un fichier des cas soumis à

44) Article L. 323-11 du code du travail.

45) La commission comprend notamment deux conseillers généraux élus par l'assemblée départementale, dont un titulaire et un suppléant.

46) La commission doit tenir au moins deux réunions par an en formation plénière ; le rythme des réunions des sections n'a pas été fixé, puisqu'il résulte du nombre de dossiers à examiner et de l'urgence qui s'y rattache.

la commission, et un fichier des établissements et services ; enfin, l'accent est mis sur l'importance de sa mission d'accueil et d'information des intéressés et des familles.

L'équipe technique

Comme la commission et le secrétariat, l'équipe technique est marquée par le principe d'unicité.

Pluridisciplinaire, de manière à ce que la personne handicapée puisse être examinée sous chacun de ses aspects : médical, social, psychologique, psychotechnique, professionnel, l'équipe est constituée en concertation entre le DDTE et le DDASS, qui font appel au concours de techniciens relevant non seulement de leurs services, mais aussi d'organismes ou d'administrations divers (ANPE, AFPA, organismes de sécurité sociale par exemple).

Elle comprend un noyau de base et un médecin responsable ayant une fonction d'animation et de coordination : le médecin coordonnateur.

L'équipe a pour vocation l'examen des dossiers recevables au plan administratif. Elle étudie les cas, recueille les avis nécessaires et présente la synthèse de ses travaux à la commission, qui statue. Le rôle du médecin responsable est alors essentiel, puisqu'il oriente les dossiers en fonction de leurs caractéristiques, et assure le fonctionnement de la procédure d'urgence prévue pour des situations particulières relevant de la deuxième section.

ANNEXE 5. - PROTOCOLES D'ACCORD DU 8 NOVEMBRE 1989

Le texte présenté est celui qui a été diffusé aux autorités déconcentrées de l'Etat dans les régions et les départements par le ministère de la Solidarité, de la santé et de la protection sociale (direction de l'action sociale).

MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE, ET DE LA PROTECTION SOCIALE

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

SECRETARIAT D'ETAT, AUPRES DU MINISTRE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, CHARGE DES HANDICAPES ET DES ACCIDENTES DE LA VIE

PREAMBULE

A la demande des associations représentatives de personnes handicapées , le Gouvernement a engagé des négociations afin d'améliorer l'intégration professionnelle des travailleurs handicapés .

Les dispositions qui suivent témoignent de la volonté commune des pouvoirs publics et des associations représentatives des personnes handicapées de mettre en place une politique active et concertée en faveur des personnes handicapées .

PROTOCOLE SUR L'INTEGRATION PROFESSIONNELLE DES TRAVAILLEURS HANDICAPES

1. - Préparées par l'intégration scolaire et sociale des enfants et des adolescents handicapés , l'intégration et l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés sont des obligations nationales.

2. - Le Gouvernement et les associations signataires s'engagent à poursuivre une politique active destinée à promouvoir l'intégration, l'insertion et le soutien des travailleurs handicapés quelque soit leur milieu de travail.

3. - Afin de favoriser l'insertion professionnelle des travailleurs les plus gravement handicapés , le Gouvernement s'engage à créer, par an, en terme de garantie de ressources et de crédits de fonctionnement :

- 2800 places de centres d'aide par le travail à temps plein et 800 places d'ateliers protégés en 1990 et 1991 ;

- 2600 places de centres d'aide par le travail à temps plein et 1000 places d'ateliers protégés en 1992 et 1993.

4. - Le Gouvernement représenté par le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et par le Secrétaire d'Etat auprès du Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale , chargé des Handicapés et des Accidentés de la Vie, mènera avec l'ensemble des partenaires une large réflexion sur le développement des différents dispositifs incitant à l'effort d'intégration et d'insertion tant en atelier protégé qu'en milieu ordinaire.

Cette réflexion portera sur les conditions permettant d'améliorer le fonctionnement et de favoriser le développement des ateliers protégés et des structures d'accompagnement permettant l'intégration et l'insertion vers le milieu ordinaire.

Un groupe de travail sera constitué avant le 15 décembre 1989 au sein du Conseil Supérieur pour le Reclassement Professionnel et Social des Travailleurs Handicapés : il rendra ses conclusions au 31 mars 1990 afin qu'elles puissent être examinées dans le cadre de la préparation de la loi de finances 1991.

5. - Les associations signataires et l'Etat s'engagent dans le cadre du programme pluriannuel mentionné au 3 du présent protocole, à diversifier les modes de prises en charge des centres d'aide par le travail :

- en développant les détachements individuels et collectifs auprès des entreprises ;
- en agissant en faveur de l'implantation d'ateliers dans les entreprises ;
- en développant toutes formules innovantes permettant l'intégration en milieu ordinaire.

6. - Les associations signataires et l'Etat s'engagent d'autre part, dans le cadre du programme pluriannuel mentionné au 3 du présent protocole :

- à créer des sections d'ateliers, placées auprès de CAT ;
- à créer des sections de CAT placées auprès d'ateliers protégés.

7. - Les associations et l'Etat s'engagent à développer le travail à temps partiel en CAT et à inciter à des actions extra-professionnelles assurant le soutien et l'accompagnement pendant le temps libéré.

8. - En liaison avec les associations, le Gouvernement, représenté par le Secrétariat d'Etat auprès du Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, chargé des handicapés et des accidentés de la vie poursuivra une réflexion avec les collectivités départementales sur les problèmes d'hébergement et d'accueil de jour des personnes handicapées, notamment des travailleurs vieillissants.

9. - Dès 1990 sera mis en place un groupe de travail composé au niveau national, de représentants de l'Etat et des associations signataires, destiné à émettre des propositions en vue de promouvoir les CAT et les ateliers protégés, proposant des formules visant l'intégration des travailleurs en milieu ordinaire. Dès 1990, les services extérieurs de l'Etat recevront des instructions pour donner priorité à ces projets innovants dans la proportion, au plus, du quart des nouvelles places créées, en application de l'article 3 du présent protocole, dans la limite du coût moyen de la place.

10. - Un bilan de ce protocole sera dressé devant le conseil national consultatif des personnes handicapées tous les ans conjointement par le Gouvernement et les associations signataires.

Paris, le 8 novembre 1989

LE MINISTRE DU TRAVAIL D'ETAT LE MINISTRE
DE L'EMPLOI, DE LA SOLIDARITE
ET DE LA DE LA SANTE ET DE LA
FORMATION PROFESSIONNELLE PROTECTION SOCIALE

LE SECRETAIRE
AUPRES DU MINISTRE
DE LA SOLIDARITE
DE LA SANTE ET DE LA
PROTECTION SOCIALE,
CHARGE DES HANDICAPES
ET DES ACCIDENTES DE
LA VIE

LE PRESIDENT DE
L'ASSOCIATION
DES PARALYSES DE FRANCE
(APF)

LE PRESIDENT
DE L'ASSOCIATION
POUR ADULTES ET
JEUNES HANDICAPES
(APAJH)

LE PRESIDENT DU COMITE
NATIONAL POUR LA
PROMOTION SOCIALE
DES AVEUGLES (CNPSA)

LA PRESIDENTE DE L'UNION
DES ASSOCIATIONS DE PARENTS ET
AMIS DES PERSONNES HANDICAPEES MENTALES
(UNAPEI)

A été partie aux négociations et a exprimé son accord avec le présent protocole l'Association Nationale des Communautés Educatives (ANCE) le Président de l'Association Nationale des Communautés Educatives

PROTOCOLE SUR LES RESSOURCES DES TRAVAILLEURS HANDICAPES

1. - Le salaire direct minimum en CAT, après la période d'essai, sera fixé à 5 % du SMIC au plus tard au 1er juin 1990.
2. - Les associations signataires se fixent comme objectif d'oeuvrer pour qu'en 1993 le montant moyen du salaire direct, versé à tous les travailleurs handicapés de CAT, soit de 15 % du SMIC, notamment en faisant porter l'effort sur les salaires inférieurs à ce montant.
3. - En outre, une attention particulière devra porter sur les salaires des travailleurs qui ne bénéficient pas de l'AAH.
4. - L'AAH sera recalculée immédiatement dès lors qu'un travailleur handicapé, notamment vieillissant, travaillera à mi-temps sur décision de la COTOREP.
5. - Afin d'encourager, quand elle est possible, l'intégration en atelier protégé et en milieu ordinaire, une réflexion sera menée avec l'ensemble des partenaires intéressés, dans le cadre du groupe de travail mentionné au 4e du protocole sur l'intégration professionnelle des travailleurs handicapés pour rechercher un système plus encourageant de rémunération des travailleurs handicapés en CAT, en atelier protégé, en milieu ordinaire.
6. - Dès maintenant, les associations signataires ayant été consultées, le Gouvernement arrête des modalités nouvelles concernant le complément de rémunération en CAT, le cumul de l'AAH et de la garantie de ressources pour les travailleurs handicapés en CAT, afin d'inciter à la sortie vers les ateliers protégés et le milieu ordinaire.

Afin d'affirmer la dignité des travailleurs handicapés en CAT, l'ensemble de leurs ressources (AAH + Garantie de Ressources) ne pourra être inférieure à 100 % du SMIC.

Paris, le 8 novembre 1989

LE MINISTRE DU TRAVAIL
DE L'EMPLOI,
ET DE LA
FORMATION PROFESSIONNELLE

LE MINISTRE
DE LA SOLIDARITE
DE LA SANTE ET DE LA
PROTECTION SOCIALE

LE SECRETAIRE D'ETAT,
AUPRES DU MINISTRE
DE LA SOLIDARITE
DE LA SANTE ET DE LA
PROTECTION
SOCIALE,
CHARGE DES HANDICAPES
ET DES ACCIDENTES DE
LA VIE

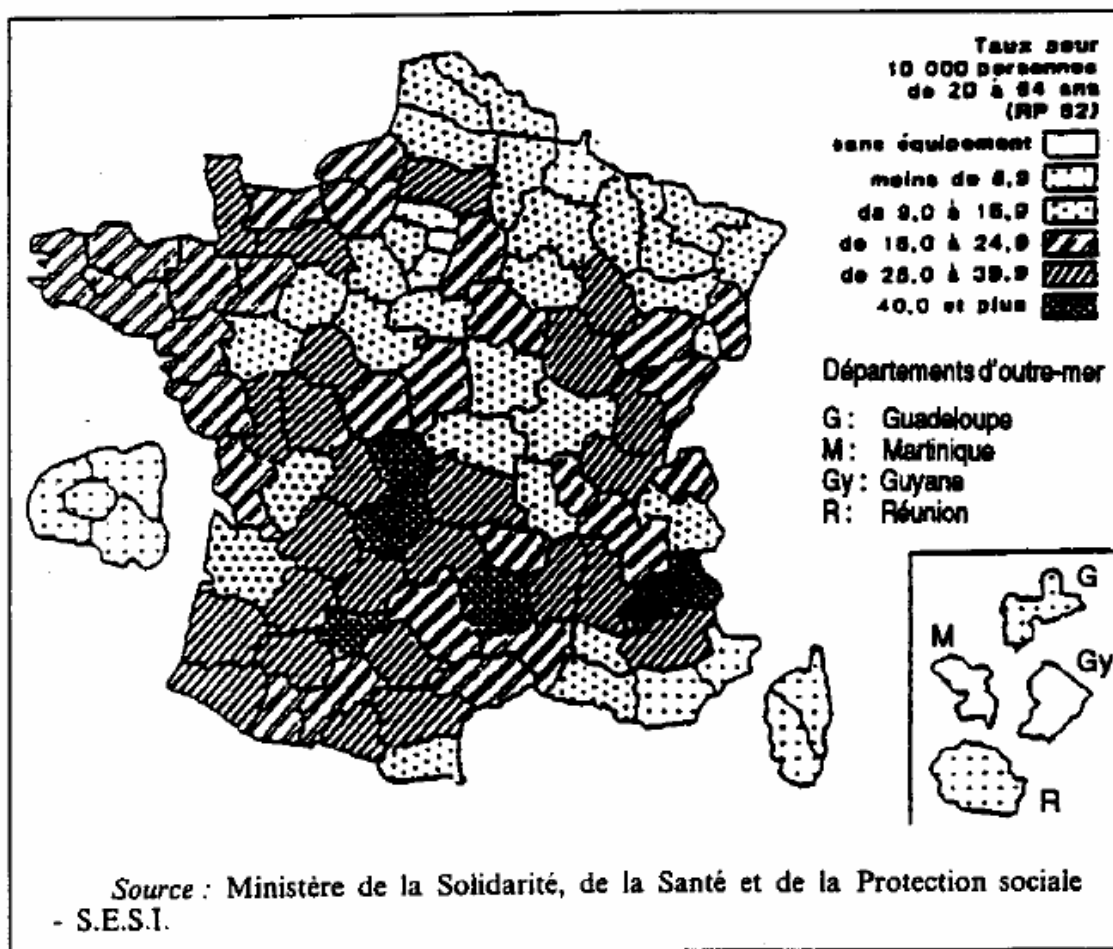
LE PRESIDENT DE
L'ASSOCIATION
DES PARALYSES DE FRANCE
(APF)

LE PRESIDENT
DE L'ASSOCIATION
POUR ADULTES ET
JEUNES HANDICAPES
(APAJH)

LE PRESIDENT DU COMITE
NATIONAL POUR LA
PROMOTION SOCIALE
DES AVEUGLES (CNPSA)

LA PRESIDENTE DE L'UNION
DES ASSOCIATIONS DE PARENTS ET
AMIS DES PERSONNES HANDICAPEES MENTALES
(UNAPEI)

ANNEXE 6. - CARTE DES ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR ADULTES HANDICAPES



Carte de l'enquête ES⁴⁷ 1987. La répartition n'a pas changé encore de façon significative lors de l'enquête ES 1989 publiée en mars 1992, et qui d'ailleurs ne comportait plus de cartographie. L'enquête ES 1991 est en cours de traitement.

47) Etablissements sociaux.

**ANNEXE 7. - SUBVENTIONS D'INVESTISSEMENT DE L'ETAT AUX
ETABLISSEMENTS POUR ENFANTS ET ADULTES**

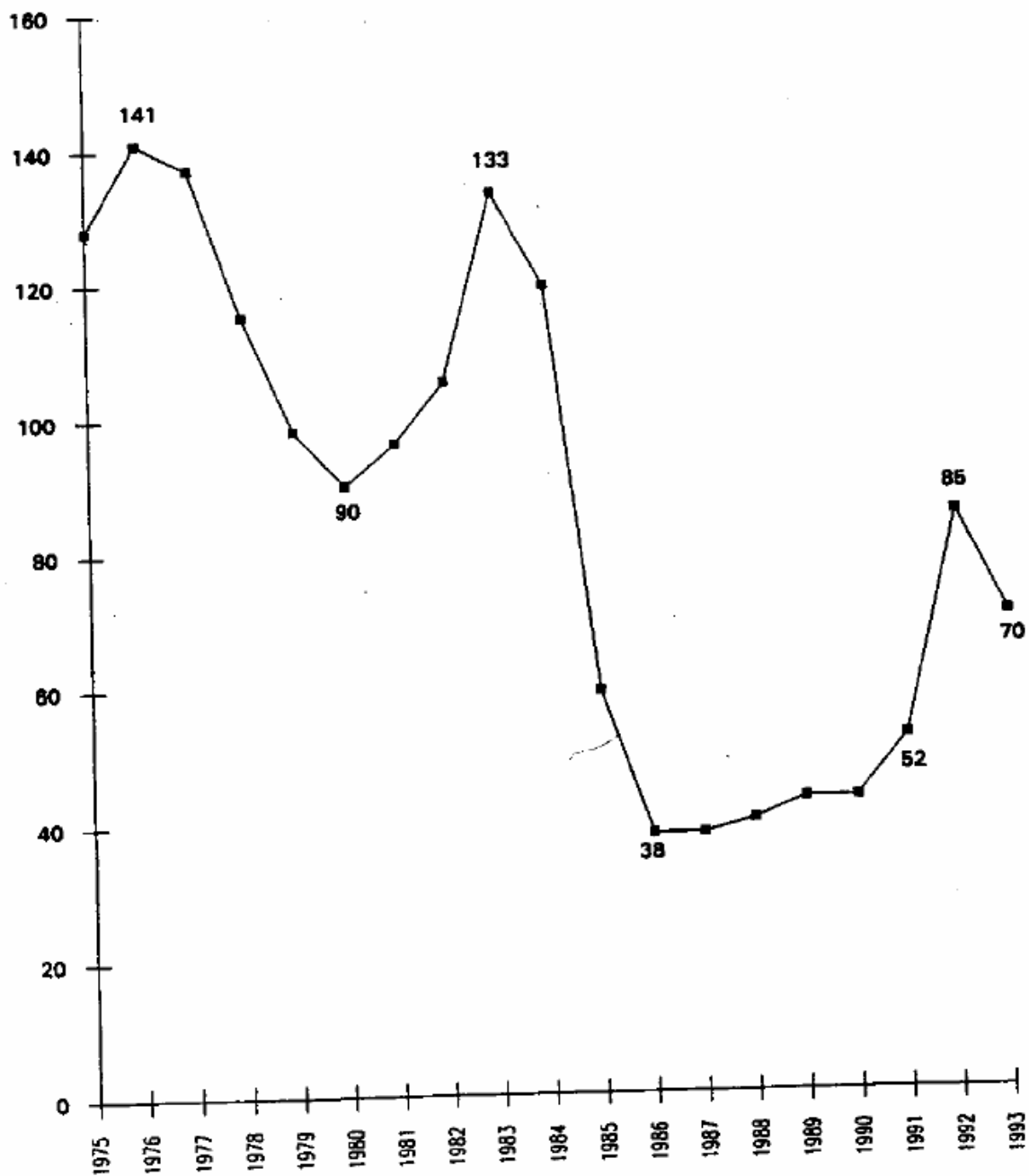
AUTORISATIONS DE PROGRAMMES NOUVELLES

: Années	: Budget de l'Etat	:
:	: Autorisations de programmes	:
:	: Chapitre 66-20 art. 10	:
:	: (en millions de francs)	:
-----	-----	-----
: 1975	: 128	:
: 1976	: 141	:
: 1977	: 137	:
: 1978	: 115	:
: 1979	: 98	:
: 1980	: 90	:
: 1981	: 96	:
: 1982	: 105	:
: 1983	: 133	:
: 1984	: 119	:
: 1985	: 59	:
: 1986	: 38	:
: 1987	: 38	:
: 1988	: 40	:
: 1989	: 43	:
: 1990	: 43	:
: 1991	: 52	:
: 1992	: 85	:
: 1993	: 70	:
-----	-----	-----
: Total 1975-1993 :	: 1 630	:

Chapitre 66-20 - Article 10

Autorisations de programmes nouvelles

(Millions de francs)



ANNEXE 8. - LES AUXILIAIRES DE VIE

: :Années:	:Subvention :forfaitaire :annuelle (F) :par poste	:Nombre de :postes :équivalents :TP	: Coût : total : en MF	:Evolution :(base 100 en :1981)	:
: 1981 :	48 000	: 225	: 1,8	: 100	:
: 1982 :	48 000	: 748	: 25,5	: 100	:
: 1983 :	51 840	: 1 630	: 84,5	: 108	:
: 1984 :	55 200	: 1 792	: 98,9	: 115	:
: 1985 :	55 200	: 1 864	: 99,3	: 115	:
: 1986 :	57 960	: 1 864	: 106,5	: 120,75	:
: 1987 :	57 960	: 1 864	: 106,5	: 120,75	:
: 1988 :	59 160	: 1 864	: 110,3	: 123,25	:
: 1989 :	60 360	: 1 864	: 112,4	: 125,75	:
: 1990 :	62 160	: 1 864	: 115,9	: 129,50	:
: 1991 :	62 160	: 1 864	: 115,9	: 129,50	:
: 1992 :	62 160	: 1 864	: 115,9	: 129,50	:
: 1993 :	62 160	: 1 864	: 115,9	: 129,50	:

Les crédits sont inscrits au chapitre 47-21, article 30, paragraphe 20 du budget du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville.

ANNEXE 9. - EVOLUTION DE LA GRTH

Les chiffres ci-dessous ont été communiqués par la Délégation à l'Emploi.

Chapitre 44-71, article 40, paragraphe 10 (Ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle)

:Années:	Dotations:	Reports :	Crédits ouverts:	Mandatelements:	Evolution en %:
: 1985	:2 200 452:	44 418 :	2 409 870	: 2 351 265	:
: 1986	:2 400 591:	62 114 :	2 653 681	: 2 599 078	: + 10,5 :
: 1987	:2 580 591:	57 697 :	2 841 972	: 2 784 407	: + 7,1 :
: 1988	:2 560 661:	58 960 :	3 019 087	: 2 969 397	: + 6,6 :
: 1989	:3 053 822:	49 322 :	3 253 644	: 3 222 949	: + 8,5 :
: 1990	:3 198 245:	30 695 :	3 428 949	: 3 337 982	: + 3,5 :
: 1991	:3 484 801:	90 958 :	3 575 759	: 3 499 195	: + 4,8 :
: 1992	:3 795 000:	76 500 :	3 869 000	: 3 801 053	: + 8,6 :

ANNEXE 10 : L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPES (AAH)

A) Les dotations budgétaires :

(en millions de francs)

Exercice	Dotations budgétaires (a)	Taux d'évolution (b)
1986	12,355	-
1987	12,997	5,2
1988	13,544	4,2
1989	14,286	5,5
1990	15,065	5,4
1991	15,881	5,4
1992	16,361	3
1993	17,427	6,5

(a) chapitres 46-92 du budget du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville et 46-32, article 30 du ministère de l'agriculture et de la pêche.

(b) en pourcentage par rapport à l'année précédente.

B) L'évolution du nombre de bénéficiaires de l'A.A.H. (tous régimes)

En unités

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
régime général	417 000	415 410	418 172	430 335	449 534	464 150	478 080	491 923
régime minier	1 000	1 160	1 000	1 157	1 028	1 032	1 000	1 000
salariés agricoles	13 000	13 636	14 000	13 945	14 242	14 010	15 000	15 000
exploitants agric.	27 000	26 761	26 000	26 393	26 155	25 573	25 000	25 019
total métropole	458 000	456 967	459 172	471 830	490 959	504 765	519 080	532 942
DOM	20 000	20 300	22 387	23 349	20 075	19 523	19 681	19 500
total général	478 000	477 267	481 559	495 179	511 034	524 388	538 761	552 442
Taux d'évolution (1)		-0,15	0,9	2,83	3,2	2,59	2,76	2,54
indice (2)	153	153	154	159	164	168	173	177

Les chiffres pour 1991 sont en partie estimés. Les chiffres pour 1992 ne sont pas encore connus (mai 1993).

source : DSS-DEES

(1) en pourcentage par rapport à l'année précédente.

(2) base 100 en 1980.

ANNEXE 11. - LES CENTRES DE PREORIENTATION

: :REGION :	: :NOM DU CENTRE :	: :NOMBRE: :DE :PLACES:	: :DATE DE :SIGNATURE :DE L'ARRETE:	: : :
:ALSACE	:* CPO de Mulhouse (68)	: 20	: 26.04.1989:	:
:AQUITAINE	:* CPO de Clairvivre (24)	: 30	: 17.04.1990:	:
:	:* CPO "la Tour de Gassies"	: 30	: 30.08.1990:	:
:	: à Brugges (33)	:	:	:
:AUVERGNE	:* CPO de Saint-Amand-Tallende (63)	: 35	: 30.08.1990:	:
:BASSE-NORMANDIE:	Néant	: -	: -	:
:BOURGOGNE	:* CPO de Pontigny (89)	: 20	: 03.05.1989:	:
:BRETAGNE	:* CPO de Brest (29)	: 20	: 30.08.1990:	:
:	:* CPO de Betton (35)	: 30	: 03.05.1990:	:
:CENTRE	:* CPO "Les Rhuets" à Vouzon (41)	: 15	: 30.08.1990:	:
:CHAMPAGNE	:* CPO de Charleville-Mézières (08)	: 10	: 06.07.1990:	:
: -ARDENNE	:	:	:	:
:CORSE	Néant	: -	: -	:
:FRANCHE-COMTE	Néant	: -	: -	:
:HAUTE-NORMANDIE:	Néant	: -	: -	:
:ILE-DE-FRANCE	:* CPO de Manteau-sur-Lunain (77)	: 15	: 30.08.1990:	:
:	:* CPO "Vivre à Arcueil" (94)	: 30	: 17.04.1990:	:
:LANGUEDOC	:* CPO de Castelnaud-les-Pez (34)	: 25	: 12.10.1990:	:
: -ROUSSILLON	Néant	: -	: -	:
:LORRAINE	:* CPO de Gondreville (54)	: 15	: 12.10.1989:	:
:	:* CPO de Plappeville (67)	: 20	: 12.10.1989:	:
:MIDI-PYRENEES	:* CPO de Toulouse (31)	: 28	: 26.04.1990:	:
:NORD-PAS-	:* CPO "La Mollière" à Berck (62)	: 60	: 26.04.1989:	:
: -DE-CALAIS	:	:	:	:
:PAYS DE LA	:* CPO de Sablé-sur-Sarthe (72)	: 20	: 26.04.1989:	:
:LOIRE	:* CPO de Saint-Saturnin (72)	: 20	: 03.05.1989:	:
:	:* CPO "La Garrolinière"	: 45	: 22.02.1988:	:
:	: à Nantes (44)	:	:	:
:PICARDIE	:* CPO "Le Belloy" à Saint-Omer en	:	:	:
:	: Chaussée (60)	: 30	: 30.08.1990:	:
:POITOU-	Néant	: -	: -	:
: CHARENTES	:	:	:	:
:PACA	:* CPO de Briançon (05)	: 10	: 16.07.1990:	:
:	:* CPO de Marseille (13)	: 13	: 30.08.1990:	:
:RHONE-ALPES	:* CPO de Saint-Etienne (42)	: 15	: 03.05.1989:	:
:	:* CPO de Lyon (69)	: 20	: 03.05.1989:	:
:OUTRE-MER	Néant	: -	: -	:

ANNEXE 12. - LE PROBLEME DES RESSOURCES LAISSEES A LA DISPOSITION DES HANDICAPES ACCUEILLIS DANS DES ETABLISSEMENTS

Le principe posé par l'article 168 du code de la famille et de l'aide sociale est que les frais d'hébergement et d'entretien des personnes handicapées dans les établissements de rééducation professionnelle et d'aide par le travail ainsi que dans les foyers et foyers-logement sont à la charge de l'intéressé lui-même, sans toutefois que ses ressources puissent descendre au-dessous d'un certain montant calculé par référence à l'AAH et, pour le surplus éventuel, de l'aide sociale. Les dépenses d'aide sociale sont acquittées par le département dans lequel les bénéficiaires ont leur domicile de secours (art. 192 du même code), qui, pour les personnes accueillies dans les établissements sanitaires ou sociaux, est en général le département d'origine des intéressés (art. 193 du même code).

La détermination des ressources minimales qui doivent être laissées à la disposition de la personne handicapée s'effectue de la manière suivante.

1° Aux termes des articles R 821-8 et R 821-9 du code de la sécurité sociale, le montant de l'AAH est réduit de 20 % si l'allocataire est marié et de 35 % s'il est célibataire, veuf ou divorcé en cas d'hospitalisation de plus de 60 jours dans un établissement de soins. Mais, en tout état de cause, la personne handicapée doit conserver une allocation au moins égale à 12 % du montant mensuel maximum de l'AAH, après paiement du forfait hospitalier.

2° De même, l'AAH est réduite en cas de placement en MAS : après 45 jours révolus passés dans une MAS, le montant de l'AAH versé à l'intéressé doit être au moins égal à 12 % du montant mensuel moyen de l'allocation, après paiement du forfait journalier.

3° L'allocataire accueilli dans un établissement d'hébergement spécialisé (foyer de vie, foyer-logement ou foyer d'hébergement) participe aux frais d'hébergement et d'entretien sans que ses ressources disponibles résiduelles tombent en-dessous d'un minimum défini par référence à l'AAH. La réglementation est, ici, complexe à appliquer.

a) L'établissement assure un hébergement et un entretien complet (y compris la totalité des repas) :

- le pensionnaire travaille : il doit conserver au moins 1/3 des ressources provenant de son travail ou des ressources garanties et 10 % de ses autres ressources, sans que ce minimum puisse être inférieur à 30 % du montant mensuel de l'AAH ;

- le pensionnaire ne travaille pas : il conserve au moins 10 % de l'ensemble de ses ressources mensuelles et au minimum 1 % du montant annuel de l'AAH.

b) Lorsque le pensionnaire prend régulièrement à l'extérieur de l'établissement au moins cinq des principaux repas au cours d'une semaine, 20 % du montant mensuel de l'AAH s'ajoutent aux pourcentages ci-dessus.

c) Le pensionnaire d'un foyer-logement pour personnes handicapées ou de tout établissement qui n'assure que l'hébergement des personnes handicapées doit pouvoir disposer mensuellement :

- s'il ne travaille pas, de ressources au moins égales au montant de l'AAH ;
- s'il travaille, du minimum de 30 % cité au a) ci-dessus, majoré de 75 % du montant mensuel de l'AAH.

d) Si le pensionnaire doit assumer la responsabilité de l'entretien d'une famille pendant la durée de son séjour en établissement, il doit pouvoir disposer mensuellement, en plus du minimum de ressources personnelles visé aux points a) à c) ci-dessus :

- s'il est marié, sans enfant, et si son conjoint ne travaille pas pour une raison valable, de 35 % du montant mensuel de l'AAH ;
- de 30 % du montant mensuel de l'AAH par enfant ou ascendant à charge.

**ANNEXE 13 L'ARTICLE 22 DE LA LOI DU 13 JANVIER 1989
DIT "AMENDEMENT CRETON"**

Les textes présentés sont :

- l'article 22 de la loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social , dans le texte publié au journal officiel du 24 janvier 1989 ;

- la circulaire DAS/RV1 n° 89-09 du 18 mai 1989 précisant les conditions d'application de cet article 22, dans le texte publié au bulletin officiel du ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale .

Loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social

Art. 22 - Après le paragraphe I de l'article 6 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées , il est inséré un paragraphe I bis ainsi rédigé :

"I bis - La prise en charge la plus précoce possible est nécessaire. Elle doit pouvoir se poursuivre tant que l'état de la personne handicapée le justifie et sans limite d'âge ou de durée.

"Lorsqu'une personne handicapée placée dans un établissement d'éducation spéciale ne peut être immédiatement admise dans un établissement pour adulte désigné par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel, conformément au cinquième alinéa (3) du paragraphe I de l'article L 323-11 du code du travail, ce placement peut être prolongé au-delà de l'âge de vingt ans ou, si l'âge limite pour lequel l'établissement est agréé est supérieur, au-delà de cet âge dans l'attente de l'intervention d'une solution adaptée, par une décision conjointe de la commission départementale de l'éducation spéciale et de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel.

"Cette décision s'impose à l'organisme ou à la collectivité compétente pour prendre en charge les frais d'hébergement et de soins dans l'établissement pour adulte désigné par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel, conformément au cinquième alinéa (3) du paragraphe I de l'article L 323-11 précité.

"La contribution de la personne handicapée à ces frais ne peut être fixée à un niveau supérieur à celui qui aurait été atteint si elle avait été effectivement placée dans l'établissement désigné par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel. De même, les prestations en espèces qui lui sont allouées ne peuvent être réduites que dans la proportion où elles l'auraient été dans ce cas".

Classification N° du texte SP 5 554 13744

Direction de l'action sociale Sous-direction de la réadaptation, de la vieillesse et de l'aide sociale

Bureau RV 1

Circulaire DAS/RV 1 n° 89-09 du 18 mai 1989 précisant les conditions d'application de l'article 22 de la loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 qui complète l'article 6 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées (maintien des adultes handicapés dans les établissements d'éducation spéciale)

NOR : SPSA8910202C

(Non parue au Journal officiel)

Le ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale , le secrétaire d'Etat auprès du ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale , chargé des handicapés et des accidentés de la vie, à Mesdames et Messieurs les préfets de région et de département (directions régionales des affaires sanitaires et sociales , directions départementales des affaires sanitaires et sociales) ; Mesdames et Messieurs les secrétaires des commissions départementales de l'éducation spéciale ; Mesdames et Messieurs les secrétaires des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel.

Le Parlement a arrêté, dans le cadre de la loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social , des dispositions destinées à maintenir, temporairement, des jeunes adultes atteints par la limite d'âge réglementaire dans les établissements de l'éducation spéciale.

L'article de cette loi qui complète l'article 6 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées prévoit que les jeunes adultes handicapés peuvent être maintenus dans les établissements d'éducation spéciale au-delà de l'âge réglementaire s'ils ne peuvent être immédiatement admis dans les établissements pour adultes handicapés désignés par la Cotorep. Dans ce cas, les frais de séjour du jeune adulte sont à la charge de l'organisme ou de la collectivité compétente pour prendre en charge les frais d'hébergement et de soins dans l'établissement pour adultes désigné par la Cotorep.

Cette disposition qui légalise une pratique autorisée par les circulaires du 6 avril 1969 et du 17 novembre 1977 ne remet pas en cause les orientations relatives à l'accueil des personnels handicapés , élaborées depuis l'adoption de loi d'orientation du 30 juin 1975. Elle tend uniquement à pallier pour partie l'insuffisance des structures d'accueil et de travail pour adultes en empêchant des ruptures de prise en charge préjudiciables aux personnes handicapées et douloureusement vécues par leurs familles.

En conséquence, il n'entre pas dans les intentions des pouvoirs publics de revenir sur des principes clairement établis qui ont conduit à une sensible et constante amélioration qualitative de la prise en charge des handicapés. En particulier, nous demeurons convaincus que les enfants et les adultes, qui ont des besoins spécifiques et appellent une prise en charge adaptée, ne doivent pas coexister au sein d'une même structure de prise en charge. IL faut au contraire que des projets répondant aux besoins des adultes handicapés soient mis en oeuvre afin d'éviter le risque de voir se recréer des établissements qui, à l'image des anciens hospices, accueilleraient de manière indifférenciée, pour la vie entière, une population à qui ne serait pas réellement offert de projet de vie.

Cette mesure ne dispense donc pas de poursuivre l'effort d'adaptation et de création de structures d'accueil et de travail adaptées à chaque catégorie de handicapés. Elle doit au contraire contribuer à inciter les responsables à dégager les moyens nécessaires à leur réalisation.

Ces dispositions législatives, ne nécessitant pas de textes réglementaires d'application, sont donc d'effet immédiat. La présente circulaire a pour objet, afin d'assurer conformément à la volonté du législateur la conduite de la prise en charge des jeunes adultes concernés, de préciser la procédure de mise en oeuvre du nouveau dispositif ainsi que le régime de ressources applicable aux jeunes adultes maintenus dans les établissements de l'éducation spéciale ; elle prévoit, en outre, certaines dispositions particulières.

I. - LA PROCEDURE DE DECISION INDIVIDUELLE

On distinguera le déroulement de la procédure en vue d'un placement dans un établissement d'adultes et le cas où, en raison de l'impossibilité de trouver une place en établissement d'adultes, la personne handicapée ou son représentant légal demande son maintien en établissement d'éducation spéciale.

A. - DEROULEMENT DE LA PROCEDURE EN VUE DE PLACER LE JEUNE HANDICAPE DANS UN ETABLISSEMENT D'ADULTES.

1° Saisine précoce de la Cotorep par la CDES

D'une manière générale et quelle que soit l'orientation prévisible des jeunes handicapés accueillis en établissement d'éducation spéciale, la procédure d'orientation doit être engagée suffisamment tôt pour que, au moment où le jeune adulte atteint l'âge limite de maintien dans l'établissement, la décision d'orientation soit connue. Il paraît donc raisonnable que la CDES saisisse la Cotorep avec accord du jeune handicapé ou de son représentant légal, neuf mois avant le terme normal de la prise en charge.

Ce délai peut permettre de donner le temps suffisant aux commissions pour trouver une solution adaptée ou, à défaut, une solution d'attente et d'éviter ainsi des ruptures de prise en charge.

2° Décision d'orientation de la Cotorep.

Cette décision sera prise selon les modalités prévues par la circulaire n° 85-08 du 18 mars 1985 relative à la coordination entre les CDES et les Cotorep, et tout particulièrement son paragraphe II. A.

En raison de leurs éventuelles conséquences financières, les décisions d'orientation des Cotorep, lorsqu'elles portent sur une orientation vers un établissement spécialisé pour adultes, doivent être précises et sans ambiguïté. Pour cette raison elles ne devront désigner qu'une seule catégorie d'établissement répondant aux besoins et aux capacités de la personne handicapée : soit une maison d'accueil spécialisée destinée aux adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants, soit un foyer, pour ceux qui ayant une certaine autonomie ont néanmoins besoin d'un accompagnement médico-social. Toutefois, dans le cas où la Cotorep prononce une décision d'orientation vers un établissement de travail protégé, elle devra indiquer quelle serait, à défaut, la catégorie d'établissement, éventuellement de jour, pouvant provisoirement répondre à la situation du jeune adulte dans le cas où il ne trouverait pas de place en structure de travail protégé.

En même temps qu'elle notifie sa décision d'orientation à l'adulte handicapé ou à son représentant légal, dans le cas où celle-ci a été prononcée pour un foyer, la Cotorep l'invite à adresser sans attendre au département dans lequel il est domicilié, une demande de prise en charge des frais de séjour par l'aide sociale. Cette démarche permettra de réduire les délais d'instruction des dossiers et devrait pouvoir éviter les ruptures de prises en charges financières qui pourraient intervenir à l'occasion du changement de financeur.

B. - CAS OU, EN RAISON DE L'IMPOSSIBILITE DE TROUVER UNE PLACE EN ETABLISSEMENT D'ADULTES, LA PERSONNE HANDICAPEE DEMANDE SON MAINTIEN EN ETABLISSEMENT D'EDUCATION SPECIALE.

1° Constatation par la Cotorep de l'impossibilité provisoire d'appliquer la décision d'orientation et information de la CDES

Une période de trois mois, à compter de la notification de la décision d'orientation, est mise à profit pour rechercher une place dans un établissement de la catégorie désignée. Si au terme de cette période, il s'avère impossible, faute de places, d'appliquer la décision d'orientation, la Cotorep émet un avis notifiant à la CDES cette impossibilité provisoire. Elle en informe la personne handicapée ou son représentant légal en lui indiquant qu'elle dispose de la possibilité de demander à la CDES le maintien en établissement d'éducation spéciale.

S'il est possible de prévoir une date à laquelle une place pourra être disponible, celle-ci devra être portée sur l'avis.

J'attire votre attention sur le fait que ce nouveau dispositif requiert des secrétariats et des équipes techniques des Cotorep un suivi de l'application des décisions d'orientation les amenant à prendre un rôle plus actif dans leur réalisation effective. Les Cotorep devront régulièrement et de manière systématique se pencher sur la situation des personnes adultes handicapées maintenues dans les établissements d'éducation spéciale en tenant compte du développement des places en établissement pour adultes afin que l'orientation initialement proposée soit le plus rapidement possible suivie d'effet.

2° Décision de la CDES

a) Au vue de l'avis de la Cotorep et sur la demande de la personne handicapée, de sa famille ou de son représentant légal, la CEDS peut prendre une décision de maintien dans l'établissement d'éducation spéciale. Dans ce cas, cette décision s'appuie sur la pratique habituelle de la CEDS qui prend en compte les besoins du jeune adulte handicapé. De même, la CDES doit rester attentive à l'évolution du jeune adulte handicapé dont les besoins doivent faire l'objet d'un réexamen systématique et périodique tous les deux ans.

La CDES notifie la décision de maintien du jeune adulte handicapé dans l'établissement, à l'établissement d'éducation spéciale, à la famille, à la caisse d'allocations familiales qui liquide l'allocation aux adultes handicapés, à l'organisme de sécurité sociale et, le cas échéant, au président du conseil général qui devra prendre en charge les frais de séjour.

b) L'entrée en vigueur de la loi ouvre une phase transitoire pour la mise en oeuvre normale du dispositif décrit ci-dessus. En effet, outre les enfants qui seront atteints très prochainement par la limite d'âge réglementaire, il convient de traiter, en priorité, le cas des jeunes adultes qui sont actuellement en dérogation d'âge, conformément aux dispositions antérieures et qui doivent, à dater de la publication de la loi, être pris en charge conformément au nouveau dispositif.

Afin de mettre le plus rapidement possible fin à cette dernière situation, les CDES devront, dès réception de la présente circulaire engager la nouvelle procédure. Toutefois, dans le cas où la Cotorep a déjà prononcée l'orientation, elle peut, sans attendre le délai prévu au C, transmettre la proposition de maintien. Néanmoins, si l'adulte handicapé a été orienté vers une structure de travail protégé, la Cotorep devra compléter sa décision d'orientation par l'indication de la catégorie d'établissement choisie en attente du placement en travail protégé.

J'attire enfin l'attention des secrétariats des Cotorep et des directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales sur la situation des jeunes adultes, et tout particulièrement de jeunes lourdement handicapés, qui, par suite de décision récente de refus de maintien dans leur établissement d'éducation spéciale, ont été rendus à leur famille et ne peuvent bénéficier de dispositions législatives qui s'appliquent seulement à des enfants encore en établissement.

Ces jeunes devront être prioritairement accueillis dans les établissements pour adultes adaptés.

Vous voudrez bien vous y employer.

II. - MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SEJOUR

Par rapport à la situation actuelle le nouveau dispositif introduit une novation majeure quant aux conditions financières de la prise en charge des frais de séjour des jeunes handicapés maintenus dans les établissements d'éducation spéciale pour enfants qui sont liées à la décision d'orientation de la Cotorep. En effet, la loi prévoit que la prise en charge financière incombe à l'organisme ou à la collectivité compétente pour prendre en charge les frais d'hébergement et de soins dans l'établissement pour adultes désigné par la Cotorep.

Deux types de situation vont se présenter : celle des jeunes adultes déjà maintenus dans les établissements par dérogation individuelles ; celle des jeunes adultes qui vont atteindre l'âge de vingt ans ou l'âge limite d'agrément.

Il convient d'appliquer à ces deux types de situation les règles suivantes :

A. - DETERMINATION DE L'ORGANISME PAYEUR.

Il convient d'envisager deux cas différents :

- a) Dans le cas d'une orientation en maison d'accueil spécialisée les frais de séjours liés au maintien sont à la charge de maladie ;
- b) Dans le cas d'une orientation en foyer, les frais de séjour sont à la charge, en application des articles 193 et 194 du code de la famille et de l'aide sociale, du département où le jeune handicapé a conservé son domicile de secours.

A cet égard, les enfants mineurs non émancipés ont le domicile de secours de la personne qui exerce l'autorité parentale ou la tutelle confiée en application de l'article 390 du code civil.

Le séjour dans un établissement sanitaire ou social étant sans effet sur le domicile de secours, les jeunes handicapés ayant atteint l'âge de vingt ans auront, dans la grande majorité des cas, conservé le domicile de secours acquis durant leur minorité dans le département de résidence habituelle de leurs parents.

Ils n'auront, en effet, pu perdre ce domicile de secours que dans les deux situations prévues à l'article 1984, premier alinéa, qui exclus en particulier le cas d'une absence de plus de trois mois motivée par "un séjour dans un établissement sanitaire et social".

Contrairement à certaine pratique, les jeunes gens qui atteignent l'âge de dix-huit ans ne perdent donc pas, du fait de la majorité légale, le domicile de secours qu'ils ont acquis durant leur minorité.

Dès que le président du conseil général reçu la notification de la décision de maintien, il engage immédiatement, si cela n'a pas été fait préalablement par la personne handicapée ou son représentant légal, la procédure de demande d'admission à l'aide sociale en faisant instruire par ses services le dossier qui est ensuite soumis à la commission d'admission compétente pour fixer la participation de l'intéressé à ses frais d'hébergement.

Ainsi que le précise le I, A, 1, la procédure engagée suffisamment tôt doit permettre d'éviter toute rupture de prise en charge.

B. - SITUATION DE L'ETABLISSEMENT D'EDUCATION SPECIALE.

Il faut rappeler que la loi n'a pas pour objet de modifier les conditions techniques de la prise en charge des personnes handicapées et qu'en conséquence le maintien de jeunes adultes dans les établissements d'éducation spéciale ne doit pas modifier leur vocation initiale. Ils doivent donc continuer à assurer aux jeunes qu'ils accueillent une formation et une éducation qui doivent les amener à intégrer dans les meilleures conditions possibles l'établissement pour adultes vers lequel ils ont été orientés.

De même l'établissement reste soumis aux règles financières budgétaires et comptables applicables aux établissements d'éducation spéciale financés par l'assurance maladie. Son prix de journée reste toujours fixé par le préfet ; il est opposable aux organismes et collectivités compétentes pour prendre en charge les frais d'hébergement et de soins dans l'établissement pour adultes désigné par la Cotorep.

C. - MAINTIEN DES PRISES EN CHARGE FINANCIERES DE L'ASSURANCE MALADIE JUSQU'A LA DECISION CONJOINTE DE LA CDES ET DE LA COTOREP.

Afin d'éviter toute rupture dans la prise en charge financière préjudiciable au fonctionnement de l'établissement lorsque le conseil général doit prendre le relais de l'assurance maladie, la procédure suivante sera retenue :

- les frais de séjour sont dus par le département, le premier jour du mois qui suit la date de la décision conjointe de maintien dans l'établissement d'éducation spéciale notifiée par la CDES ;
- l'organisme d'assurance maladie dont dépendait l'enfant ainsi que le département à qui incombe désormais la prise en charge des frais de séjour doivent, dans les six mois suivant la notification de la décision de maintien par la CDES, s'accorder sur les modalités du transfert de la prise en charge. Passé ce délai, la caisse d'assurance maladie peut suspendre le paiement des frais de séjour.

Enfin, pour favoriser le développement de nouvelles capacités d'accueil pour les adultes handicapés, les organismes d'assurance maladie devront mettre à la disposition des présidents des conseils généraux chargés d'arrêter les schémas départementaux et des CRISMS chargées d'examiner les projets de création et de reconversion des établissements sociaux et médico- sociaux les informations qu'ils détiennent sur le nombre des dérogations par établissement.

Ces informations devraient permettre, dans le cadre d'une concertation générale, la mise en place d'une politique de redéploiement fondée sur une connaissance exacte des établissements devant être prioritairement reconvertis et des besoins en matière de création.

III. - REGIME DES RESSOURCES

En ce qui concerne le régime des ressources applicable, la loi prévoit que la contribution de la personne handicapée à ses frais d'hébergements ne peut être fixée à un niveau supérieur à celui qu'il aurait atteint si elle avait été effectivement placée dans l'établissement désigné par les Cotorep. De même, les prestations en espèces qui lui sont allouées ne peuvent être réduites que dans la proportion où elles l'auraient été dans ce cas.

Il résulte de ces dispositions que le jeune adulte maintenu en établissement d'éducation spéciale se voit appliquer, en matière de participation à ses frais d'hébergement, les règles en vigueur, selon le cas, dans les foyers ou dans les maisons d'accueil spécialisées.

Ces règles sont applicables le premier jour du mois qui suit la date d'effet de la décision de maintien notifiée par la CDES.

IV. - DISPOSITIONS PARTICULIERES

La mise en oeuvre de l'ensemble des dispositions exposées ci-dessus appelle toutefois un examen et un traitement spécifiques pour le cas des jeunes adultes handicapés poursuivant un cycle d'études secondaires générales ou techniques ou un cycle universitaire dans les établissements ou services d'éducation spéciale.

Ces jeunes adultes en effet, à cause d'un cursus scolaire fréquemment interrompu par des hospitalisations, se trouvent souvent dans la situation de ne pas avoir achevé leur formation à l'âge limite fixé par l'autorisation délivrée à l'établissement.

Afin de ne pas contraindre ces jeunes à interrompre leurs études faute de soutiens spécialisés qui leur sont indispensables, certains établissements bénéficient déjà d'une extension de l'âge limite de sortie au-delà des normes réglementaires ; à défaut de cette autorisation, les jeunes adultes concernés se voient généralement accorder des mesures individuelles de dérogation.

L'article 6.1 nouveau de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées ne s'applique pas à ces situations. Il ne vise en effet que le cas de jeunes adultes en attente de placement en établissement pour jeunes adultes handicapés . Il s'agit ici au contraire de jeunes adultes que l'achèvement de leurs études doit faire déboucher sur leur intégration socio-professionnelle en milieu ordinaire.

C'est pourquoi, pour ces jeunes, la prise en charge par l'assurance maladie pourra être maintenue sur décision de la commission d'éducation spéciale jusqu'à l'âge maximal de vingt-cinq ans, dans le cas où ils en font la demande.

Les difficultés que soulèveraient ces instructions pourront être signalées au bureau RV 1 (direction de l'action sociale , ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale).

Le ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, Claude EVIN

Le secrétaire d'Etat auprès du ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, chargé des handicapés et des accidentés de la vie M. GILLIBERT

Réponses des administrations, collectivités et organismes

**REPONSE DU MINISTRE D'ETAT, MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTE ET DE LA VILLE**

Comme le souligne la Cour dans l'introduction de son rapport, la situation des personnes handicapées demeure un problème de société très important. Le traitement qu'une société réserve à ses citoyens handicapés constitue en effet le témoignage le plus manifeste de l'éthique qui fonde cette société, de la valeur réelle que celle-ci accorde à l'Homme et du degré de cohésion sociale qu'elle entend faire prévaloir. A ce titre, la politique d'intégration sociale des personnes handicapées engagée dans le cadre défini par la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, constitue un volet fondamental et exemplaire de la politique d'action sociale et plus largement du dispositif de protection sociale, puisque s'y retrouvent tous les enjeux qui animent depuis au moins deux décennies le vaste débat sur le rôle, les moyens, les limites et l'organisation de notre système de protection sociale.

On peut rappeler brièvement quelques-uns de ces enjeux : la prise en compte de la différence ; la définition et la mise en oeuvre de stratégies d'insertion, qu'elles soient scolaires, professionnelles ou sociales ; le coût financier de cette protection sociale et le degré de solidarité qu'une société en crise est prête à accepter pour maintenir à niveau voire développer cette protection sociale ; la définition enfin des rôles respectifs dévolus aux différents intervenants que sont les personnes elles-mêmes, les associations médiatrices, les organismes d'assurance sociale et les Pouvoirs Publics.

Or, et précisément sur ce dernier point, s'il est un domaine où le vaste mouvement de décentralisation engagé dans le secteur social en 1984 a laissé un espace relativement ouvert, où, comme le constate la Cour avec raison, les "jeux" ne sont pas encore définitivement "faits" entre les grands acteurs institutionnels que sont les collectivités territoriales (au premier rang desquelles les départements), l'Etat et les caisses de sécurité sociale, c'est bien le domaine du handicap. Ainsi l'Etat conserve-t-il en ce domaine des compétences tout à fait conséquentes : outre ses fonctions régaliennes de fixation des prescriptions minimales et obligatoires, il reste compétent pour régenter l'ensemble du secteur du travail protégé, pour déterminer la politique de tarification de l'ensemble des établissements rattachés à son propre budget (CAT) ou financés par les organismes d'assurance maladie (établissements et services d'éducation spéciale, maisons d'accueil spécialisées), et pour assurer le financement des prestations de solidarités constituant un minimum social (AAH), disposant ce faisant de leviers efficaces pour élaborer et mettre en oeuvre une politique globale du handicap.

La loi du 30 juin précitée constitue jusqu'à ce jour la référence que les pouvoirs publics se sont efforcés, depuis vingt ans, d'appliquer dans toute son ampleur. La Cour, dans son présent rapport, dresse un bilan lucide et constructif de cet effort ; elle souligne tout particulièrement les problèmes posés par l'absence de définition précise du handicap et les répercussions de la décentralisation, ces deux facteurs étant largement responsables selon elles, des limites de l'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées et des dérives et incohérences d'un dispositif de protection sociale que le législateur avait souhaité leur réserver.

Le recensement et l'analyse que la Cour fait des nombreux dysfonctionnements de ce dispositif, au point de juger finalement "relativement décevant" son bilan, ne doit cependant pas faire oublier ni même sous-estimer les incontestables progrès réalisés sur ces vingt dernières années dans la situation matérielle et morale des personnes handicapées, grâce à la volonté des pouvoirs publics de rester fidèles aux objectifs de la loi du 30 juin 1975 (I).

Il faut néanmoins convenir que les évolutions nombreuses et multiples -dont la décentralisation des compétences et des moyens intervenue dans le secteur social en 1983-1984 n'est pas la moindre- soulignent, avec une acuité toute particulière, les limites de cette volonté, voire ses propres contradictions. S'entendre sur le constat de ces limites et de ces contradictions est un préalable indispensable à toute recherche sereine de solutions pertinentes qu'il revient à l'Etat de proposer ou de mettre en oeuvre (II).

Enfin, notons que parmi ces solutions, certaines sont déjà explorées, dans le sens indiqué par la Cour (III).

I. Incontestablement, l'application des politiques sociales dans le cadre fixé par la loi du 30 juin 1975 a suscité une amélioration progressive et régulière de la situation des personnes handicapées .

Quelques chiffres traduisent cette évolution positive : en 1950 les allocations d'aide sociale représentaient 30 % d'un minimum garanti lui-même bien inférieur à ce qu'allait être le SMIC futur ; en 1993, l'AAH atteint 54 % de ce SMIC, voire 63 % avec le complément de 500 F institué le 1er février 1993 en vue d'encourager la vie autonome à domicile des personnes handicapées .

Cette amélioration des conditions de vie est également consécutive au développement et à l'évolution des conditions de prise en charge institutionnelle des handicapés les plus lourds notamment sur ces quinze dernières années. Certes, la diversité des catégories et des statuts juridiques des établissements d'accueil pour les adultes handicapés rappelée par la Cour, rend malaisée la perception d'une cohérence d'ensemble du dispositif. A contrario, cette diversité exprime la volonté d'offrir aux personnes handicapées l'éventail le plus large de solutions adaptées aux besoins de chacun ; elle constitue aussi, dans certaines limites, un espace de liberté dans lequel peuvent s'épanouir les formules les plus innovantes et les plus dynamiques.

Le bilan négatif porté par la Cour sur la politique de programmation par l'Etat de places nouvelles dans les établissements de travail protégé -respectivement ateliers protégés (AP) et centres d'aide par le travail (CAT)- et dans les établissements d'accueil des adultes les plus lourdement handicapés -maisons d'accueil spécialisées (MAS) et foyers à double tarification (FDT)-, doit également être nuancé. Tout d'abord, la création de 14 400 places supplémentaires dans les établissements de travail protégé et de 4 840 places dans les établissements pour adultes très lourdement handicapés (MAS et foyers à double tarification), dans le cadre de deux programmes pluriannuels, a incontestablement permis de faire face à des besoins de prise en charge dont l'acuité était soulignée par l'adoption par le législateur, en janvier 1989, d'une disposition de maintien dérogatoire des jeunes adultes dans les établissements de l'éducation spéciale.

Par ailleurs, si le premier de ces plans n'a pas permis de réduire l'écart entre le nombre de places existant respectivement dans les AP et dans les CAT - objectif auquel souscrit pleinement le ministère des affaires sociales -, il n'en a pas moins permis de relancer la dynamique de création des ateliers protégés dans des conditions tout à fait appréciables si l'on tient compte de la conjoncture économique. Quant au rééquilibrage géographique, on peut constater qu'un resserrement autour du taux moyen d'équipement national de 2,55 en fin de plan a été opéré, puisque 28 départements étaient au-dessous d'un niveau d'équipement de 2 en 1989 et seulement 13 en 1993.

L'amélioration des conditions de prise en charge institutionnelle des adultes handicapés , conjuguée aux progrès thérapeutiques, explique sans aucun doute l'augmentation significative de l'espérance de vie des personnes les plus lourdement handicapées , suivant en cela une évolution plus générale qui affecte l'ensemble de la population de nos sociétés développées, mais qui pose ce faisant des problèmes nouveaux (vieillesse des personnes handicapées), dont l'ampleur ira croissant et pour lesquels les solutions restent encore à imaginer.

Non moins décisive, mais sans nul doute beaucoup plus difficile à mesurer, est l'évolution des mentalités résultant de la poursuite, à travers ces vingt années, des objectifs d'intégration de la loi du 30 juin 1975. Bien des progrès restent encore à réaliser dans ce domaine de l'acceptation du handicap par les "valides". Il est cependant indéniable que les campagnes de communication, menées par les associations et souvent relayées par les pouvoirs publics, nous ont progressivement familiarisés avec l'intégration des personnes handicapées, avec la connaissance de leurs problèmes et le désir de nombre de nos compatriotes d'y porter remède (que l'on songe, quel que soit par ailleurs le jugement que l'on porte sur ce type de manifestation, au succès de la campagne du téléthon). Or, à cet égard, si la loi du 10 juillet 1987 sur l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés n'a pas encore tenu toutes ses promesses, ce n'est pas le moindre de ses mérites que d'avoir inscrit la problématique du handicap au coeur de l'entreprise et que de contraindre les acteurs économiques à en faire, à un moment donné, un paramètre obligé de réflexion, incitant par ailleurs à un dialogue souvent stimulant entre le milieu ordinaire de travail et le secteur du travail protégé.

Au total des avancées rendues possibles par la loi de 1975 et par les politiques d'intégration mises en oeuvre soutiennent plus qu'honorablement la comparaison avec celles des systèmes en vigueur dans les pays les plus développés.

II. Force est toutefois de prendre acte de la pertinence des analyses critiques développées par la Cour, quant aux limites, insuffisances ou incohérences des politiques publiques en la matière, ces "faiblesses" se traduisant selon elle : par une intégration professionnelle qui marque le pas, l'origine de cet échec étant principalement à rechercher du côté d'un dispositif de formation peu opérant, de dispositions juridiques ambiguës, d'un système de rémunération peu stimulant et d'une articulation trop rigide entre le milieu ouvert et le milieu protégé, par une intégration sociale tout aussi décevante du fait de l'absence d'engagement réel des collectivités responsables en matière d'accessibilité et par l'absence de cohérence du dispositif d'hébergement et d'allocations. Pèse de surcroît comme facteur aggravant de ces dysfonctionnements : la faiblesse structurelle des COTOREP et du cadre administratif et financier dans lequel est amenée à se développer l'action des Pouvoirs publics.

Si l'on peut globalement souscrire à ce diagnostic et à nombre de propositions concrètes formulées par la Cour, il convient de s'arrêter tout particulièrement sur les trois contraintes majeures qui pèsent sur la mise en oeuvre des politiques sociales en faveur des personnes handicapées. En effet, plus qu'à la loi elle-même et au dispositif qui en a résulté, les limites du dispositif paraissent davantage imputables aux facteurs externes qui ont conditionné son application.

Au premier rang de ceux-ci, doit être mentionnée l'acuité des contraintes économiques et financières.

D'une part, le changement de l'environnement économique de ces quinze dernières années - dominé par l'exigence de compétitivité, de technicité, mais aussi d'adaptabilité à des emplois de plus en plus "intellectualisés" - a induit des changements décisifs dans le processus d'insertion dans l'emploi, changement dont sont victimes plus que d'autres les jeunes handicapés, parce que tout à la fois jeunes et handicapés. C'est à la lumière de ces contraintes extrêmement fortes que doivent être appréciés le succès ou l'échec réel du dispositif d'obligation d'emploi issu de la loi du 10 juillet 1987 ainsi que du dispositif de travail protégé en tant qu'il doit notamment concourir à l'intégration en milieu ordinaire de production.

D'autre part, le dispositif de protection sociale édifié en faveur des personnes handicapées - dont le coût global avoisine, comme le rappelle la Cour, 130 milliards de francs - n'échappe pas à la crise générale qui affecte le financement de notre système de protection sociale. Il exige et justifie une optimisation des moyens à laquelle l'Etat pour sa part s'est engagé depuis 10 ans, dans le cadre d'une politique de redéploiement des enveloppes sanitaires et médico-sociales qui sera poursuivie. Aussi, l'effort qui est consenti, à travers les plans pluriannuels précités par exemple, pour dégager des moyens nouveaux et répondre aux besoins évidents des handicapés les plus lourds n'en prend-il

que plus de relief. Cet effort doit être poursuivi, et d'abord, dans le sens de la consolidation de l'existant ; à cet égard, le ministère des affaires sociales ne peut que partager le souci de la Cour de voir notamment garanti aux centres d'aide par le travail un niveau de financement leur permettant de fonctionner sans contrevenir à leur mission première d'institutions médico- sociales destinées à des adultes à très faible capacité productive. Cette politique de gestion vigilante, responsable et imaginative suppose enfin de renforcer et conforter dans leurs missions les services centraux et extérieurs de l'Etat.

Cette orientation apparaît d'autant plus nécessaire que depuis dix ans, de larges transferts de compétences sont intervenus au profit des collectivités locales. Il est exact - et cela a été souligné à l'occasion de rapports récents émanant d'autres instances, notamment le rapport de M. Derosier, Député, déposé devant l'Assemblée nationale le 10 décembre 1991 -, que les textes relatifs aux transferts de compétences n'ont pas permis de tracer une frontière parfaitement claire entre les domaines de compétences dévolus respectivement à l'Etat et aux départements, notamment pour ce qui touche à l'hébergement à domicile et en établissements des adultes handicapés et pour le problème particulier posé par l'application de l'article de loi de janvier 1989 dit "amendement CRETON".

Ainsi, sera examinée avec une attention toute particulière la proposition de la Cour tendant à ce que le financement des services d'auxiliaires de vie, aujourd'hui financés à hauteur de 116 millions de francs par l'Etat, soit transféré aux départements afin de leur assurer les moyens d'une politique cohérente et efficace de maintien à domicile des personnes handicapées qui relève de leurs attributions.

De la même manière, les décisions rendues tout récemment par le Conseil d'Etat sur les recours contentieux engagés par certains conseils généraux contre les dispositions de la circulaire d'application de "l'amendement CRETON" apportent un éclairage opportun afin de résoudre au mieux les multiples problèmes posés par une disposition généreuse quant à ses intentions, mais difficile quant à ses conditions d'application. Par ailleurs, nonobstant le recours aux mesures qu'appellent l'amélioration du fonctionnement des COTOREP et sur lesquelles le rapport récemment remis par M. Carcenac, inspecteur général des affaires sociales, aux ministres des affaires sociales et du travail apporte un éclairage pertinent, l'élargissement de la représentation des conseils généraux au sein de ces commissions d'orientation constitue une mesure à laquelle le ministère des affaires sociales est favorable. De même, la proposition faite par la Cour de transférer aux préfets de région l'agrément des centres de rééducation professionnelle auquel il est actuellement procédé au niveau de l'administration centrale, apparaît pertinente tant au regard du faible nombre des agréments à prendre que de la mission exercée par les préfets de région au moment de l'instruction des demandes d'agrément. Toutefois, s'il paraît concevable de modifier la procédure d'agrément telle que fixée dans le Code du travail, il n'en reste pas moins que les objectifs actuels de maîtrise des dépenses d'assurance-maladie et de répartition homogène des centres en France continueront de s'imposer. Enfin, la définition juridique -à ce jour inexistante- de la clientèle, des missions et des modalités de fonctionnement des foyers sous compétence départementale constitue un préalable indispensable et urgent à toute politique de programmation des équipements sociaux et médico-sociaux qui ne peut être que concertée entre l'Etat et les conseils généraux. La décentralisation a effectivement induit une règle du jeu différente entre les acteurs institutionnels, dont les conséquences -et la Cour a raison d'y insister- n'ont pas encore été perçues et acceptées dans toute leur ampleur par les divers acteurs intervenant dans le champ du handicap. Il revient sans nul doute à l'Etat de jouer un rôle moteur en ce domaine : de garant de la loi, mais aussi de pédagogue et d'initiateur.

Enfin, en troisième lieu, doivent être soulignées, au titre des contraintes fortes qui ont marqué et marqueront les politiques sociales en faveur des personnes handicapées, l'incidence de la restructuration du secteur sanitaire engagée avec la réforme hospitalière du 31 juillet 1991, qui, en recentrant l'hôpital sur ses missions de soins intensifs tend à confier au secteur social la prise en charge ou l'accompagnement de pathologies lourdes et à évolution lente (malades psychiatriques dits "stabilisés" notamment); et d'autre part, l'incidence des politiques sociales menées en faveur d'autres publics "voisins" (personnes âgées, inadaptés sociaux) et qui requièrent la définition de frontières mais aussi d'articulations juridiquement claires entre ces différents champs.

C'est à la lumière de ces différents facteurs que peuvent être appréhendées les perspectives offertes aujourd'hui et pour les années à venir à une politique actualisée mais conforme à une volonté d'intégration des personnes handicapées affirmée par la loi du 30 juin 1975 et plus que jamais partagée par l'ensemble des acteurs de ce secteur de l'action sociale.

III. La définition et la mise en oeuvre d'une telle politique nécessite en conséquence que soit clairement redéfini son champ d'application, en d'autres termes, et pour reprendre l'expression de la Cour, "que soient levées les incertitudes en matière de concept du handicap".

Or, c'est précisément ce à quoi les Pouvoirs publics se sont attachés dernièrement : d'une part à travers l'élaboration puis l'adoption - après une concertation poussée et exemplaire avec les associations représentatives - et l'entrée en application prochaine, d'un nouveau barème d'appréciation du handicap à l'usage des CDES et COTOREP; d'autre part, à travers les mesures envisagées pour mieux appréhender la cohérence des minimas sociaux existants (RMI et AAH); enfin, à travers le débat engagé devant la représentation nationale sur le problème de prise en charge de la dépendance consécutive au grand âge.

La réforme du barème de référence utilisé par les commissions de l'éducation spéciale (CDES) et les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) pour déterminer le taux d'incapacité des personnes handicapées, constitue en effet une réforme importante attendue de longue date par l'ensemble des personnes handicapées, de leurs représentants familiaux et associatifs et des professionnels du secteur du handicap.

Jusqu'à ce jour, le barème d'invalidité auquel font référence les décrets d'application de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 pour l'ouverture de divers avantages ou prestations (carte d'invalidité, allocation d'éducation spéciale, allocation aux adultes handicapés, allocation compensatrice pour tierce personne) est le barème d'invalidité du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. Rédigé, au lendemain de la première guerre mondiale, essentiellement pour des personnes adultes handicapées à la suite d'un traumatisme, il est inadapté à certaines catégories de handicaps, notamment les handicaps génitaux chez l'enfant et l'adulte, ainsi que les affections psychiatriques. Il est donc inévitable que des différences importantes soient enregistrées d'un département à l'autre, et d'une commission à l'autre, faute d'une référence commune, et engendrent de ce fait de profondes inégalités de traitement entre les personnes handicapées.

C'est afin de remédier à cette situation qu'un nouveau guide barème a été établi, suite aux travaux menés depuis 1987 par un groupe d'experts mandatés à cet effet. Ce projet est fondé sur l'approche nouvelle du handicap introduite par la classification internationale de l'Organisation Mondiale de la Santé; il fixe les divers taux d'incapacité d'après l'importance de la déficience, celle-ci étant appréciée par ses répercussions sur les capacités fonctionnelles ainsi que sur l'autonomie dans la vie quotidienne. Le groupe de travail a tenu compte des nombreux travaux déjà réalisés, notamment par le groupe de travail du Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations, présidé par JM. Lemoine de Forges (1985), le groupe de travail présidé par JC. Sournia (1986) et le rapport de la Cour des comptes au Président de la République (1987), qui concluaient à la nécessité de prendre en compte la déficience pour évaluer le handicap.

Si la correction des discordances entre les différents "régimes" du handicap existants a sans cesse été recherchée, il n'a pas été finalement possible de réaliser le projet sans doute illusoire d'un barème unique et commun à tous ces régimes, les finalités et les logiques de ceux-ci étant par trop irréductibles.

Il n'en demeure pas moins que ce nouveau barème constitue un progrès considérable : d'une part, parce que s'il s'appuie sur le diagnostic d'une déficience médicalement attestée -ce qui écarte l'inadaptation proprement sociale -, ce diagnostic ne permet pas à lui seul une évaluation du handicap, lequel doit être apprécié en fonction des incapacités résultant de la déficience, du stade évolutif de la pathologie, des possibilités thérapeutiques et de l'environnement, l'opposition stérile entre les concepts de maladie et de handicap se trouvant ainsi dépassée ; d'autre part, en offrant un cadre de référence commun aux médecins des équipes techniques, il devrait aboutir à une harmonisation des pratiques. Les incertitudes pesant sur la définition du handicap sont largement levées par ce nouveau barème annexé à un décret en Conseil d'Etat en cours de signature : les instances d'orientation disposeront enfin d'un instrument conforme aux normes internationales, clair dans sa conception du handicap, qui se référera à l'incapacité réelle et non plus à la lésion, répondant à un objectif premier d'intégration et non plus de réparation d'un préjudice.

En ce qui concerne l'application de l'article 35-II de la loi de 1975 (devenu l'article L. 821-2 du code de la sécurité sociale) -qui prévoit la possibilité d'attribuer l'allocation aux adultes handicapés (AAH) à une personne qui, quoique ne présentant pas un taux d'incapacité au moins égal à 80 %, est dans l'incapacité reconnue par la COTOREP de se procurer un emploi du fait de son handicap-, il est exact que l'entrée en vigueur du RMI ne semble pas avoir empêché une certaine progression des AAH attribuées à ce titre. Toutefois, les chiffres actuellement disponibles quant au nombre de bénéficiaires d'AAH relevant de l'article L. 821-2 doivent être appréhendés avec une grande prudence.

En effet, bien que 33,5 % des décisions d'attribution ou de renouvellement de l'AAH prises par les COTOREP en 1991 aient concerné des AAH attribuées au titre de l'article L. 821-2, cette répartition des décisions ne reflète pas la proportion des titulaires de l'AAH. En effet, les AAH au titre de l'article L. 821-2 sont attribuées pour une période maximale de cinq ans alors que les AAH au titre de l'article L. 821-1 (c'est-à-dire sous condition d'un taux d'incapacité au moins égal à 80 %) sont attribuées pour une période maximale de dix ans. Les organismes payeurs ne gardant pas de leur côté systématiquement trace du motif d'attribution de la prestation, il n'existe pas actuellement de statistiques fiables en la matière d'autant que les pratiques semblent très variables d'une COTOREP à l'autre.

Il n'en reste pas moins qu'un récent rapport de l'IGAS confirme l'observation de la Cour selon laquelle l'AAH peut être une réponse à une demande de minimum de ressources, ce qui est dorénavant le rôle du RMI. Il semble qu'un début d'explication puisse être trouvé par le fait que les services sociaux orientent davantage les intéressés vers l'AAH, d'un montant plus élevé que le RMI et qui peut comporter une durée d'attribution plus longue.

Aussi le projet de loi de finances pour 1994 comporte-t-il une disposition visant à resserrer les conditions d'attribution de l'AAH au titre de l'article L. 821-2 du code de la sécurité sociale , en introduisant un taux plancher d'incapacité au-dessous duquel aucune allocation de ce type ne pourra être attribuée.

Enfin, le débat engagé devant le Parlement sur la prise en charge de la dépendance consécutive au grand âge et que le Gouvernement entend poursuivre prochainement, participe de la même volonté de préciser les frontières du dispositif de protection sociale que le législateur a instauré en faveur de personnes handicapées, notamment relativement aux conditions d'attribution de l'allocation compensatrice pour tierce personne.

En conclusion, dans un contexte qui a profondément évolué ces dernières années, tant du fait d'évolutions propres au champ du handicap (évolutions conceptuelles dans la définition du handicap ; évolution des attentes des personnes handicapées, de leurs familles, de leurs représentants ; évolution des pratiques des professionnels), que du fait d'évolutions plus générales touchant la société dans son ensemble (contraintes économiques et financières, décentralisation, réforme du dispositif sanitaire...), l'Etat entend assumer le rôle moteur qui lui revient dans la définition et la mise en oeuvre d'une politique sociale en faveur des personnes handicapées, conforme aux objectifs d'intégration que le législateur avait établis en 1975 et qui plus que jamais restent d'actualité. A cet égard, les analyses et les propositions formulées par la Cour à travers le présent rapport constituent sans nul doute pour le ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, des éléments de réflexion pertinents, qui confirment les trois exigences auxquelles nous paraît devoir se conformer une politique responsable et solidaire en ce domaine :

1° affirmer résolument la priorité des modes d'intégration en milieu ordinaire de vie, par la définition et la mise en oeuvre d'une véritable politique de soutien à domicile,

2° tout en continuant d'offrir aux personnes handicapées qui le nécessitent, des alternatives institutionnelles crédibles en nombre et en qualité,

3° dans un cadre juridique rénové. Sur ce dernier point, le ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville entend poursuivre ses réflexions sur les modalités d'hébergement des adultes handicapés dans des établissements sociaux, le rôle des départements en matière de services d'auxiliaires de vie et la clarification entre politique du handicap et prise en charge des personnes âgées dépendantes.

REPONSE DU MINISTRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

I. - L'INSERTION PROFESSIONNELLE

A) Le dispositif de formation professionnelle

*** Les Centres de rééducation professionnelle (CRP)**

Répartition des soixante-douze centres de rééducation professionnelle

Le ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle n'a été directement concerné que par la création du centre de formation professionnelle de Beaumont (Puy-de-Dôme) géré par l'AFPA.

Tous les autres CRP, qu'ils soient publics, semi-publics ou privés ont été créés en dehors de toute intervention du ministère.

La plupart d'entre eux sont d'ailleurs de création ancienne et datent essentiellement de la première moitié de ce siècle, notamment pour répondre aux besoins de réinsertion des mutilés civils ou militaires de la première guerre mondiale.

Les créations ont été également décidées à la suite d'initiatives diverses, privées ou publiques sans consultation d'une autorité administrative chargée de contrôler la cohérence sur le plan national des implantations décidées.

Le manque de rationalité observé dans la répartition géographique des implantations résulte donc d'une situation sur laquelle le ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle n'a eu aucun pouvoir d'intervention.

Modifications apportées au dispositif

Comme le signale la Cour des comptes, les difficultés de la situation actuelle ne rentrent pas dans le champ de compétence du ministère du travail. En tout état de cause, même si la procédure d'agrément des CRP telle que fixée par le décret du 18 décembre 1985 devait être modifiée, il paraît impossible d'écarter de tout pouvoir de décision la sécurité sociale, qui finance les prix de journée des CRP.

Toutefois, si le dispositif est figé au plan national, il ne l'est pas au plan local puisque la sécurité sociale ne s'oppose pas aux redéploiements internes au sein d'un CRP.

Les établissements qui désirent se moderniser et améliorer leurs performances peuvent ainsi modifier leur dispositif de formation en abandonnant les formations anciennes au profit de formations plus adaptées aux besoins des handicapés. Ces redéploiements internes ne peuvent qu'être suggérés ou conseillés par les services du ministère, la décision finale revenant exclusivement aux gestionnaires des centres.

S'agissant du non-recours aux techniques innovantes telle que la formation en alternance, le frein est dû également aux caisses de sécurité sociale qui refusent parfois de verser un prix de journée pour les périodes passées par les stagiaires hors centre (en entreprise).

Il faut également noter qu'à la demande de la Délégation à l'emploi, les services de l'AFPA effectuent périodiquement (tous les 3 à 5 ans) un contrôle technique et pédagogique de l'ensemble du dispositif accueillant des stagiaires handicapés.

En outre, tous les centres qui désirent bénéficier pour leurs formations soit d'un agrément technique, soit d'une aide technique gratuite de l'AFPA font l'objet d'une enquête spécifique qui détermine si les formations en cause répondent correctement aux critères de qualité requis.

Contrôle des dépenses réalisées et des résultats obtenus

Le ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle n'a aucun pouvoir de tutelle financière sur les organismes accueillant des handicapés. Il ne passe de conventions (jusqu'en 1993) qu'avec cinq associations (24 CRP). Les subventions versées aux intéressés sont fonction des réalisations attestées par des comptes rendus d'exécution trimestriels.

** Le rôle de l'AFPA*

Ainsi que l'observe la Cour des comptes, la part occupée par les personnes reconnues comme travailleurs handicapés demeure encore réduite parmi les stagiaires en formation à l'AFPA. Cette part représentait en 1992 environ 1,5 %, soit 2 430 personnes sur un total de 166 000 stagiaires accueillis. Cette faible proportion doit toutefois s'analyser en tenant compte de l'évolution encore récente de la politique d'intégration des personnes handicapées dans le dispositif de formation "ordinaire".

En effet, pendant de très longues années, l'accueil en milieu spécialisé a été largement privilégié. Les Centres de rééducation professionnels (CRP) créés pour permettre la réinsertion professionnelle des blessés de guerre ont gardé, et gardent encore, leur vocation d'accueil spécialisé pour ce public. L'AFPA, quant à elle, n'avait pas vocation à prendre en charge les personnes handicapées. Il s'agissait donc bien de deux dispositifs parallèles, travaillant pour des publics aux caractéristiques particulières.

Depuis près de dix ans, une évolution des mentalités s'est fait jour tendant à minimiser la spécificité des publics handicapés et à favoriser un accueil de proximité. Dès lors, l'AFPA doit accueillir ces personnes au même titre que tout autre stagiaire, mais le poids des structures construites au fil des ans ne favorise pas une transformation rapide à cet égard. Ainsi, la part importante qu'occupent dans le dispositif de formation de l'AFPA les formations du bâtiment (26 %) ou les formations industrielles (30 %) rend plus délicat un accueil rapide et massif des personnes handicapées. Par ailleurs, il n'est pas rare encore que les décisions d'orientation prises par les COTOREP se fassent vers le milieu de formation spécifique.

Toutefois, depuis quelques années, on constate une progression lente mais réelle de la prise en charge de ce public à l'AFPA, le nombre de handicapés parmi les stagiaires ayant été multiplié par 3 en 6 ans.

On peut cependant considérer que des efforts plus significatifs doivent être entrepris pour une ouverture plus large encore aux stagiaires handicapés. La Convention signée entre l'AFPA et l'AGEFIPH en 1992 constitue un élément important d'appui de cette nouvelle politique. Outre la détermination d'un objectif de stagiaires handicapés à accueillir (4 000 à la fin 94), la contractualisation porte sur tous les champs d'intervention de l'AFPA en faveur de l'insertion des handicapés, et notamment l'orientation professionnelle dans les COTOREP, la fonction d'expertise technique et pédagogique en faveur des CRP.

En déclinaison de cette convention, la réflexion s'est engagée au sein de l'Association. Une meilleure organisation de la mise à disposition des psychologues du travail dans les COTOREP est actuellement définie, dans une logique de contractualisation des différents partenaires. De plus, les interventions d'appui technique de l'AFPA aux CRP font l'objet d'un montage précis, également contractuel.

Concernant plus directement le développement de l'accueil des stagiaires handicapés à l'AFPA, la réflexion est en cours. Ces efforts exigent en effet un travail en profondeur au sein de l'Association, pour favoriser l'accès matériel mais aussi pédagogique au dispositif de formation. Un séminaire ayant pour objet de sensibiliser le personnel enseignant aux exigences de ce public sera organisé à l'automne prochain.

Les divers aménagements à entreprendre nécessitent parallèlement des investissements financiers particuliers pour lesquels l'AGEFIPH peut apporter son concours.

Le ministère du travail ne dispose pas de statistiques précises sur les actions d'insertion, cependant il a pu être établi que de plus en plus de travailleurs handicapés sont bénéficiaires de stages pour demandeurs d'emploi de cette nature.

B) Les dispositions législatives

*** Les catégories de bénéficiaires de la loi**

La Cour critique le caractère extensif de la notion de bénéficiaire aux termes de la loi du 10/07/1987 relative à l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés. Le trop grand nombre de bénéficiaires rend difficile, de l'avis de la Cour, leur décompte précis.

Le risque de dilution des bénéficiaires de la loi du 10/07/1987 du fait du grand nombre de catégories de bénéficiaires prévu par la loi est moindre qu'il n'y paraît. En effet, ainsi que l'indiquent les statistiques sur l'exécution de la loi pour l'année 1991, l'essentiel des bénéficiaires est constitué de travailleurs handicapés reconnus par la COTOREP et d'accidentés du travail. Sur les 258 000 bénéficiaires de la loi pour 1991, 84 900 sont reconnus par la COTOREP et 136 600 sont victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, soit respectivement 32,9 et 53 % du total. Les mutilés de guerre ou assimilés ne représentent que 5,50 % du total. Quant à la différence des modalités de décompte des bénéficiaires entre secteur public et secteur privé, elle s'explique par le fait que la liste des bénéficiaires de l'obligation d'emploi dans le secteur public est plus large que dans le secteur privé. Ceci est de nature à équilibrer les modalités retenues pour le secteur privé qui, quant à elles, prennent en compte des éléments de majoration des unités bénéficiaires tels que l'importance du handicap, l'âge etc,...

*** Les catégories d'emploi exigeant des conditions d'aptitude particulières**

La Cour s'interroge sur le bien fondé de la nomenclature des catégories d'emploi exigeant des conditions d'aptitude particulières. La grande diversité des handicaps permet de penser que certains handicapés pourraient exercer des emplois inclus dans cette nomenclature.

La commission prévue par les textes, qui a été réunie pour la réviser, n'a pas réussi à établir un consensus. Le ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle s'attache à une interprétation stricte de cette liste. Elle vise pour l'essentiel des secteurs professionnels comprenant des emplois pouvant être difficilement confiés à des travailleurs handicapés. Le fait qu'il y ait des bénéficiaires de l'obligation d'emploi qui ne soient pas handicapés (les veuves et orphelins de guerre et les femmes d'internés pour service de guerre) ne remet pas en cause le fondement même de la liste, ces bénéficiaires non handicapés étant très peu nombreux.

*** Les accords**

Il est vrai que les différentes modalités pour satisfaire à l'obligation d'emploi créée par la loi du 10 juillet 1987 n'ont pas le même poids. S'agissant des accords, la circulaire n° 93/13 du 25 mars 1993 élaborée à la suite des conclusions du groupe de travail présidé par M. Jean Marimbert s'est attachée à ce que les actions tendent de plus en plus à favoriser les embauches et le maintien dans l'emploi. Ce texte a également rappelé la nécessaire mobilisation des services pour assurer le suivi et le contrôle de ces accords.

*** Le versement à l'AGEFIPH**

Le montant unitaire de la contribution versée par les employeurs pour s'acquitter de l'obligation d'emploi est effectivement inférieure au coût de l'emploi d'un salarié. Toutefois, ces coûts ne sauraient être comparés, un travailleur handicapé par sa "force de travail" étant générateur de valeur ajoutée pour l'entreprise. En tout état de cause, il y a lieu de constater que l'emploi direct a légèrement progressé (9 400 embauches en 1991, pour un solde positif de 4 400 salariés) et que le fonds de développement pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés constitue un outil de péréquation pour développer dans l'ensemble du milieu ordinaire des actions visant à l'insertion professionnelle de ce public.

*** Le décompte de la sous-traitance**

La Cour déplore la distorsion qui existait entre secteur privé et secteur public quant au calcul de l'équivalence dans les contrats de sous-traitance. Il a fallu attendre le décret du 5 novembre 1992 pour que soit mis fin à cette situation.

Le décret n° 92-1192 du 5 novembre 1992, relatif au calcul de l'équivalence de l'obligation d'emploi par la passation de contrats de sous-traitance, n'opère effectivement plus aucune discrimination entre secteur public et secteur privé. Le calcul de l'équivalence est désormais unique ; il est fixé par l'article R. 323-2 du Code du travail. L'exonération à ce titre ne peut excéder 50 % de l'obligation légale.

*** Les aides de l'Etat**

La Cour juge trop faible le montant des aides accordées par l'Etat pour favoriser l'emploi des handicapés. Il faut signaler que le dispositif Etat n'est plus aujourd'hui que la survivance des aides préexistant à la création de l'AGEFIPH. Les aides à l'emploi sont payées essentiellement par l'AGEFIPH sous forme de primes d'embauches. Celles-ci se sont élevées à 700 millions de francs pour l'exercice 1992.

Les observations de la Cour paraissent justifiées concernant la faiblesse des primes de fin de stage et des subventions d'installation. Elles viennent néanmoins souvent en complément des aides accordées par l'AGEFIPH, ce qui favorise la coordination sur le terrain des services déconcentrés du ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et des délégations régionales de l'AGEFIPH. En ce qui concerne les aménagements de postes, l'AGEFIPH a pris le relais de l'Etat auprès des entreprises. Dans le secteur public, il appartient à chacune des trois fonctions publiques (Etat, territoriale et hospitalière) de financer les aménagements de postes des travailleurs handicapés qu'elles emploient.

*** L'absence de contrainte pour le service public**

La Cour souligne avec justesse que les trois fonctions publiques d'Etat, territoriale et hospitalière ne sont pas soumises aux mêmes contraintes que les entreprises privées de plus de 20 salariés ; en particulier, le fait pour elles de ne pas employer le quota légal reste sans incidence pratique. A ce titre, la seule obligation faite de présenter un rapport annuel aux comités techniques paritaires nationaux ou aux instances en tenant lieu, ainsi qu'aux 3 conseils supérieurs de la fonction publique, n'est pas respectée partout.

Le ministre du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle qui, au-delà de l'obligation légale de présenter un rapport annuel au Parlement, a tenu à continuer à établir ce rapport, a convié ses collègues tuteurs des trois fonctions publiques à s'associer à sa démarche pour permettre ainsi une appréciation générale de l'application de la loi du 10 juillet 1987.

C) Le milieu protégé

*** Le déséquilibre des places CAT/Ateliers protégés**

Il est exact que le nombre de places en CAT est de beaucoup supérieur au nombre d'emplois de travailleurs handicapés en ateliers protégés. Il convient tout d'abord de rappeler que ces deux types d'établissements sont par nature destinés à accueillir des publics différents de par l'importance du handicap. La population accueillie en CAT pour une bonne part ne pourra jamais relever des ateliers protégés. Le fonctionnement même des structures fournit une deuxième explication : le ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville décide de la création de places de CAT qui sont financées par un prix de journée. Le ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle ne peut que soutenir par des subventions les créations de places en ateliers protégés qui relèvent d'initiatives privées et qui sont assimilés à des entreprises.

Toutefois, il convient de noter depuis ces dernières années la croissance très importante des ateliers protégés et l'augmentation significative du nombre de travailleurs handicapés qui y sont employés.

Il y avait en 1981, 98 ateliers protégés employant 4 800 travailleurs handicapés. Il existe en 1993, 348 ateliers protégés employant 11 324 travailleurs handicapés. L'effet incitatif des protocoles d'accord de novembre 1989 par lequel l'Etat s'était engagé sur un programme de développement de 3 600 places d'ateliers protégés en 4 ans a donc été réel.

Cet effet incitatif a par ailleurs été renforcé par les effets progressifs de la loi du 10 juillet 1987 ainsi que par la mise en place de la déconcentration régionale des décisions d'agrément et l'octroi des subventions de fonctionnement.

En effet, la progression du nombre d'ateliers protégés s'est avérée constante ces dernières années. L'augmentation a été particulièrement sensible de 1989 à 1992. Corrélativement, le nombre des emplois créés tant dans les nouvelles structures que dans les anciennes a suivi cette évolution par une très forte accélération entre 1989 et 1992 (+ 3 000 emplois).

Par ailleurs, le déséquilibre dans la répartition des ateliers protégés s'est corrigé depuis ces dernières années, le nombre de places créées en ateliers protégés ayant été, en proportion de la quantité d'origine, plus importante qu'en CAT.

Ces dernières années, les régions les plus créatrices se sont révélées être l'Aquitaine, le Centre et le Nord-Pas-de-Calais.

En tout état de cause, des listes d'attentes importantes suite aux orientations prononcées par les COTOREP concernent les deux types d'établissements.

*** Les difficultés de fonctionnement des ateliers protégés**

L'Etat soutient l'action des ateliers protégés par trois types de subventions :

- la subvention de fonctionnement "calculée au vu des résultats du compte d'exploitation et en prenant en considération notamment le surcoût des charges résultant de l'emploi de travailleur à capacité professionnelle réduite". Cette subvention peut être majorée d'une manière substantielle lorsque l'atelier se trouve en situation difficile afin de l'aider à se redresser ;

- les subventions d'équipement pour les investissements mobiliers et immobiliers. Il est à noter que depuis le 1er janvier 1992, ces subventions sont déconcentrées et doivent donc permettre une plus grande rapidité d'intervention et de souplesse dans les investissements des ateliers protégés ;

- les audits à la création et à l'extension ainsi que les audits comptables et économiques. Désormais, l'Etat peut intervenir à la demande des ateliers protégés et des directions du travail pour aider à réaliser des audits pour analyser la situation et proposer des solutions en vue d'aider l'atelier protégé à s'adapter aux marchés, à améliorer la gestion.

La convention conclue après avis de la commission de l'emploi constituée au sein du comité régional de la formation professionnelle, de la promotion sociale et de l'emploi permet de s'assurer de la viabilité du projet de développement. Elle permet de clarifier les objectifs des gestionnaires de l'atelier protégé tout en garantissant à l'Etat les moyens du contrôle de l'utilisation des deniers publics.

S'il est tout à fait exact qu'une décision d'investissement doit être prise rapidement, comme le souligne la Cour, le ministère du travail veille, dans ce domaine où les investissements reçoivent une aide publique importante, à éviter toute précipitation. Il s'agit notamment de vérifier que l'investissement projeté correspond à une rentabilité économique et financière avérée.

Il est tout aussi exact qu'il n'existe pas de critères prédéfinis pour la subvention d'investissement, à l'inverse de la subvention de fonctionnement.

En effet, la subvention de fonctionnement est versée à chacun des 348 ateliers protégés, chaque année. L'Etat module son aide en fonction des efforts d'insertion réalisés par les ateliers protégés.

A l'inverse la subvention d'investissement est accordée sur un projet précis, qui fait l'objet d'un avis d'une commission de l'emploi qui vérifie la pertinence de l'investissement projeté. Le directeur régional du travail et de l'emploi s'attache en s'appuyant sur cet avis à répondre au mieux aux initiatives des gestionnaires des ateliers sachant que la subvention n'a aucun caractère d'automatisme ; elle est directement liée à la situation de l'économie locale et au degré d'insertion de l'atelier protégé dans le tissu économique local.

Mais malgré ces aides l'atelier protégé est une entreprise et doit fonctionner comme une entreprise.

A ce titre, les ateliers protégés souffrent, comme les entreprises, de difficultés diverses : concurrence, absentéisme, fluctuation des commandes.

Dans une économie de marché, l'Etat ne peut garantir à chaque entreprise une régularité du carnet de commande, une protection contre la concurrence et l'absentéisme des salariés.

Le ministère est conscient de l'aggravation de ces difficultés dans le contexte économique actuel ; c'est pourquoi un audit sur la situation économique de l'ensemble des ateliers protégés est en cours de lancement.

Toutefois, la politique du ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle vise à aider l'atelier protégé à supporter les charges spécifiques liées à l'emploi de salariés dont les capacités productives, sont, par définition, réduites.

En atelier protégé, les salaires des travailleurs handicapés sont pris en charge par l'Etat à hauteur en moyenne de 55 %. Le surcoût d'encadrement fait l'objet de la subvention de fonctionnement, majorée pour les places nouvellement créées. L'Etat intervient de façon importante pour soutenir les ateliers protégés dans leurs difficultés structurelles.

*** Les difficultés de mise en oeuvre des mesures "innovantes"**

Il convient certes de remarquer que les structures innovantes qui fonctionnent actuellement sont peu nombreuses. Il est de ce fait difficile de tirer des conclusions sur ces formules qui sont des créations récentes. L'objectif de ces structures est essentiellement d'assurer une formation au travailleur handicapé pour lui permettre de déboucher sur le milieu ordinaire ; le bilan partiel présenté jusqu'ici (notamment dans le cas de l'atelier protégé de Villeurbanne) semble positif. Compte tenu des conclusions à tirer de ces premières expériences, certaines modifications seront apportées à ces structures afin de leur permettre d'assurer leur mission au maximum.

Parallèlement, le passage en entreprise peut être favorisé par la voie de la mise à disposition (peu utilisée par les ateliers protégés) ou par la création d'ateliers protégés dans ou auprès des entreprises comme dans la sidérurgie.

La Cour souligne à juste titre que l'initiative d'utilisation des formules innovantes appartient aux gestionnaires d'atelier protégé et aux travailleurs handicapés eux-mêmes.

L'Etat favorise la sortie en milieu ordinaire par une augmentation de la subvention de fonctionnement à l'atelier protégé qui a permis l'insertion de travailleurs handicapés en entreprise. Cette politique incitative se heurte encore trop souvent aux souhaits des gestionnaires de conserver dans leur effectif de travailleurs handicapés formés et productifs, eux-mêmes ayant constamment le souci d'équilibrer leurs coûts et d'assurer leur développement.

Malgré cela, le ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle favorise les expériences innovantes. La Cour souligne à ce titre les initiatives prises en ce sens, notamment par la circulaire du 3 juillet 1991. Dans le même temps, le ministère du travail est soucieux de garantir aux travailleurs handicapés mis à disposition les mêmes droits que les salariés de l'entreprise. Il s'agit notamment d'éviter que les formules innovantes d'insertion en entreprise par la mise à disposition ne s'analysent en fait que comme une souplesse supplémentaire de gestion du personnel dans les entreprises accueillantes ; le ministère est avant tout soucieux d'une insertion réelle et durable des travailleurs handicapés en entreprise.

Pour ce qui des aménagements de postes de travail, à quelques rares exceptions près, le ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle n'a pas financé de dossiers sur les articles 10 et 20 du chapitre 44-71. Les subventions d'investissements permettaient et permettent toujours lors de l'implantation de matériels de production d'aménager le ou les postes de travail concernés.

D) L'emploi en milieu ordinaire

*** La situation par rapport au quota dans le secteur privé**

La Cour fait observer que le quota d'emploi obtenu, tout en étant insuffisant, résulte davantage de l'utilisation par les employeurs des moyens de substitution et plus particulièrement du versement à l'AGEFIPH, que de l'embauche directe.

Une distinction doit être effectuée entre le quota de travailleurs employés, qui résulte du rapport entre le nombre de travailleurs handicapés et le nombre de salariés employés dans les entreprises de 20 salariés et plus, duquel est soustrait le nombre de salariés appartenant aux catégories d'emploi particulières et les modalités d'acquittement de l'obligation d'emploi prévues par la loi. Le taux d'emploi ou quota ne prend en compte que les bénéficiaires présents dans les établissements. Les résultats 1991 qui, il est vrai, ne marquent pas de progression, révèlent la consolidation dans un contexte difficile (9 400 embauches dans l'année).

Il importe de noter que l'augmentation des sommes collectées par l'AGEFIPH n'est pas due à l'utilisation plus importante, par les employeurs, de cette modalité, au demeurant parfaitement légale, d'acquittement de l'obligation d'emploi, mais à la montée en charge de l'obligation qui a été fixée :

- en 1988, à 3 % du nombre de salariés pour les entreprises de plus de 34 salariés,*
- en 1989, à 4 % du nombre de salariés pour les entreprises de plus de 25 salariés,*
- en 1990, à 5 % du nombre de salariés pour les entreprises de plus de 20 salariés,*
- à partir de 1991, à 6 % du nombre de salariés pour les entreprises de plus de 20 salariés.*

C'est en fait la montée en charge de l'obligation légale qui a accru les sommes versées à l'AGEFIPH, et non pas les moindres efforts d'embauche des employeurs. A l'inverse, le quota a augmenté pendant la période transitoire, aussi bien dans la catégorie des établissements de plus de 34 salariés, qui ont été soumis à l'obligation pendant toute la période transitoire que globalement pour l'ensemble des établissements assujettis.

La Cour évoque une situation inégalitaire des entreprises au regard de l'obligation d'emploi.

S'il est exact de remarquer que les entreprises de moins de 20 salariés embauchent des travailleurs handicapés alors même qu'elles ne sont pas soumises à l'obligation d'emploi, on observe une progression de plus de 5 % des bénéficiaires de la loi depuis 1988, pour les établissements de plus de 34 salariés, soit un taux moyen de progression annuelle de 1,5 %. Dans les établissements ayant une assiette d'assujettissement de 500 salariés et plus, le quota en 1991 était de 4,4 % (3,76 % dans l'ensemble des établissements). En valeur absolue, le nombre des bénéficiaires handicapés est passé de 224 000 à 258 000 personnes dans les entreprises assujetties à l'obligation.

*** L'emploi dans le secteur public**

L'application de la loi du 10 juillet 1987 dans le secteur public au sens de cette loi (administrations d'Etat, territoriale et hospitalière) ne relève pas de la compétence du ministre du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle qui toutefois est soucieux de la cohérence de l'ensemble du dispositif né de la loi du 10 juillet 1987 et du dispositif des emplois réservés qui mériterait effectivement d'être actualisé.

*** Les départements pilotes**

Les programmes pilotes initiés par décision du Conseil des ministres du 10 avril 1991 doivent contribuer dans les 20 départements concernés à favoriser l'emploi en milieu ordinaire des travailleurs handicapés.

Ces programmes sont, sous la responsabilité du préfet et du directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, les garanties d'une réelle politique départementale d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés relayant à l'échelon local la volonté politique nationale affirmée par la loi du 10 juillet 1987.

Les programmes départementaux doivent favoriser la cohérence des interventions. La mobilisation, l'organisation et la coordination des partenaires concernés est en effet une condition de la mise en oeuvre d'une véritable politique : les programmes pilotes doivent permettre de construire une logique "d'associations de compétences" s'opposant à la dispersion des acteurs et à la juxtaposition des actions.

Aux fins de favoriser l'emploi des travailleurs handicapés, les programmes départementaux se donnent des objectifs précis et chiffrés d'embauche, soutiennent les autres alternatives prévues par la loi notamment les accords d'entreprise ou d'établissement, définissent les moyens les plus adaptés de parvenir aux objectifs fixés et les étapes nécessaires.

L'enveloppe de 20 MF répartie entre les 20 départements participant à l'opération en 1993 a pour but de promouvoir concrètement des actions favorisant l'insertion professionnelle en partenariat avec l'AGEFIPH et les divers intervenants locaux et en complémentarité des moyens mobilisés dans le cadre du dispositif de droit commun.

Des actions de bilans et d'évaluation, de redynamisation, d'aide à la construction, de projets professionnels, de formation et parallèlement de sensibilisation des entreprises ont été mises en oeuvre. Dans certains départements les objectifs initiaux d'embauche ont d'ores et déjà été dépassés.

L'évaluation de cette expérimentation, dont l'IGAS dans son rapport sur l'activité et le fonctionnement des COTOREP propose la généralisation sur l'ensemble du territoire, est actuellement en cours et devra permettre de vérifier la pertinence de cette mesure et l'intérêt de son extension.

E) L'AGEFIPH

*** L'action de l'AGEFIPH**

La loi limite effectivement au milieu ordinaire le champ d'intervention de l'AGEFIPH (articles L. 323-8-2 et L. 323-8-4 du Code du travail). Toutefois, dès lors que les établissements de travail protégé mènent des actions pour favoriser le passage en milieu ordinaire (le passage du milieu protégé vers le milieu ordinaire étant un objectif constamment soutenu par les pouvoirs publics), l'AGEFIPH intervient, ce qui correspond tout à fait à une logique d'ensemble. Cette situation n'a d'ailleurs pas eu pour effet d'entraîner la disparition des financements. S'agissant des aménagements de postes de travail dans les ateliers protégés, ce n'est que par exception que de tels aménagements étaient antérieurement financés par le ministère sur les crédits des articles 10 et 20 du chapitre 44-71 ; les aménagements pouvaient et peuvent toujours être attribués, comme il a déjà été indiqué, sur les crédits d'investissement des ateliers protégés dès lors qu'ils correspondent à l'adaptation d'un nouvel outil de production aux handicaps des travailleurs qui seront amenés à l'utiliser.

La loi prévoit (article L. 323-8-2) que ce sont les employeurs visés à l'article L. 323-1 qui peuvent s'acquitter de l'obligation d'emploi en versant au fonds géré par l'AGEFIPH. Les employeurs visés à l'article L. 323-1 sont ceux du secteur privé. Les administrations sont visées à l'article L. 323-2. L'emploi de ces ressources est déterminé par l'article L. 323-8-4 qui fait référence à l'article L. 323-8-2. Sur le plan juridique il ne fait donc aucun doute que l'AGEFIPH doive se limiter à financer le seul secteur privé.

Il n'est pas exact de considérer que seule l'AGEFIPH dispose de moyens financiers importants : l'Etat, pour ce qui concerne le secteur privé, investit des sommes largement supérieures aux moyens de l'AGEFIPH (pour la seule GRTH annuellement de l'ordre de 4,3 milliards). Il convient aussi de prendre en compte les efforts faits à travers le dispositif général de formation professionnelle et l'investissement de l'ANPE pour ce qui est du placement des travailleurs handicapés . De même l'Etat intervient à travers les crédits consacrés aux CRE et aux CES conclus en faveur des bénéficiaires de la loi de 87 considérés comme public prioritaire comme dans l'ensemble des autres mesures de la politique de l'emploi ouvertes aux demandeurs d'emploi (actions d'insertion et de formation en particulier).

*** Les moyens de l'AGEFIPH**

La mise en place progressive de l'association du point de vue de ses structures, de son fonctionnement puis de ses interventions, a naturellement conduit à un fort décalage initial entre recettes et dépenses. La situation est aujourd'hui au point d'équilibre, puisque le budget modifié pour 1993 prévoit un montant de dépenses de 1 700 MF, supérieur au montant des recettes de l'année (1 550 MF).

*** Le contrôle**

Outre la nomination d'un contrôleur d'Etat qui a permis de renforcer la présence de l'Etat au sein de l'association, le ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle s'attache à développer une coopération étroite avec l'AGEFIPH en particulier à travers des réunions de concertation et un travail en commun sur les programmes départementaux. Il est certainement possible de développer encore davantage cette coopération.

II. - LE DISPOSITIF ADMINISTRATIF ET FINANCIER

A) L'orientation et le suivi

*** Les difficultés des COTOREP**

Les COTOREP se caractérisent par une production massive de décisions, et un volume de dossiers en progression régulière : 690 000 dossiers pour 1991. Au regard de ces charges grandissantes, les COTOREP ont certes, ainsi que le constate la Cour, des effectifs de secrétariat relativement stables, de 1 231 personnes en 1991.

L'effort de l'Etat, a porté, plus que sur les moyens humains, sur une modernisation des conditions de travail des COTOREP, en dotant les secrétariats d'outils informatiques performants dans la quasi totalité des sites (à l'exception de la COTOREP de Paris qui pose des problèmes particuliers). Cet effort très important évalué à 50 MF a permis des améliorations sur plusieurs points :

- en allégeant le travail administratif par l'édition automatisée des listings de réunions, des notifications de décision, des cartes d'invalidité (1993) et des statistiques (1993) ; l'application informatique compense pour partie l'augmentation du volume des dossiers ;

- l'informatisation, accompagnée de formations, a été l'occasion d'un travail plus valorisant et plus motivant pour les agents. Par ailleurs, la plus grande responsabilité des secrétaires de COTOREP s'est traduite par des avantages octroyés dans le cadre de la nouvelle bonification indiciaire ;

- l'informatisation a permis d'améliorer l'accueil et l'information des usagers : la visualisation sur écran de l'état d'avancement d'un dossier permet une réponse immédiate à l'administré ;

- par ailleurs, en terme d'organisation, l'informatisation a largement contribué au-delà de l'unification des classothèques de 1ère et 2ème section, à promouvoir une réorganisation des secrétariats de COTOREP dans le sens d'une polyvalence du traitement d'un dossier par un même agent quelles que soient les demandes, enrichissant ainsi la fonction des agents.

Ces efforts de modernisation des tâches du secrétariat font l'objet d'une politique affichée de modernisation des services déconcentrés pilotée par la direction des affaires générales et de la modernisation. Une expérience pilote a été initiée à Toulouse, pour tester une réorganisation globale de la COTOREP visant tout à la fois à améliorer les locaux et l'accueil du public, à rendre polyvalent les agents des 2 sections, et à expérimenter un système d'archivage électronique des documents.

Si des améliorations ont été obtenues, un certain nombre de COTOREP connaissent encore néanmoins de graves difficultés. On constate notamment des délais de traitement de dossiers encore trop longs sur certains types de décisions. Ainsi que le souligne la Cour, cette difficulté n'est pas sans lien avec une trop faible disponibilité des membres des équipes techniques. Par ailleurs, les décisions concernant l'insertion professionnelle ne sont pas toujours suffisamment suivies d'effets.

A la suite du document statistique, sur la situation des COTOREP (1982-1991), présenté en décembre 1992 devant le Conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés, un groupe de travail a été constitué au sein de cette instance, présidé par un membre de l'IGAS. Ce groupe, auquel ont été associés des directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et des directions départementales des affaires sanitaires et sociales ainsi que des secrétariats de COTOREP, a développé des pistes de réflexions et d'actions à partir d'une analyse des fonctions des COTOREP : fonction centrale de production et fonction d'appui ; d'accueil et d'information/d'orientation et d'aide à l'insertion.

Ce rapport propose une série de mesures visant à promouvoir sur l'ensemble du territoire un service public de qualité, à l'écoute des usagers, plus efficace dans son activité productrice et mobilisé sur sa fonction d'insertion dans le cadre d'un partenariat organisé.

Les 20 mesures proposées visent :

- à moderniser et harmoniser les modes de fonctionnement et d'intervention ;*
- à renforcer certains moyens de fonctionnement et d'intervention ;*
- à aménager le dispositif statistique et mettre en place un système permanent de suivi et d'analyse de gestion.*

L'ensemble de ces recommandations dont le caractère concret et opérationnel est à souligner, fera l'objet d'une note d'orientation qui sera adressée à l'ensemble des COTOREP au cours de l'année 1993. D'ores et déjà, une partie des moyens supplémentaires prévus (crédits de vacations en particulier) ont été inscrits au projet de loi de finances pour 1994.

*** Les centres de préorientation**

Ainsi que le signale la Cour des comptes, les procédures d'agrément et de financement de ces centres étant identiques à celles des CRP, les mêmes difficultés sont constatées en ce qui les concerne.

S'agissant de leur implantation géographique, la délégation à l'Emploi s'est efforcée lors de leur création, vers 1989-1990, de veiller à une répartition équilibrée sur le territoire national.

Cependant, la création d'un centre de préorientation ne dépend pas de la volonté du ministère, mais d'une initiative locale et la délégation à l'Emploi n'a pu que fortement recommander aux associations privées de créer de telles structures, tout en restant dans l'impossibilité de pallier les carences observées au niveau de certaines régions.

En outre, les centres de préorientation ayant été essentiellement créés par redéploiement par la fermeture de sections de CRP, leur implantation a été naturellement influencée par celle des CRP préexistants.

*** Les EPSR**

Concernant le réseau des EPSR, le constat dressé par l'IGAS en 1991, à la demande de l'administration de tutelle, confirmait les difficultés de mise en oeuvre de ce dispositif. Il aurait été souhaitable que la Cour soit plus explicite quant au cadre statutaire expérimental préconisé qui permettrait éventuellement d'unifier l'infrastructure des EPSR publiques et privées. Toutefois, s'agissant de la couverture de l'ensemble des départements, la mise à niveau régulière des dotations budgétaires permettra de la réaliser en 1994.

B) Le cadre réglementaire

*** Le foisonnement des textes**

Le constat de la Cour est exact : les textes sont nombreux, parfois inadaptés ; de plus subsistent des renvois à des textes abrogés. Une réflexion est en cours sur l'actualisation et la mise en cohérence des textes de façon à favoriser une meilleure lisibilité des dispositifs.

Il faut néanmoins préciser que la préoccupation du reclassement professionnel des handicapés est une préoccupation très ancienne des pouvoirs publics qui a légitimement conduit à établir de nombreuses réglementations. De plus, la suppression de textes et dispositifs qui sont aujourd'hui inadaptés ou d'utilisation confidentielle ne relève pas toujours d'une simple mesure de rationalité administrative, car l'attachement aux traditions est ici très fort.

*** L'absence de pilotage**

Comme l'observe la Cour, il est effectivement nécessaire de poursuivre l'amélioration de la coordination interministérielle.

Pendant il faut souligner que des liaisons constantes existent entre le ministère du travail et le ministère des affaires sociales tant au sein d'instances officielles telles le conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés et sa section permanente que dans de nombreux groupes de travail.

Ainsi des travaux de réflexion et de suivi, qui associent régulièrement les directions départementales du travail, les autres directions administratives concernées et parfois l'ensemble des partenaires privés sont en cours sur les accords prévus par la loi de 1987, le fonctionnement des COTOREP, les médecins de main d'oeuvre, le système de formation en alternance, les programmes départementaux, la GRTH, l'évaluation économique des ateliers protégés.

Par ailleurs, les délégations des crédits sur l'ensemble des mesures d'insertion des handicapés font l'objet d'un suivi précis par voie télématique depuis 1988.

Sur un autre plan, ont été conduites dans la période récente des opérations de déconcentration et de globalisation des crédits (subventions d'investissement aux ateliers protégés, frais de déplacement des personnes convoquées à la COTOREP, globalisation des crédits sur l'article 10 du chapitre 44-71) qui accroissent la responsabilité des services départementaux et régionaux ainsi que la lisibilité pour l'utilisateur.

*** L'absence d'appareil statistique**

Il est certain que les pouvoirs publics manquent de données générales en la matière. Le ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle pour sa part dispose d'une source fiable, celle de l'obligation d'emploi dans les établissements de 20 salariés et plus. Toutefois il ne dispose plus de données pour les établissements de 10 à 19 salariés et n'en a jamais possédé pour les moins de 10.

Avant d'envisager un vaste programme interministériel de recensement de données générales, il conviendrait en tout état de cause de fixer des normes en matière de définition du handicap. Ce point ne fait pas, quant à lui, l'objet d'un consensus entre les différents spécialistes.

C) Le système de rémunération

*** Les non-salariés**

Comme le souligne la Cour, aucun régime de garantie de ressources n'a jusqu'à présent été instauré au bénéfice des travailleurs handicapés non-salariés. On soulignera que les travaux d'élaboration d'un cadre réglementaire adéquat se sont en effet soldés par un échec il y a près de dix ans quand aucune suite n'a été donnée aux propositions d'un rapport présenté en novembre 1983 par M. Pierre Esteva, inspecteur général des finances.

De multiples obstacles conceptuels, juridiques ou techniques s'opposent à l'extension aux travailleurs indépendants d'un régime de ressources spécifiquement et fondamentalement rattaché à la seule condition salariale.

Plusieurs catégories d'aides peuvent néanmoins être accordées aux personnes handicapées qui créent leur activité : subventions d'installation, aides AGEFIPH, aides de l'Etat aux chômeurs créateurs d'entreprise.

*** Le caractère désincitatif de la GRTH**

La Cour réitère une des critiques les plus connues du mécanisme de la garantie de ressources, dont la récente amélioration est cependant reconnue.

Le débat a eu lieu à deux reprises, tant lors de l'élaboration du dispositif d'origine que dans le cadre de consultations et négociations multiples qui ont notamment conduit au train de réformes précédemment évoqué.

Le fonctionnement du régime est la conséquence de l'incapacité à dépasser de manière significative les seuils de productivité. La moindre performance économique, tant du travailleur handicapé que de l'établissement employeur notamment quand il s'agit du milieu protégé, et surtout un contexte économique défavorable expliquent cette difficulté plus qu'une imperfection intrinsèque du mode d'évolution et d'articulation des quatre régimes de GRTH en vigueur.

*** Le cumul AAH/GRTH**

Le cumul entre l'allocation aux adultes handicapés et la garantie de ressources s'est développé dès la mise en oeuvre de la GRTH, sans qu'il ait été prévu à l'origine. Cela a un effet incontestablement pervers qui a été dénoncé à plusieurs reprises. Assurant en effet un niveau de ressources globales sensiblement supérieur au seul revenu lié à l'activité productive, il annule l'effet incitatif du système de rémunération liée au travail. Ce cumul n'a pas fait l'objet d'un réexamen lors de la réforme conjointe des ressources et de la GRTH intervenue en 1990 : l'intérêt de la mesure proposée par le service chargé de l'action sociale, dans le cadre des protocoles d'accord de 1989, est d'avoir cependant plafonné ce mode de ressources composite. Aucune disposition similaire n'a toutefois été prise lors de la réforme de la GRTH applicable en atelier protégé.

*** Les charges sociales indues**

Pour ce qui concerne la compensation, autant d'ailleurs que le recouvrement, des charges sociales patronales assises sur le complément de rémunération, la Cour rappelle à juste titre que les services ont, en 1992, été en mesure de prendre les dispositions de nature à mettre un terme aux difficultés juridiques et budgétaires que les instructions du 31 janvier 1983 (circulaire Le Garrec) n'avaient jusqu'à présent que très partiellement limitées.

A cette fin, un projet de circulaire interministérielle a été effectivement soumis aux administrations concernées ainsi qu'au Conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés (section permanente, séance du 7 avril 1992).

Or, bien que quelques-unes des dispositions envisagées aient suscité des craintes, voire la contestation de la part de certaines associations (cas de la formation professionnelle par exemple) il importe de souligner que le bien-fondé juridique de ce projet n'a pas été contesté. Cependant, dans le cadre même du contentieux évoqué par la Cour et qui, jusqu'à présent avait confirmé l'interprétation faite de la loi dans ce domaine, deux jugements divergents rendus par les tribunaux administratifs remettent actuellement en cause le traitement du cas des retraites complémentaires dont le plafonnement était considéré comme acquis depuis 1983.

De ce fait, les mesures de normalisation attendues sont actuellement différées.

*** Le contrôle des DDTEFP**

Il est exact que le paiement de la GRTH constitue une charge de gestion lourde pour les directions départementales du travail, très mobilisées sur de nombreuses actions de la politique de l'emploi et pas toujours suffisamment dotées en moyens pour y faire face. Le partage des compétences avec les directions départementales de l'action sanitaire et sociale, pour ce qui concerne les CAT, mérite effectivement une réflexion.

L'imprécision des bases de compensation des charges sociales patronales assises sur le complément de rémunération constitue néanmoins l'obstacle majeur à l'efficacité du contrôle et de la gestion incombant aux services départementaux du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

Une meilleure maîtrise de cette mesure passe en effet par la nécessaire normalisation du cadre juridique, impératif parfaitement reconnu par le ministère du travail.

En résumé, les imperfections du dispositif d'insertion professionnelle des personnes handicapées, comme les améliorations qui doivent encore lui être apportées, ne doivent pas faire perdre de vue un certain nombre de considérations.

D'importantes réformes ont été conduites dans ce domaine depuis de nombreuses années et la loi de juillet 1987 a définitivement concrétisé l'obligation d'emploi dans les entreprises.

Les moyens budgétaires que le ministère du travail consacre à cette politique sont considérables et ont été en constante augmentation ces dernières années, généralement à un rythme supérieur à celui des moyens de l'ensemble du ministère.

Néanmoins, les difficultés de la situation économique et de l'emploi, comme les difficultés structurelles de l'insertion des handicapés, expliquent, pour l'essentiel à eux seuls, les résultats limités de cette politique.

Enfin, la complexité est parfois le prix à payer d'une politique de concertation et de partenariat.

REPONSE DU MINISTRE DU BUDGET, PORTE-PAROLE DU GOUVERNEMENT

1° Les problèmes de financement des centres d'aide par le travail

Ces problèmes ont fait l'objet d'un examen attentif de la part de la Cour qui observe que depuis quelques années, le taux d'évolution de la dotation globale de financement accordée aux CAT est insuffisant pour couvrir les charges des établissements. Le ministère des affaires sociales partage le même souci de voir garanti aux CAT un niveau de financement leur permettant de fonctionner sans contrevenir à leur mission première d'institutions médico- sociales .

Cette question, qui concerne tout particulièrement le ministère du budget dans la mesure où les charges de fonctionnement des CAT - institutions placées sous la tutelle du ministère des affaires sociales - relèvent du budget de l'Etat, ne doit pourtant pas être disjointe de celle concernant la réforme des COTOREP. Le ministère des affaires sociales s'accorde sur ce point à reconnaître la nécessité d'améliorer le fonctionnement de ces commissions.

En effet, c'est à juste titre que la Cour, soulignant dans l'introduction de son rapport à quel point l'absence de données statistiques suffisamment fiables a des conséquences graves qui "rendent en particulier quelque peu illusoirs les efforts des pouvoirs publics visant à arrêter des méthodes de programmation cohérentes pour la création de places nouvelles dans les établissements accueillant des personnes handicapées , puisqu'il n'existe aucune évaluation incontestable des besoins", fait aussitôt le lien avec les problèmes de moyens et les conditions de fonctionnement des COTOREP, qui ne permettent pas d'exploiter au mieux les informations disponibles qu'elles détiennent et qui seraient utiles aux pouvoirs publics.

Le ministère du budget partage également les remarques de la Cour s'agissant des files d'attente à l'entrée des CAT qui, dans certains départements, augmentent à la suite des décisions d'orientation des COTOREP, bien que les capacités d'accueil soient elles-mêmes croissantes. Cette situation ne résulte pas d'un sous-équipement général mais des décisions des COTOREP qui, cédant à une politique de facilité, dirigent trop de handicapés vers les CAT, sans tenir compte des besoins réels des intéressés. Ainsi, certains CAT accueillent des personnes qui, par leur degré de dépendance, relèvent d'autres structures (MAS, foyers occupationnels...) où le système de ressources laissées aux pensionnaires est beaucoup moins favorable que celui existant dans les CAT... Dès lors, les besoins effectifs de places en CAT sont surestimés puisque l'importance des files d'attente sert d'indicateur pour la planification des équipements et pour l'étude des projets institutionnels en commission régionale des institutions sociales et médico- sociales .

Il en est de même s'agissant de la surcharge de travail des COTOREP qui engendre des délais d'instruction des dossiers démesurément longs alors que le temps d'examen consacré à chaque dossier est excessivement court et peu compatible avec une approche sérieuse des besoins réels des intéressés, en dépit de l'informatisation commencée en 1986. Les COTOREP, qui ont pour la plupart mis en oeuvre la circulaire du 25 mai 1984 prévoyant des mesures de simplification, n'ont pas pu empêcher la dégradation des délais de traitement des dossiers. Ainsi fréquemment, l'orientation des personnes handicapées résulte de décisions des COTOREP qui prennent davantage en considération la structure qui est susceptible de les accueillir plutôt que celle qui convient réellement à leurs possibilités d'insertion professionnelle et sociale . C'est pourquoi, la Cour affirme à juste titre que "le développement du milieu protégé, notamment celui des CAT, ne peut guère s'expliquer autrement, les files d'attente pour l'entrée dans ces établissements croissent au fur et à mesure qu'augmente le nombre de places qui y sont créées".

Compte tenu de ces observations, la réforme des COTOREP paraît s'imposer et doit permettre de résoudre les problèmes de financement des CAT. Outre une meilleure représentation des financeurs au sein de ces commissions, le ministère du budget est favorable à l'allègement de leurs

tâches. Elles pourraient ainsi, à effectifs constants, recentrer leurs missions sur l'orientation et le reclassement professionnel. Dans la mesure où l'approche globale du handicap, qui doit relever d'une instance unique selon la loi d'orientation de 1975, ne signifie pas nécessairement que la reconnaissance du droit à prestation reste confiée aux COTOREP, les missions qui incombent actuellement à sa deuxième section (taux d'incapacité, attribution des prestations...) seraient transférées à d'autres organismes (DDASS, conseil général...) après une expertise médicale confiée aux CPAM. Les médecins-conseils de ces caisses ont en effet une bonne expérience en ce domaine (pensions d'invalidité) et la logistique nécessaire pourrait éventuellement être améliorée.

La mise en oeuvre de cette réforme, par la résorption des files d'attente à l'entrée des CAT et la libération de places qui en découleraient nécessairement, apporterait par là même une solution durable aux problèmes de financement des CAT. Elle permettrait aussi l'accueil des jeunes handicapés en CAT, ceux-ci étant, conformément à l'amendement CRETON, maintenus en institut médico-éducatif faute de places disponibles dans les structures pour adultes. L'enveloppe globale des crédits consacrée à ces centres pourrait, d'une part, couvrir le financement des mesures d'amélioration de la situation des personnels d'encadrement prévues par les conventions collectives et, d'autre part, mettre fin au contentieux relatif à la dotation qui existe entre certains CAT et les services de l'Etat concernés.

Dans l'attente de cette réforme, il a été inscrit dans le projet de loi de finances pour 1994 des crédits relatifs au fonctionnement des CAT à hauteur de 4 889 MF, soit une hausse de près de 5 % par rapport à la loi de finances pour 1993, comprenant la création de 2 000 places supplémentaires. Par ailleurs, une mission d'audit sur la situation financière des CAT vient d'être mise en place à la demande conjointe du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville et du ministère du budget.

2° Les dérives d'attribution de l'AAH

Les critiques de la Cour relatives aux dérives d'attribution de l'AAH vont, de l'avis du ministère du budget, dans le sens de la réforme des COTOREP précédemment évoquée. Ces dérives trouvent leur origine, d'une part, dans la différence de traitement entre handicap et invalidité et, d'autre part, dans les conditions d'application de l'article 35-II de la loi du 30 juin 1975.

En effet, si l'appréciation du taux d'incapacité appartient actuellement aux équipes techniques à dominante médico- sociale des COTOREP sur la base d'un barème qui doit être prochainement modifié, l'appréciation de l'invalidité appartient aux médecins-conseils des CPAM qui déterminent en réalité une perte de capacité de gain au regard de l'activité antérieure. Ainsi, comme le fait remarquer la Cour "il est dans ces conditions fréquent que deux personnes souffrant d'une incapacité identique la voient qualifier par deux instances distinctes, selon deux séries de critères différents, alors qu'elle a pourtant les mêmes effets sociaux et professionnels". Cette situation comporte dès lors de nombreux inconvénients. Les COTOREP accordent fréquemment l'AAH à des titulaires d'une pension d'invalidité auxquels elles ont reconnu le statut de handicapé, détournant ainsi les objectifs de la loi d'orientation de 1975 : "l'AAH cesse alors d'être le minimum de ressources réservé aux personnes handicapées dépourvues d'une couverture sociale pour devenir un complément -voire un substitut- à une pension d'invalidité". Par ailleurs, ces deux dispositifs d'appréciation de l'incapacité conduisent les intéressés à accomplir des démarches administratives excessives qui encombrant davantage les COTOREP et alourdissent les coûts de gestion des CAF qui gèrent la prestation.

Les critiques de la Cour relatives aux conditions d'application de l'article 35-II de la loi d'orientation de 1975 sont entièrement partagées par le ministère du budget. Il est exact que pour pallier les effets des difficultés de l'économie française, notamment en matière d'emploi, un certain nombre de COTOREP ouvrent des droits à l'AAH au titre de l'article 35-II à des personnes qui sont, soit dans l'impossibilité de se procurer un emploi du fait du chômage et non de leur handicap, soit des marginaux (clochards, toxicomanes...). Certaines COTOREP mettent ainsi sur le même plan l'exclusion sociale et le handicap alors qu'il existe des dispositifs spécifiques de prise en charge, en particulier le RMI depuis 1989.

Face à ces critiques, la réforme des COTOREP, en donnant un rôle essentiel aux CPAM dans l'appréciation de l'incapacité, apporterait une solution cohérente à ces problèmes. En ce sens et pour mettre fin à l'extension injustifiée du champ d'application de l'AAH, le Gouvernement a présenté un article dans le projet de loi de finances pour 1994 qui doit permettre un retour aux principes de la loi d'orientation de 1975 en faveur des personnes handicapées .

3° La réforme des services d'auxiliaires de vie

Cette réforme doit aller dans le sens proposé par la Cour. Leur financement, en partie à la charge de l'Etat sous la forme d'une subvention forfaitaire annuelle, pourrait être transféré aux départements. Ceci permettrait, d'une part, de mettre un terme aux ambiguïtés de la répartition de compétences en ce domaine qui résultent de la mise en place de la décentralisation et, d'autre part, d'éviter le dépérissement de ces services. Ainsi les départements, grâce à une dotation globale de décentralisation, renforcée des crédits d'Etat consacrés à ces services, auraient les moyens d'une politique cohérente et efficace de maintien à domicile des personnes handicapées qui relèvent de leurs attributions.

4° Les difficultés de fonctionnement des ateliers protégés

Trois sources de subventions de l'Etat existent en faveur des ateliers protégés :

- la subvention de fonctionnement "calculée au vu des résultats du compte d'exploitation et en prenant en considération notamment le surcoût des charges résultant de l'emploi de travailleur à capacité professionnelle réduite". Cette subvention peut être majorée lorsque l'atelier se trouve en situation difficile afin de l'aider à se redresser ;

En effet, l'atelier protégé est, comme toute entreprise, exposé à des difficultés liées à la concurrence, l'absentéisme, la fluctuation des commandes ;

- les subventions d'équipement pour les investissements mobiliers et immobiliers ;

- les audits à la création et à l'extension ainsi que les audits comptables et économiques.

Les crédits budgétaires correspondant à ces trois subventions ont fortement progressé entre 1990 et 1993.

(En millions de francs)

:	:	1990	:	1993	:
: Fonctionnement	:	69	:	112	:
: Equipement (autorisations de programme)	:	8	:	22	:
: Audits	:	0	:	4	:

Source : Budget voté du ministère du travail.

L'effort de l'Etat en direction des ateliers est croissant. L'AGEFIPH, de son côté, a la possibilité de subventionner ces structures quand un travailleur handicapé s'insère en milieu ordinaire.

S'agissant du financement des aménagements de postes de travail dans les ateliers protégés, ce n'est que par exception que de tels aménagements étaient précédemment financés par le ministère du travail sur les crédits inscrits à l'article 20 du chapitre 44-71. Les aménagements pouvaient, et peuvent toujours, être attribués sur les crédits d'investissement des ateliers protégés.

5° Les programmes d'action départementaux et l'AGEFIPH

Il est effectivement permis de s'interroger sur le "bien fondé d'une intervention financière de l'Etat" (20 MF en 1992) "afin d'inciter des partenaires naturels à travailler ensemble". Certains départements construisent des plans d'insertion des travailleurs handicapés sur la base des moyens existants.

En fait, il semble que par ce biais, le ministère du travail cherche à maîtriser l'action locale de l'AGEFIPH en faveur de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés .

Une présence plus affirmée de l'Etat au sein du conseil d'administration de l'AGEFIPH serait plus pertinente et permettrait notamment de favoriser au niveau national un processus régulier de concertation avec l'association devant conduire à la mise au point de programmes cohérents en faveur de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés .

Cette présence se justifie d'une part par la mission de service public confiée à cette association et d'autre part par l'importance des moyens que l'Etat consacre à l'insertion professionnelle des handicapés (l'ANPE, les EPSR et les services déconcentrés du ministère du travail concourent à l'insertion professionnelle de cette population, et les dispositifs d'aide à l'emploi leur sont également ouverts).

6° Le système de rémunération : la garantie de ressources

Si, comme le rappelle la Cour, l'une des principales idées sous-jacentes à la loi d'orientation du 30 juin 1975 (celle de la "carrière du handicapé"), s'est finalement révélée peu opératoire, il faut en chercher l'explication du côté des règles de calcul de la garantie de ressources des travailleurs handicapés et du cumul possible avec l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

La garantie de ressources en milieu protégé (CAT et atelier protégé) doit en partie avoir une logique sociale , mais en respectant une contrainte forte : l'intégration de la logique économique du milieu ordinaire, afin de favoriser le passage vers ce dernier.

Par ailleurs, au sein même du milieu protégé, le cumul AAH et garantie de ressources dénature notablement l'objectif recherché par la mise en place de la garantie de ressources : l'incitation à l'accroissement de la productivité du travailleur.

S'agissant des charges sociales indûment compensées par l'Etat, le ministère du travail, en acceptant une économie de 100 MF à ce titre sur la garantie de ressources dans le projet de loi de finances pour 1994, s'est clairement engagé à limiter dans l'avenir les remboursements de cotisations sociales supportées par les employeurs de travailleurs handicapés aux stricts montants légalement dus. Il est en effet inadmissible que l'Etat rembourse aux CAT en moyenne l'équivalent d'un taux de charges de plus de 42 %, alors que la Cour relève que celui-ci ne devrait pas dépasser 37 %.

**REPONSE DU MINISTRE D'ETAT, MINISTRE DE L'INTERIEUR ET DE
L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE**

En réponse au projet de rapport que la Cour des comptes se propose de publier sur les politiques sociales en faveur des handicapés adultes, j'ai l'honneur de vous faire part des actions menées par mon département ministériel.

Conformément aux actions prévues par le plan triennal d'action sociale (1992-1994), un des objectifs de l'action sociale du ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire est d'apporter aux agents handicapés ainsi qu'à leur famille une réponse toujours plus adaptée à leurs difficultés soit en termes de matériels et d'équipement, soit en termes d'accompagnement moral et psychologique. Un effort tout particulier est ainsi engagé pour faciliter l'insertion des fonctionnaires handicapés dans leur milieu de travail.

En application de la loi 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des handicapés qui fixe à au moins 6 % la part des travailleurs handicapés, le ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire employait en 1992, 2 118 personnes handicapées sur 33 002 emplois d'administration générale soit 6,42 % de l'effectif total.

Ces agents peuvent être recensés de la manière suivante :

- COTOREP = 804*
- accidents du travail = 56*
- agents titulaires d'une allocation temporaire d'invalidité = 103*
- emplois réservés = 1 143*
- agents reclassés = 12*

A titre expérimental, une politique d'équipement a été mise en place ces dernières années à l'administration centrale. Cette action s'avérant très positive pour les agents concernés et les services les accueillant, un programme équivalent, sera conduit dans les préfectures.

Afin de définir ce programme et son calendrier de réalisation, un recensement des postes de travail qui pourraient bénéficier d'un équipement approprié a été entrepris tant dans les préfectures que dans les services de police.

Ce recensement comprend une évaluation sommaire des dépenses qui se révéleraient nécessaires pour l'adaptation des équipements.

Une commission administrative a été créée au sein de la direction du personnel de la formation et de l'action sociale (sous-direction de l'action sociale) afin d'examiner les demandes et de définir, en fonction des priorités, un programme pluriannuel de mise en oeuvre.

La commission nationale d'action sociale sera amenée à se prononcer sur les orientations de l'action menée en faveur de l'insertion des handicapés dans leur milieu de travail.

La mise en place d'actions d'information sur leurs droits en direction d'adultes handicapés salariés ou parents d'enfants handicapés sera réalisée prioritairement.

Ainsi, chaque année, le ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire accorde-t-il des crédits pour aménager les postes de travail de ses agents handicapés, sur la base d'un dossier et après avis de la commission précitée.

Le montant des crédits consacrés à cette action est en constante augmentation depuis sa mise en place : le budget fixé à 350 000 francs en 1990, est passé à plus de 700 000 francs en 1993 soit un doublement en quatre ans. Le nombre des handicapés ayant bénéficié d'équipements spécifiques favorisant leur insertion en milieu professionnel dépasse soixante-dix agents en trois ans.

Cette action est appelée à poursuivre sa montée en puissance, par le développement des matériels informatiques de plus en plus adaptés aux handicaps (notes-braille et écrans-braille par exemple).

Le ministère peut également se prévaloir de la mise en place de la première imprimerie "braille" à la sous-préfecture d'Etampes et du financement des machines permettant d'éditer les documents du ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, utiles aux agents mal ou non-voyants.

De plus, le ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire apporte aux familles de fonctionnaires du ministère ayant un enfant handicapé un soutien, en accueillant ces enfants quel que soit leur handicap, en séjours de vacances et en séjours linguistiques, organisés pour l'ensemble des enfants des agents du ministère.

REPONSE DU MINISTRE DE L'EQUIPEMENT, DES TRANSPORTS ET DU TOURISME

A l'issue de l'évaluation des résultats des politiques sociales mises en oeuvre en faveur des personnes handicapées adultes, objet d'un rapport public particulier, la Cour des comptes a formulé diverses critiques portant notamment sur l'accessibilité des transports.

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance les observations qu'appelle de ma part le projet de rapport établi par la Haute juridiction.

Constatant l'insuffisance des résultats enregistrés en matière d'accessibilité des transports terrestres, la Cour regrette les retards pris dans la mise en oeuvre des programmes issus de l'application de la loi d'orientation de 1975 et du décret du 9 décembre 1978.

Le ministère de l'équipement, des transports et du tourisme partage le souci exprimé par la Haute juridiction d'améliorer les résultats des politiques publiques en matière des personnes handicapées adultes et s'emploiera à les développer.

Si les résultats obtenus demeurent encore insuffisants, il convient toutefois de préciser que depuis une vingtaine d'années, de nombreuses réflexions et actions permettent une progression constante du concept d'accessibilité, sur le plan des matériels, de la nécessaire cohérence de la chaîne de déplacements, de l'information, du développement conjoint de services spécialisés et de l'accessibilité des réseaux grands publics. Les rapports du COLITRAH constituent sur ce sujet la source de références.

Par ailleurs, il m'apparaît important de rappeler l'existence d'avantages tarifaires spécifiques à certaines catégories de personnes handicapées .

REPONSE DU MINISTRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE

La Cour des comptes, dans son rapport sur les politiques sociales en faveur des personnes handicapées adultes, formule un certain nombre d'observations portant sur la gestion de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

De manière générale, elle constate que l'information dans ce domaine n'est pas toujours diffusée de la façon la plus satisfaisante. Concernant plus particulièrement le régime agricole, la Cour s'interroge sur les circuits de transmission des instructions relatives à cette allocation.

En pratique, la procédure suivie est la suivante. Le ministère des affaires sociales transmet les instructions au ministère de l'agriculture qui exerce la tutelle sur les caisses de Mutualité sociale agricole (MSA) chargées de gérer l'AAH pour ce qui concerne les ressortissants des régimes de protection sociale agricole. Ces instructions sont immédiatement communiquées par le ministère aux caisses centrales de la MSA, qui se chargent ensuite d'informer les différentes caisses locales de la MSA. La caisse centrale d'allocations familiales mutuelles agricoles, composante compétente des caisses centrales en la matière, est, en effet, chargée, comme le prévoient ses statuts approuvés par décision ministérielle du 7 juillet 1987 conformément à l'article 1002 du code rural, de contribuer à la mise en oeuvre de la politique familiale dans le régime agricole. Dans ce cadre, elle coordonne et contrôle l'action des caisses locales de mutualité sociale agricole. A cette fin, elle définit les règles communes à l'ensemble de ces caisses, règles adaptées aux spécificités et exigences de leur gestion, comme ce fut notamment le cas lors de la mise en oeuvre de logiciels informatiques pour l'évaluation des ressources qui conditionne l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Dans la majeure partie des cas, cette procédure permet une diffusion directe de l'information, et les circulaires du ministère des affaires sociales parviennent, sans délai, aux caisses locales de la mutualité sociale agricole.

Il arrive cependant, du fait de la spécificité du régime social agricole, qu'un certain nombre d'aménagements doivent être apportés aux circulaires du ministère des affaires sociales en vue d'adapter les conditions du régime général aux particularités du secteur agricole. Ces modifications occasionnent, naturellement et légitimement, un allongement des délais de transmission. Tel a été notamment le cas pour la circulaire n° 89-09 du 18 mai 1989 du ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale relative à "l'amendement CRETON", amendement qui autorise les jeunes adultes handicapés, lorsqu'ils ne peuvent être immédiatement admis dans des établissements pour handicapés adultes désignés par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), à être maintenus temporairement dans des établissements d'éducation spéciale au-delà de la limite d'âge autorisée.

Dans ce cas d'espèce, une adaptation du régime général a été nécessaire pour tenir compte des spécificités du régime de la mutualité sociale agricole ; les caisses centrales ont été amenées, dans ce cadre, à établir une note technique, diffusée en même temps que la circulaire du 18 mai 1989, transposant au régime agricole les règles posées par ladite circulaire et arrêtant les modalités financières et comptables correspondantes.

La nécessité d'arrêter des dispositions d'application particulières au domaine de la Mutualité sociale agricole induit ainsi, dans un certain nombre de cas, des délais techniques dans la transmission des instructions.

Ces délais, sont, en pratique, limités et le ministère de l'agriculture et de la pêche veille, en la matière, à ce que la mise au point des mesures internes, propres à la Mutualité sociale agricole, n'aboutisse à des retards dans la mise en oeuvre des dispositifs.

REPONSE DU MINISTRE DE LA FONCTION PUBLIQUE

Le projet de rapport relatif aux politiques sociales en faveur des personnes handicapées adultes appelle de ma part les observations suivantes :

1° A la date du 31 décembre 1991, 72 000 bénéficiaires directs de la loi du 10 juillet 1987 ont été recensés dans les administrations de l'Etat, ce qui représente 3,2 % des effectifs.

Le bilan établi par mes services au titre de l'exercice 1991 a été présenté au Conseil supérieur de la fonction publique de l'Etat réuni en formation plénière le 10 février 1993, et examiné par le Conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés le 5 mars 1993.

2° Si les dispositions relatives à la proratisation, qui permet tant de prendre en compte le travail à temps partiel ainsi que la durée de présence annuelle des salariés handicapés dans les entreprises privées ne s'appliquent pas aux administrations publiques, celles-ci ne bénéficient contrairement au secteur privé, ni du coefficient correcteur accordé par la réglementation à certains de ses bénéficiaires en fonction de leur situation (pondération en fonction de la gravité du handicap notamment), ni de la possibilité de retrancher de l'assiette les corps de fonctionnaires dits actifs dont les missions rendent parfois délicat le recrutement de travailleurs handicapés (fonctionnaires de police nationale en particulier).

De la même manière, les mécanismes juridiques régissant la fonction publique ne prévoient pas la possibilité de pratiquer des réductions de salaire lorsque le rendement des intéressés est notoirement diminué.

3° La Cour relève l'échec du recrutement en qualité d'agent contractuel dans les emplois des catégories C et D dont sont susceptibles de bénéficier les travailleurs handicapés, en application de l'article 3 de la loi du 10 juillet 1987 qui a modifié l'article 27 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat.

Ce mode de recrutement, initialement expérimenté par le ministère des postes, télécommunications et de l'espace, demeure en effet subsidiaire.

Il convient, par ailleurs, de préciser qu'en raison, d'une part, de la suppression des emplois de la catégorie D et, d'autre part, des modifications constatées dans la structure des emplois, ainsi que la réduction des effectifs qui s'est traduite par le gel des emplois notamment de catégorie D, l'efficacité de ce mode d'accès aux emplois publics a été lourdement obérée.

Enfin, les administrations gestionnaires ne sont pas en mesure d'établir des données statistiques, en raison de la déconcentration de la gestion des contrats de ce niveau.

Pour autant, il ne me semble pas, actuellement, opportun de procéder à une extension de la "troisième voie", dans la mesure où le processus d'intégration dans un corps de fonctionnaires titulaires des agents non titulaires du niveau B est en cours de réalisation ; outre le fait que cette expérimentation au bénéfice de travailleurs handicapés serait de nature à entraîner des demandes reconventionnelles, j'estime que le préalable obligé à l'extension de la troisième voie à la catégorie B est constitué par l'intégration des agents non titulaires occupant de tels emplois.

J'ajoute qu'une circulaire en date du 10 avril 1984 relative à l'application de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat précise que, en raison du degré de technicité et de qualification professionnelles afférents aux emplois de catégorie B, l'examen professionnel constitue la seule modalité d'intégration.

Enfin, rien ne justifie l'extension aux emplois de la catégorie A de ce mode de recrutement contractuel : en effet, au terme de l'article 4 de la loi du 11 janvier 1984, les administrations gestionnaires peuvent procéder au recrutement d'agents contractuels de niveau A sans restriction.

4° S'agissant enfin du plan pour l'emploi des handicapés présenté en conseil des ministres le 10 avril 1991, comportant un volet relatif à l'accès des handicapés dans la fonction publique de l'Etat, figurait, notamment, la réalisation par une équipe d'experts d'un état des lieux, afin d'aborder l'ensemble des points relatifs à la mise en oeuvre de cette législation.

Un groupe de travail a été chargé d'établir le bilan des actions conduites en matière d'insertion professionnelle des handicapés par les administrations centrales, services extérieurs et établissements publics administratifs de l'Etat, de recenser les pratiques en usage, en développant une approche qualitative et quantitative, et de formuler toute proposition susceptible d'améliorer la situation existante.

REPONSE AU MINISTRE DES ANCIENS COMBATTANTS ET VICTIMES DE GUERRE

Sur un plan général, il convient d'observer que l'ensemble des dispositifs gérés par le ministère des anciens combattants et victimes de guerre semblent avoir été ignorés par les rédacteurs du rapport. Seule, en effet, apparaît la question des emplois réservés (page 49). En revanche les écoles de rééducation professionnelle de l'Office national des anciens combattants et victimes de guerre, le réseau technique des centres régionaux d'appareillage gérés par les services déconcentrés du ministère, le centre d'étude et de recherche sur l'appareillage des handicapés (CERAH), ainsi que l'Institution nationale des invalides ne font l'objet d'aucune analyse dans le projet de rapport soumis par la Cour.

Or, ainsi que le démontrent les statistiques présentées dans la suite, l'activité des écoles de l'ONAC, des centres d'appareillage et du CERAH est tournée à plus de 90 % vers les handicapés civils qui ne sont pas ressortissants du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. Par ailleurs, la très haute technicité de l'INI en matière de traitement du handicap lourd (paraplégie et tétraplégie) lui confère une autorité reconnue dans les milieux médical et hospitalier. Sur le plan financier, il convient d'observer que le montant des crédits budgétaires consacrés à l'appareillage des mutilés de guerre est devenu depuis de nombreuses années inférieur au montant des fonds de concours rattachés à l'article 30 du chapitre 46-28 du budget des anciens combattants et victimes de guerre, qui correspondent aux appareils fournis aux ressortissants de divers régimes de sécurité sociale. L'ensemble des activités du ministère en matière d'appareillage, qui peut être mesurée par l'ampleur des frais de gestion (correspondant à 10 % des opérations d'appareillage effectuées) perçus et rattachés aux chapitres de rémunération et de fonctionnement courant du budget des anciens combattants, permet d'assurer pratiquement l'autofinancement du fonctionnement des centres régionaux d'appareillage. En effet, environ 5 % des crédits de rémunérations du ministère, et 40 % de ses crédits de fonctionnement courant relèvent de ces activités. La baisse relative de ces fonds de concours résulte de la mise en place des procédures d'accord direct par les caisses d'assurance maladie, sur l'opportunité desquelles il eût été extrêmement intéressant que la Cour fit porter ses investigations.

1.- *La procédure des emplois réservés, gérée par le ministère des anciens combattants et victimes de guerre, retrouve sa vocation et les décrets de 1990 lui redonnent progressivement une efficacité.*

En ce qui concerne le bilan de la réforme des emplois réservés, les constatations faites à partir des examens organisés depuis la publication des décrets du 8 novembre 1990, montrent qu'en 1ère catégorie, 90 % des candidats admis inscrits sur les listes de classement sont recrutés dans un délai de quelques semaines à 6 mois après la proclamation des résultats.

Les emplois de 2ème catégorie offrent également aux candidats de ces dernières sessions des perspectives de recrutement dans un délai d'un an à 80 % d'entre eux. L'objectif de réduction des délais d'attente peut, à ce niveau, être considéré comme atteint.

En revanche, dans les départements méridionaux les plus recherchés par voie de mutation et pour les emplois les moins qualifiés, les vacances déclarées par les administrations le sont encore en nombre insuffisant pour assurer la résorption des listes devenues pléthoriques avant la réforme de 1990.

Il convient également d'observer que la nomenclature des emplois réservés établie par le décret n° 90-378 du 2 mai 1990 fait l'objet périodiquement d'une nouvelle mise à jour prenant davantage en compte la modernisation de l'administration.

En outre, le ministère des anciens combattants et victimes de guerre et la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (FNATH) ont organisé en 1992 à titre expérimental en Ile-de-France un stage de préparation à l'examen de 1ère catégorie des emplois réservés permettant l'accès aux emplois de la catégorie B de la fonction publique.

L'Office national des anciens combattants et victimes de guerre a été chargé de la mise en oeuvre de cette préparation en raison de sa longue expérience en matière de réinsertion professionnelle des handicapés acquise au travers des écoles de rééducation.

L'expérience s'est révélée fructueuse puisqu'un quart des candidats ont été reçus à l'examen et ont trouvé un emploi à l'issue de leur formation. Il est envisagé en conséquence de renouveler cette expérience en l'élargissant à un effectif de stagiaires plus important.

Par ailleurs, un projet de loi tendant à rendre permanentes les dispositions de l'article L. 393 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, a été examiné et adopté en première lecture par le Sénat le 15 avril 1992 et devrait venir prochainement en discussion à l'Assemblée nationale. Sa présentation a été rendue nécessaire par les extensions récentes de la législation, notamment aux sapeurs-pompiers non professionnels atteints de maladies contractées ou de blessures reçues en service (loi n° 87-565 du 22 juillet 1987) ainsi qu'aux conjoints de militaires, douaniers, policiers décédés en service et aux conjoints de personnes soumises à un statut législatif et réglementaire et appelées à titre habituel ou occasionnel à des missions d'assistance à personne en danger décédées au cours d'une telle mission (loi n° 87-1131 du 31 décembre 1987).

Ce texte a également supprimé le caractère temporaire de l'article L. 394 et implique par voie de conséquence la pérennisation de l'article L. 393, l'abrogation de l'article L. 401 et la modification de l'article L. 404. Le texte qui sera proposé à l'Assemblée nationale prendra compte de la loi du mois de juillet 1993 étendant le bénéfice de la qualité de pupille.

Enfin, les propositions de la Cour concernant l'insertion professionnelle des personnes handicapées (5. Emploi) ne soulèvent de ma part aucune objection.

2.- *Les écoles de rééducation professionnelle gérées par l'Office national des anciens combattants représentent un cinquième de l'offre de formation pour adultes handicapés.*

La rééducation professionnelle des pensionnés militaires d'invalidité et des victimes de guerre, qui, du fait de l'invalidité pensionnée, ne peuvent plus exercer leur profession habituelle, est assurée par l'Office national des combattants et victimes de guerre. Les services rendus ont très largement dépassé la population initiale et ont été étendus aux autres catégories de handicapés civils.

Dix écoles spécialisées, toutes implantées à proximité d'un chef-lieu de région, accueillent les handicapés. Les frais sont pris en charge par l'organisme dont ils relèvent (caisses de sécurité sociale, directions départementales de l'action sanitaire et sociale, etc...). Les stagiaires sont admis sur décision de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP). Ils perçoivent une rémunération versée par les directions départementales du travail et de l'emploi.

Les 10 écoles de l'Office national offrent plus de 2 000 places, soit la quasi totalité du potentiel public et 20 % environ de la capacité d'accueil de l'ensemble des centres de formation pour adultes handicapés. La formation qu'elles dispensent, en étroite liaison avec les services du ministère de l'éducation nationale et sous le contrôle d'un inspecteur de l'enseignement technique, est sanctionnée par les diplômes de l'enseignement technique (CAP, BEP et baccalauréats professionnels). Les professions auxquelles elles préparent sont actualisées en fonction du marché du travail.

Les écoles disposent de 40 sections (15 ont été créées et 24 rénovées ces 5 dernières années) de formation réparties en 4 grandes catégories d'enseignement : industriel (45,4 %), commercial (42,2 %), artisanal (9,5 %) et agricole (2,8 %). 84 % des candidats aux examens ont été reçus et surtout 68 % des élèves ont été embauchés à la sortie des écoles. 1 870 stagiaires ont été formés dans les écoles de l'Office national en 1991. 3,70 % étaient des ressortissants de l'Office national contre 4,10 % en 1990 et 90,60 % relevaient du régime général de la sécurité sociale contre 91,03 % en 1991.

3.- Le réseau des centres régionaux d'appareillage constitue un outil performant sur les plans médical et social et efficace en termes économiques : leur rôle a été ces dernières années trop souvent considéré comme secondaire par rapport aux préoccupations des caisses d'assurance maladie.

Le ministère des anciens combattants dispose de 20 centres régionaux d'appareillage et de 97 centres rattachés placés sous l'autorité des directeurs interdépartementaux qui offrent un service de proximité de qualité.

Ces centres interviennent dans les procédures médico-techniques et administratives par lesquelles s'effectue l'appareillage des ressortissants du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, mais également et en majorité des bénéficiaires des différents régimes de l'assurance-maladie.

Si les moyens mis en oeuvre pour l'appareillage des handicapés physiques relèvent pour une grande part du ministère des anciens combattants, la responsabilité des mesures prises en ce domaine est de caractère interministériel. L'action des centres d'appareillage s'exerce en effet de façon ponctuelle lors des consultations médicales d'appareillage et plus généralement par des missions permanentes de conseil et d'assistance technique, dans le cadre des textes d'application du décret n° 81-460 du 8 mai 1981 codifié (portant simplification des procédures et des conditions de prise en charge de fournitures et d'appareils au titre des prestations sanitaires), en particulier la circulaire interministérielle du 11 février 1986.

L'évolution du rôle des centres d'appareillage se traduit par un élargissement du champ d'activité du département. Si les consultations médicales d'appareillage inscrivent leur activité dans le cadre de l'appareillage traditionnel, il a été néanmoins jugé indispensable d'accentuer les efforts dans le domaine des aides techniques afin de saisir le handicap dans son intégralité en globalisant l'acte de réinsertion. C'est à ce souci qu'a répondu la conclusion de conventions avec HANDYNET et AGATE citées dans le rapport, mais aussi les relations de partenariat avec les associations "Mieux vivre" (Bretagne, Rhône- Alpes) spécialisées dans le domaine des aides techniques.

Il est à noter que le niveau technique des centres est extrêmement élevé. Conduits par des médecins spécialistes de l'appareillage, assistés par des experts-vérificateurs de l'appareillage, les centres, qui sont le plus souvent implantés dans les locaux des directions interdépartementales des anciens combattants, disposent d'un équipement moderne et de stocks d'accessoires importants. (En 1992, par une nouvelle procédure de livraison directe des centres d'appareillage par les différents fournisseurs, mise en oeuvre selon la charte de la déconcentration, 100 465 articles ont été délivrés aux assurés sociaux et aux mutilés de guerre). Des travaux d'investissement et de remise aux normes ont en effet été systématiquement effectués au cours des années récentes.

L'intérêt principal des centres d'appareillage réside dans la mise en relation, sur un même lieu, du handicapé, d'un médecin et d'un fournisseur privé, sous l'égide d'une administration d'Etat garante de la bonne utilisation des deniers publics. Ce point est d'autant plus important que les actes d'appareillage imposent une étroite coordination entre les divers intervenants. L'action des équipes médico-techniques -médecins spécialistes de l'appareillage et experts vérificateurs a pour finalité d'assurer la meilleure adéquation possible entre l'infirmité et l'appareil prescrit, ce dernier étant réalisé par des fournisseurs agréés du secteur privé.

Ainsi que le mentionne le rapport, les aides techniques ne sont pas actuellement prises en compte au niveau du TIPS. Il est regrettable que non inscrites au TIPS elles ne puissent pas être testées, tout au moins pour certaines d'entre elles, par des organismes compétents afin de s'assurer de leur fiabilité. Ce point précis a été évoqué au sein de la commission consultative des prestations sanitaires (CCPS) par les représentants du ministère des anciens combattants.

A cet égard, les propositions de la Cour concernant l'intégration sociale des personnes handicapées (4. aides techniques) n'appellent de ma part aucune objection.

4.- Le Centre d'études et de recherche sur l'appareillage des handicapés à Metz-Woippy (CERAH) est en passe de renforcer son rôle de normalisation à l'échelon européen.

En 1991, le CERAH est intervenu en matière de tests de fauteuils roulants et de cannes et a conçu, en partenariat avec les fabricants français et un centre de recherche, des machines à tester les prothèses du membre inférieur.

En matière de recherche et d'évaluation, l'université de Louvain-la-Neuve (Belgique), l'institut Garches et le CERAH ont décidé d'unir leurs efforts pour une recherche commune ayant pour thème la contribution de l'activité physique à l'intégration socio-économique des personnes handicapées à motricité réduite (évaluation et orientation). Ce programme de recherche s'étendra sur plusieurs années. Dans un premier temps, la phase d'évaluation passe par la conception et la réalisation d'ergomètres destinés à quantifier les aptitudes physiques des personnes handicapées. La réalisation de ces appareils est confiée au CERAH.

Dans le cadre du renforcement du rôle normatif du CERAH, notamment au niveau européen, l'accréditation "réseau national d'essai", label indispensable, est en voie d'aboutissement.

Le CERAH entretient des liens étroits avec l'hôpital de Garches (réalisation d'un tapis roulant ergonomique pour la rééducation à la marche et d'un portique de sustentation pour l'étude de la marche des handicapés).

REPONSE DU PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL DU CALVADOS

A plusieurs reprises, le nom du Calvados est cité dans le rapport. Il convient tout d'abord de noter que la majeure partie des observations ainsi faites concernent l'Etat ou ses services dans le Département et non la collectivité territoriale.

La première observation relative à la collectivité départementale souligne l'absence de schéma directeur arrêtant les lignes directrices des équipements sociaux et médico- sociaux , ou "la lenteur et les difficultés d'élaboration" interdisant toute programmation d'équipement répondant à un besoin.

Certes, les démarches sont longues qui font que, depuis juin 1991, date à laquelle et après de nombreuses réflexions, il a été fait appel à l'observatoire régional de la santé, pour mener à bien les études. Ce schéma n'est donc pas encore établi et ne pourra l'être avant quelques mois encore. Mais ainsi que le souligne le rapporteur, ce schéma doit s'appuyer sur une connaissance quantitative et qualitative des besoins des handicapés, éléments qu'aucune structure n'est susceptible de communiquer.

En effet, les COTOREP ne sont pas informatisées et, le seraient- elles, les statistiques issues de ces fichiers ne seraient pas fiables. Il arrive souvent, en effet, que les orientations qu'elles proposent sont plus dictées par les possibilités d'accueil que par les besoins réels du handicapé.

D'autre part, nombreux sont les handicapés, hébergés dans leur famille, et sur lesquels aucun renseignement n'a pu être recueilli, sauf à avoir recours à une enquête. L'Observatoire régional de la santé, qui a dû élaborer un programme de recherche, et après avoir bien défini son plan de recherche, et obtenu les accords de la commission nationale informatique et liberté et de la commission d'éthique, a pu réaliser son enquête qui vient de se terminer. Son exploitation est en cours.

Cela étant, le Département n'est pas resté immobile. En accord avec les principales associations s'occupant d'handicapés dans le département, un programme provisoire d'équipement a été arrêté pour 3 ans au début de 1992. Ce programme est en cours de réalisation et verra au total la création de 200 places environ, soit :

- 90 places de foyer occupationnel (4 établissements),*
- 54 places de foyer d'hébergement associés aux CAT (3 établissements),*
- 25 places en foyer d'insertion et de transition (3 établissements-foyers de jour),*
- 30 places en foyer à double tarification (1 établissement).*

En ce qui concerne cette dernière catégorie de structure, dont le rapport souligne bien qu'il ne repose sur aucune base juridique véritable, il est évident que les cas qui en relèvent soient pratiquement aussi lourds que ceux justifiant un placement en maison d'accueil spécialisé. Le Département n'a consenti à en accepter la réalisation que devant l'impossibilité d'obtenir la création de MAS supplémentaires dans le Département (hors quelques rares redéploiements dans certains établissements d'éducation spécialisée).

Au total, et sans attendre le schéma départemental, le Département s'est engagé, après une large concertation avec les associations représentatives, dans le développement d'une politique qui, à court terme, va entraîner un accroissement de près de 50 % de ses dépenses dans le domaine de l'hébergement des handicapés.

Le second point, souligné dans le rapport et concernant le Département, touche à la politique d'équipement (p. 139). Le rapporteur souligne, en effet, que si dans le Département 232 personnes sont inscrites sur les listes d'attente pour entrer en CAT, 141 handicapés étaient maintenus dans ces structures malgré une productivité très inférieure aux normes.

Mon prédécesseur s'était élevé à l'époque, auprès du préfet de région, préfet du Calvados, sur la procédure suivie qui ne présentait ni toutes les garanties souhaitables, ni l'humanité véritable en la circonstance.

En effet, les mesures prises, intervenant en période de crise économique, sanctionnaient peut-être autant les difficultés à obtenir les marchés en sous-traitance qu'une baisse de capacité professionnelle des handicapés.

Quoi qu'il en soit, le Département s'est efforcé de faire face aux besoins en créant notamment les foyers d'insertion et de transition, troisième point relevé dans le rapport qui en souligne le caractère innovant et adapté.

Cette remarque n'appelle donc aucun commentaire de ma part.

REPONSE DU PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL DES LANDES

J'ai bien reçu votre courrier par lequel vous me faites part de diverses observations concernant la pratique du conseil général des Landes dans l'application de sa politique sociale en faveur des personnes handicapées adultes.

Tout d'abord, je prends bonne note de votre observation sur le calcul des bénéficiaires de l'obligation d'emploi au sens de la loi de 1987. Je me permets, cependant, d'attirer une nouvelle fois votre attention sur l'initiative que j'ai dû prendre pour créer un atelier protégé. Les Landes étaient le seul département de la région Aquitaine à ne pas posséder un tel équipement. Depuis sa création par le conseil général, 80 travailleurs handicapés ont été embauchés. L'importance de ce chiffre me paraît devoir être prise en compte dans votre analyse.

Par ailleurs, dans le chapitre relatif aux modalités de prise en charge conflictuelles et arbitraires, vous relevez une difficulté opposant le conseil général des Landes et la caisse primaire d'assurance maladie de Pau à propos du non paiement des frais d'un résidant relevant de l'amendement CRETON.

Pour bien comprendre la situation du département des Landes, il me semble indispensable de vous apporter les précisions suivantes.

Les Landes sont le seul département d'Aquitaine à ne pas être équipé d'une maison d'accueil spécialisée. Les adultes qui en relèvent ou qui en ont relevé ont été orientés, en minorité, vers des maisons d'accueil spécialisées d'autres départements, et en majorité, sous la pression des familles, vers des foyers occupationnels ou de vie, financés par le conseil général.

J'ai saisi à plusieurs reprises, les autorités compétentes sur ce problème pédagogique et financier.

L'Etat et la sécurité sociale font donc, depuis de nombreuses années des économies en ne faisant pas face à leurs obligations.

Une maison d'accueil spécialisée sera prochainement ouverte pour 50 handicapés. Elle permettra de recevoir des Landais, résidant dans d'autres départements, des handicapés qui vivaient dans des foyers de vie, des handicapés qui étaient dans leur famille.

Ainsi, par un phénomène de transfert, une partie du problème de l'amendement CRETON sera résolu.

Je me permets de vous informer que, le 9 juin 1993, le Conseil d'Etat a pris deux décisions qui apporteront un nouvel éclairage à la complexité de cette disposition légale et réglementaire. Les positions de l'Etat et des caisses d'assurance maladie devront être revues.

REPONSE DU PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL DE LOIRE-ATLANTIQUE

Le conseil général de Loire-Atlantique fait siennes, pour l'essentiel, les conclusions du rapport de la Cour sur les difficultés de mise en oeuvre de l'amendement "CRETON".

D'une façon plus générale, il y a lieu de noter que ces critiques semblent pouvoir s'appliquer au domaine des adultes handicapés dans son ensemble, en raison du partage de compétence tel qu'il est issu des lois de décentralisation.

Dans son rapport, la Cour regrette une attitude négative de la part des départements dans l'application de cette loi et cite à ce titre une affaire concernant le conseil général de Loire-Atlantique.

Avant d'aborder celle-ci, remarquons d'emblée qu'il s'agit du seul dossier qui ait fait l'objet d'un litige important avec les partenaires du conseil général que sont les établissements et les caisses d'assurance maladie. A titre indicatif, pour l'année scolaire 1992/1993, le Département a pris en charge 37 jeunes handicapés dont 4 hébergés hors de la Loire-Atlantique sans qu'il y ait eu le moindre contentieux.

Pour revenir au cas d'espèce évoqué dans le rapport, il faut rappeler que la CPAM de la Lozère demandait une prise en charge pour une personne orientée en foyer occupationnel par une décision de la COTOREP du même département le 26 avril 1989 alors que parallèlement la COTOREP de la Loire-Atlantique par décision en date du 18 avril 1989 l'avait orientée vers un foyer occupationnel de type médicalisé.

Il convenait donc pour le conseil général de Loire-Atlantique de ne retenir que l'orientation décidée par la COTOREP géographiquement compétente, soit celle de Loire-Atlantique en application de la circulaire ministérielle n° 86-12 du 4 mars 1986.

Or les foyers médicalisés accueillent une population correspondant à celle devant être accueillie en MAS ainsi que le montre la définition des populations à accueillir par chacun de ces établissements.

Les MAS instituées par le décret du 28 décembre 1978 et financées par l'assurance maladie ont en effet pour mission d'accueillir des personnes adultes qu'un handicap intellectuel moteur ou somatique grave ou qu'une association de handicaps intellectuels moteurs ou sensoriels rendent incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence et tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants.

Les foyers médicalisés institués par une circulaire du 24 février 1986 et dits à double tarification (Etat/Département) doivent héberger des personnes handicapées que la dépendance totale ou partielle rend inaptés à toute activité à caractère professionnel et dont elle rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants.

L'Etat, par le biais d'un texte non réglementaire et donc non opposable aux départements, a ainsi cherché à transférer une partie de ses charges vers les départements, cette attitude correspondant d'ailleurs à celle que déplore la Cour dans le cadre de l'amendement "CRETON".

C'est donc à bon droit que le département a refusé cette prise en charge.

La décision de la COTOREP de Loire-Atlantique posait, en outre, d'importantes difficultés d'application puisque les notions de foyers occupationnels et de foyers médicalisés sont antinomiques, tout au moins dans la région, dans la mesure où l'assurance maladie, au contraire des foyers médicalisés, refuse d'accorder un forfait "soins" pour les foyers occupationnels existants.

Enfin, il n'est pas inutile de préciser que la COTOREP de Loire-Atlantique a à nouveau statué en réorientant la personne concernée en foyer occupationnel. Cette jeune handicapée a réintégré la Loire-Atlantique en étant accueillie dans un foyer qui s'est ouvert au 1er février de cette année. De même, la prise en charge financière a été régularisée.

Tout cela démontre, s'il en était besoin, l'urgente nécessité d'une clarification des compétences dans ce domaine, faute de quoi de tels litiges seraient appelés à se renouveler.

REPONSE DU PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL DE LA LOZERE

Vous m'avez adressé le projet de rapport ayant pour sujet "les politiques sociales en faveur des personnes handicapées adultes", à la suite d'une enquête menée notamment en Lozère.

J'ai pris connaissance avec un grand intérêt de ce document et je souhaitais vous faire part de quelques observations.

Tout d'abord, votre analyse sur le problème des allocations compensatrices et du fonctionnement des COTOREP rejoint nos propres analyses :

Sur les allocations compensatrices, il est indiscutable qu'il faut mettre fin à la dérive constatée dans de nombreux départements. Il faut lui redonner sa vocation de prestation en faveur des handicapés à domicile et trancher définitivement pour son non versement lorsque la personne est hébergée, mettant fin ainsi aux tentatives de contournement de la législation de l'aide sociale aux personnes âgées. La Lozère verse 10 MF par an au titre des allocations compensatrices à domicile pour un budget d'aide sociale de 92,5 MF. Verser l'allocation compensatrice en établissement coûterait 10 MF supplémentaires, charge insupportable pour le département. Une redéfinition plus précise de l'allocation compensatrice est nécessaire.

Sur le problème des COTOREP, le département de la Lozère a toujours souhaité une meilleure représentation des conseillers généraux et des fonctionnaires départementaux (médecins ou contrôleurs de l'aide sociale) dans les équipes techniques et au sein de la première et de la deuxième section. Il apparaît en effet anormal que le département soit quasiment absent ou sans influence réelle dans ces instances qui prennent des décisions financées en totalité par le conseil général, qu'il s'agisse de l'attribution de prestations (allocations compensatrices) ou de l'orientation des handicapés (en foyer de vie).

Dans ce domaine, on constate des indications de placement dans des foyers de vie ou des maisons de retraite, de personnes handicapées ou de malades mentaux pour des motifs qui visent plus, semble-t-il, à répondre aux objectifs de réduction de places en IME ou en hôpitaux psychiatriques (CHS St Alban) qu'à donner une orientation objective en fonction du handicap ou de la maladie.

Par ailleurs le rapport de la Cour traite le problème du "domicile de secours" et l'analyse faite de ce sujet diffère profondément du point de vue du département. En effet les dispositions relatives au domicile de secours ne sont pas une "réglementation peu adaptée" qui nuirait à l'intégration sociale des handicapés.

Une telle analyse méconnaîtrait, à mon sens, le contexte, l'histoire et les réalités qui ont conduit certains départements (la Lozère, la Corrèze, le Doubs...) à devenir des terres d'accueil pour des "handicapés lourds" qui ne trouvaient leur place nulle part en France. Ce n'est pas seulement pour la Lozère que les conséquences de cette situation sont favorables, mais en premier lieu pour les handicapés eux-mêmes, leurs familles et également les départements d'origine dans l'incapacité d'offrir des structures à leurs handicapés profonds (par manque de savoir-faire, d'associations gestionnaires, "d'espace", de qualité de vie...).

La notion de domicile de secours, dans ce contexte, a permis le maintien dans les établissements qui les ont accueillis de milliers de handicapés qui n'auraient pas trouvé de solution dans leur département d'origine. Le discours sur l'intégration sociale très à la mode et qui paraît très généreux, cache hélas souvent d'autres mobiles. Il est illusoire et utopique de penser que les handicapés très lourds, actuellement dans les établissements lozériens, puissent être rendus à leur famille, voire livrés à eux-mêmes. Le maintien des acquis est souvent le seul projet possible, dans un environnement rural et au sein de communautés villageoises capables de proposer une ouverture sur l'extérieur impossible dans les métropoles.

Telles sont les observations qu'il me paraissait utile de présenter aux remarques concernant la Lozère.

REPONSE DU PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL DU MORBIHAN

Vous avez bien voulu me communiquer le projet de rapport que la Cour des comptes se propose de publier sur les politiques sociales en faveur des personnes handicapées adultes, suite à l'enquête qu'elle a menée dans un certain nombre de départements, en particulier dans le Morbihan.

J'ai pris connaissance avec beaucoup d'intérêt de ce document dont les développements ayant trait aux compétences qui relèvent directement du conseil général, concernent l'intégration sociale dans sa partie relative à l'hébergement ou au maintien à domicile des personnes handicapées .

Dans le chapitre consacré à l'amélioration du cadre de vie des personnes handicapées (page 64 du rapport) il est fait état de l'impossibilité d'entreprendre une approche de l'importance quantitative de la population concernée en l'absence notamment de schémas départementaux traçant les "lignes directrices des équipements sociaux et médico- sociaux et permettant de déterminer les diverses populations en état de dépendance".

Il est vrai que dans le Morbihan cette étude n'a pas été effectuée. Il a semblé en effet qu'elle se limiterait à une description de la situation existante, qu'elle risquait par ailleurs de bloquer, en excluant toute possibilité de prendre en compte, tant sur le plan qualitatif que quantitatif, l'évolution, au demeurant difficile à apprécier, des besoins à long terme des personnes handicapées .

Cela étant, je constate, avec satisfaction, l'analyse généralement positive des actions conduites dans le département du Morbihan en faveur des personnes handicapées adultes et plus particulièrement l'accent qui a été mis sur les bons résultats atteints par l'équipe de préparation et de suivi du reclassement professionnel (ATLAS) à laquelle le conseil général apporte un soutien financier particulièrement substantiel.

REPONSE DU PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL DE LA MOSELLE

Le dossier relevé par la Cour -seul cas de l'espèce en ce qui concerne le département de la Moselle- porte sur la prise en charge financière du maintien de deux jeunes handicapés à l'IME de Jalesne à défaut d'un placement en foyer occupationnel, pour la période du 1er mars 1990 au 31 août 1990.

Il convient de souligner, d'une part, que le département de la Moselle a pris en charge les frais d'hébergement de ces deux personnes, à l'IME de Jalesnes, dès le 1er septembre 1990, et a directement organisé leur rapatriement et leur admission dans un foyer occupationnel mosellan à compter du 1er octobre 1990, ceci afin de respecter les décisions d'orientation de la COTOREP et de la CDES du département de Maine-et-Loire.

D'autre part, en ce qui concerne directement le problème du financement pour la période de mars à août 1990, et compte tenu des difficultés générales d'application de la législation telles que soulignées par la Cour, le dossier a effectivement été mis en instance dans l'attente d'une clarification escomptée des différentes responsabilités financières en la matière. En effet, un télex de la CNAM en date du 6 juillet 1990 recommandant aux CPAM de continuer à payer au-delà du délai de six mois les prises en charge des personnes handicapées orientées prioritairement en CAT et par substitution, en foyers, conduisait à espérer une refonte des dispositions relatives à l'application de "l'amendement CRETON".

En outre, le fait que la CPAM d'Angers n'ait procédé à aucune relance depuis le 11 décembre 1990, ainsi que l'avis rendu par le Conseil d'Etat publié au journal officiel du 3 juillet 1993 que la Cour mentionne dans son rapport, semblaient conforter cette position.

REPONSE DU PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL DU NORD

Vous m'avez fait parvenir pour avis et observations, un projet de rapport ayant pour sujet "les politiques sociales en faveur des handicapés adultes" que la Cour se propose de publier dans les mêmes formes que son rapport public annuel.

A la lecture de ce document, je me permets de vous adresser quelques suggestions :

I) Accueil des handicapés en établissements

Le nombre de maisons d'accueil spécialisées est insuffisant dans un département tel que le Nord, ce qui conduit à de nombreux placements en Belgique.

Le manque de places dans ces établissements suscite des demandes de prise en charge par l'aide sociale, de placements en "section long séjour" pour des handicapés adultes ayant des orientations MAS.

Si les caisses primaires d'assurance maladie accueillent favorablement ces demandes, les commissions d'admission à l'aide sociale ne peuvent que les rejeter, et ceci pour deux raisons :

- un accord entraînerait un transfert de charge et de la sécurité sociale sur les collectivités territoriales ;

- il aboutirait à faire occuper par des handicapés adultes encore relativement jeunes, des places d'hébergement réservées à des personnes âgées, ce qui entraînerait à terme une insuffisance de places pour ces dernières en long séjour.

II) Maintien à domicile. Mesures et aides

1) Le maintien à domicile des personnes lourdement handicapées peut être assuré dans certaines conditions si en complément de l'aide apportée par une "tierce personne" sont développés des services de soins infirmiers à domicile. Or actuellement, l'Etat consacre peu de moyens à la création de tels services.

Le transfert de responsabilité aux départements des services d'auxiliaires de vie transférerait la charge financière vers les collectivités. Inscrire le principe d'une aide à domicile polyvalente en faveur des personnes handicapées dans le code de la famille et de l'aide sociale correspondrait à l'institution d'une nouvelle prestation légale dont la dépense augmenterait au fil des années bien plus rapidement que les ressources qui seraient éventuellement transférées à cette occasion. Les Départements en ont fait la cuisante expérience avec le transfert de compétences dans le domaine des foyers d'hébergement pour handicapés, qui avec la création de la catégorie "sui generis" des foyers occupationnels a entraîné des dépenses sans rapport avec le montant de la dotation générale de décentralisation calculée en fonction des coûts de 1983. S'agissant des auxiliaires de vie auxquelles le budget de l'Etat ne consacre que peu de crédits, on peut être assuré d'une évolution analogue.

2) Pour sa part, le conseil général du Nord accorde aux handicapés des subventions leur permettant d'acquérir certains matériels destinés à leur maintien à domicile avec l'aide technique d'une association "Hacavie", spécialisée dans le conseil pour l'achat ou le remplacement de matériel pour handicapés.

3) En ce qui concerne plus particulièrement l'allocation compensatrice, plusieurs modifications paraissent nécessaires :

- prendre en compte les revenus réels et non les seuls revenus imposables ;

- réduire de 25 % le montant de l'allocation quand la personne handicapée vit dans sa famille et que celle-ci fait office de tierce personne ; cet abattement tiendrait compte des avantages en nature dont bénéficie de fait la "tierce personne" ;

- suspendre cette allocation s'il y a hébergement dans un établissement ; ce serait affirmer clairement l'objectif de maintien à domicile de cette prestation ;

- moduler son taux soit sous la barre des 40 %, soit au dessus de 80 % :

. sous la barre des 40 %, cela permettrait d'accorder à la fois l'aide ménagère et l'allocation compensatrice, notamment pour les personnes qui peuvent rester seules ;

. faire passer le taux de 80 % à 100 % pour les bénéficiaires ayant recours à une tierce personne salariée ou à un service payant (auxiliaire de vie). Cette disposition inciterait les personnes handicapées à recourir à une aide salariée, surtout si le montant est réduit lorsque l'aide est assurée par la famille. Une telle disposition permettrait également la création d'emplois.

Cas particulier des non-voyants

La législation de 1975 est en contradiction avec la législation sur la sécurité sociale . Elle estime qu'un aveugle ne peut accomplir sans aide les actes essentiels de la vie et doit bénéficier d'une allocation compensatrice au taux de 80 %, contrairement à la sécurité sociale qui refuse la pension d'invalidité de troisième catégorie estimant qu'une personne atteinte de cécité peut faire la majorité des actes essentiels de la vie. Cette contradiction devrait être résolue.

III) Participation du Département à la COTOREP

Il serait souhaitable que la composition et le fonctionnement de la COTOREP soient modifiés pour permettre une représentation plus équitable du conseil général qui verse l'allocation compensatrice et paie le prix de journée des foyers occupationnels.

On peut imaginer la mise en place de deux sections distinctes : l'une sous la présidence du conseil général pour l'attribution de l'allocation compensatrice et la gestion des placements en foyers occupationnels, l'autre sous celle du préfet pour la reconnaissance de l'invalidité, l'AAH et les placements en MAS et CAT. En cas de litige, les 2 sections se réuniraient pour aboutir à une solution.

Actuellement, dans le département du Nord, les contrôleurs des lois d'aide sociale effectuent des enquêtes administratives sur place avant d'adresser les dossiers à la COTOREP. Celle-ci statue le plus souvent sur pièces, sans tenir compte du rapport du contrôleur, entraînant des appels devant la commission régionale d'invalidité et donc des expertises. Dans la majorité des cas, raison est donnée au Département, ce qui montre l'intérêt de revoir ce mode de fonctionnement.

REPONSE DU PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL DU PUY-DE-DOME**Texte du projet de rapport objet de mes remarques :**

"Aussi, certains départements, tels l'Allier ou le Puy-de-Dôme, demandent-ils aux personnes handicapées qui sollicitent une allocation compensatrice de déposer une demande préalable de majoration pour tierce personne auprès de la sécurité sociale , et leur imposent-ils de ce fait une procédure supplémentaire, qui n'est pas prévue par les textes réglementant l'allocation compensatrice".

Remarques

Il convient tout d'abord de préciser que la pratique décrite n'est absolument pas systématique. En effet, si elle consiste effectivement, pour le département du Puy-de-Dôme, à inviter les demandeurs de l'allocation compensatrice pour tierce personne , à solliciter préalablement l'obtention de la majoration pour tierce personne auprès de la sécurité sociale , elle s'applique uniquement aux cas pour lesquels le demandeur est susceptible d'obtenir cette prestation. Ce qui restreint de manière notable le nombre de dossiers qui font l'objet de cette disposition.

Ensuite, dans la mesure où ces deux prestations sont exclusives l'une de l'autre, la pratique du département du Puy-de-Dôme revêt un caractère de bonne gestion des deniers publics en évitant les doublons et le cas échéant les doubles paiements, lesquels entraînent lorsque pareille situation est avérée, des régularisations qui sont aussi lourdes à gérer pour la collectivité que mal comprises et pénibles à supporter par le bénéficiaire même si nul n'est censé ignorer la loi.

En ce sens, la pratique objet de votre insertion me semble tout à fait judicieuse et raisonnable plutôt que critiquable.

Enfin, ainsi que vous l'indiquez, le caractère de l'aide sociale reste la subsidiarité et le dispositif adopté par mon Département m'apparaît en parfait accord tant avec l'esprit que la lettre des textes en vigueur en ce domaine.

REPONSE DU PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL DU HAUT-RHIN

J'ai examiné avec une grande attention le rapport sur les politiques sociales en faveur des handicapés adultes que vous m'avez transmis aux fins d'éventuelles observations.

Les remarques qui intéressent la collectivité que je préside ne sont pas nombreuses. Cependant, le rapport relève l'absence dans le Haut-Rhin comme dans d'autres départements d'un schéma départemental des équipements sociaux . L'inexistence d'un tel outil n'a pas empêché la création dans le département entre 1986 et 1992 de 472 places portant le nombre total de lits d'hébergement des handicapés adultes de 411 à 883.

Ces créations étaient évidemment nécessaires compte tenu du retard accumulé dans ce domaine avant les lois de décentralisation, mais elles ont également permis de prendre en compte les besoins nouveaux.

Ainsi, plutôt que de s'atteler à l'établissement d'un schéma départemental théorique, le conseil général a financé la création d'équipements sociaux en concertation avec les partenaires, de telle sorte que dans le Haut-Rhin les besoins sont couverts à ce jour.

D'autres initiatives importantes ont été prises dans le Haut-Rhin et auraient peut être pu être relevées dans votre étude :

- comme le département du Nord, cité à la page 35 de votre rapport, le département du Haut-Rhin essaie de promouvoir l'installation d'ateliers protégés en instaurant un fonds d'aide à la création d'ateliers protégés ;

- pour favoriser l'intégration sociale de la personne handicapée , thème abordé dans la deuxième partie du document, le conseil général finance trois services d'accompagnement à la vie sociale qui ont pour objectif d'accompagner les personnes handicapées mentales vers le maximum d'autonomie dont elles sont capables dans la vie sociale ordinaire ;

- la création en 1989 d'un service d'accueil temporaire d'une capacité de 10 places ;

- l'ouverture en 1989 d'une maison de retraite spécialisée, qui constitue une première expérience dans le département, pour répondre au problème du vieillissement des personnes handicapées .

NB : Les rapports relatifs à ces actions sont joints à la réponse.

REPONSE DU PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL DU TARN

Vous m'avez transmis un extrait du projet de rapport de la Cour des comptes relatif aux politiques sociales en faveur des personnes handicapées dans lequel le département du Tarn est cité à deux reprises dans le chapitre consacré à l'allocation compensatrice.

J'ai lu cet extrait de rapport avec d'autant plus d'intérêt que cette prestation, et vous le soulignez d'abondance, connaît depuis plusieurs années une extraordinaire dérive par rapport à ses objectifs initiaux.

Critiquable en lui-même, un tel phénomène est naturellement d'autant plus inquiétant que l'allocation compensatrice est, depuis la décentralisation, une prestation financée exclusivement par l'aide sociale départementale et qu'à ce titre apparaît une disproportion évidente entre les besoins - selon les tendances actuelles- et les moyens.

Je ne puis à cet égard que reconnaître et approuver la pertinence des observations de la Cour des comptes vis-à-vis de cette allocation qui, dans un département comme le Tarn, représente à elle seule plus de 10 % du budget annuel de fonctionnement de la collectivité, au bénéfice de seulement 0,75 % de la population...

Les données démographiques du problème sont aujourd'hui telles que face à une demande quasi illimitée et qui progresse de 8 à 10 % par an, les départements sont de fait placés devant une sorte d'obligation d'illégalité afin de limiter la croissance de leurs dépenses d'aide sociale .

Une telle croissance serait en effet tout à fait acceptable si les masses financières en jeu étaient utilisées pour aider concrètement les bénéficiaires de l'allocation et se traduisaient notamment par la création de nombreux emplois de proximité. Or tout démontre que, globalement, tel n'est pas le cas.

A l'inverse, comme le souligne le rapport de la Cour, l'allocation a vu au fil des ans son pouvoir d'achat s'éroder de sorte que même à taux plein, elle ne permet plus aujourd'hui à une personne lourdement handicapée de couvrir les frais liés à son maintien à domicile en salariant correctement une tierce personne . C'est précisément pour mieux venir en aide à ces grands handicapés que le conseil général du Tarn a, par délibération du 24 juin 1988, pris la décision de bonifier alors, sous certaines conditions parfaitement retraduites dans le rapport de la Cour, le montant de l'allocation.

Importante au plan des principes, une telle avancée ne peut cependant recevoir qu'une application limitée compte tenu qu'elle ajoute encore à la croissance continue des dépenses telle qu'évoquée ci-dessus. Elle témoigne cependant du souci permanent des départements d'aller, chaque fois qu'ils le peuvent, au-delà de leurs obligations légales à condition toutefois que la législation elle-même s'y prête et ne les conduise pas, par ses incohérences même, à chercher à se soustraire à sa stricte application.

Pour conclure je dirais que l'ensemble des critiques formulées à l'encontre de l'allocation compensatrice est parfaitement justifié et milite pour une réforme en profondeur de cette prestation qui ne saurait plus longtemps tenir lieu de prestation-dépendance pour les personnes âgées. Un autre système est à imaginer.

Puisse le rapport de la Cour contribuer à faire prendre conscience au Gouvernement et au Parlement de l'urgente nécessité d'une telle réforme.

REPONSE DU PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL DU VAL-DE-MARNE

J'ai procédé à l'analyse du projet de rapport ayant pour sujet "les politiques sociales en faveur des handicapés adultes" établi par la Cour des comptes.

Je dois tout d'abord souligner que ce travail m'a paru complet, rigoureux et fort riche.

Ceci étant, il appelle quelques observations de ma part, qui concernent certes le Département du Val-de-Marne mais sont également relatives aux propositions d'ensemble faites par la Cour des comptes.

1) La politique de l'hébergement

Dans ce domaine, la situation dans le département du Val-de-Marne permet de confirmer les analyses de la Cour sur la complexité de la situation.

En effet, il me semblerait tout à fait indispensable que la structure juridique des foyers occupationnels ou foyers de vie actuellement pris en charge par l'aide sociale départementale soit précisée par un texte législatif.

En ce qui concerne le plan pluriannuel de création de places en MAS, auquel la Cour fait référence, je ne peux que déplorer son insuffisance pour le Val-de-Marne. L'objectif d'atteindre 250 places supplémentaires prévues par le plan 1990-1993 n'est toujours pas atteint (il manque aujourd'hui 38 places), alors qu'il faudrait élaborer un nouveau plan triennal pour répondre aux besoins.

Mes services ont engagé des négociations avec ceux de l'Etat et de la CRAMIF sur le principe de la création de foyers à double tarification sous réserve que soit appliquée une parité stricte entre le forfait soin et le forfait hébergement (avec prise en compte du résultat d'exploitation). Actuellement, il existe un établissement de ce type dans le Val-de-Marne et un autre est en cours de création. Cependant, l'absence de texte législatif pour ce type de structure et la tutelle conjointe avec les services de l'Etat rendent extrêmement complexe la gestion de ces établissements pour les associations.

Je tiens à souligner également qu'en matière d'accueil des personnes handicapées, je déplore d'une part le manque de places en CAT et d'autre part l'insuffisante prise en compte dans les budgets de ces établissements d'activités innovantes, notamment pour ce qui concerne le vieillissement des personnes handicapées. Cette situation amène les associations à diversifier des projets d'accueil de ces personnes, sous la forme de foyers de jour, de centre d'initiation au travail, de centres d'activités de jour, dans l'objectif d'une prise en charge par l'aide sociale départementale. Si les nombreux projets de ce type, instruits actuellement par mes services, devaient aboutir, ils entérineraient de fait un transfert de charge des dépenses assurées par l'Etat vers le Département.

2) La vie à domicile

Pour ce qui concerne les auxiliaires de vie, je tiens tout d'abord à vous signaler que la dotation de l'Etat est de 5 180 francs par mois par poste équivalent temps plein.

Ceci étant, depuis 1991, cette dotation n'a pas été revalorisée, ce qui pose de réelles difficultés de fonctionnement aux services concernés.

Le conseil général du Val-de-Marne contribue pour sa part au financement de ces services depuis 1980 en accordant aux associations gestionnaires une subvention calculée sur le nombre d'heures effectives passées auprès des personnes handicapées. Cette subvention s'élève depuis le 1er janvier 1992 à 11,92 francs représentant près de 10,5 % des recettes du service d'auxiliaires de vie de l'Association des paralysés de France. Ce montant devrait être revalorisé en 1993.

Il faut souligner également que jusqu'en 1992, l'APF percevait une aide provenant du fonds social de la caisse primaire d'assurance maladie du Val-de-Marne, qui a décidé de réduire sa participation initiale de 195 000 francs à 45 000 francs, mettant ainsi l'association en difficulté.

Pour ce qui concerne le financement de ce type de service, si je partage votre analyse portant sur la nécessité d'un fondement juridique plus clair, je dois souligner que l'aide sociale départementale est fondée sur le principe de la subsidiarité et qu'à ce titre, la prise en charge du financement de tout service de maintien à domicile ne devrait pas déroger à ceci, afin de conserver une cohérence pour la mise en oeuvre d'une politique globale et éviter la diversification des financements pour les services existants.

D'autre part, les auxiliaires de vie assument dans leurs tâches quotidiennes une part importante de soins de nursing. A cet égard, il apparaîtrait plus logique que les caisses primaires d'assurance maladie participent effectivement au financement de ces services, ce qui aurait pour avantage de réduire les écarts que vous soulignez entre le traitement des personnes handicapées soumises à la loi de 1975 et celles bénéficiant des régimes de protection sociale, et de réduire les financements croisés.

3) L'allocation compensatrice

Dans son rapport la Cour fait état du succès de l'allocation compensatrice. L'évolution des dépenses pour cette prestation est éloquent pour le Val-de-Marne. De 1988 à 1992, les dépenses ont progressé de 37 % et le nombre de bénéficiaires a augmenté de 28 % dans la même période.

Concernant l'allocation compensatrice pour frais professionnels, entre 1990 et 1992, le nombre de bénéficiaires est passé de 78 à 148 dans le Val-de-Marne. Cette prestation semble donc mieux connue dans le département que dans les autres collectivités.

La proportion des personnes âgées bénéficiaires de l'allocation compensatrice est de 48 % dans le Val-de-Marne, et correspond aux chiffres cités pour l'Ile-de-France. Je ne peux qu'approuver les propositions de la Cour sur l'allocation compensatrice (recherche d'une meilleure définition des notions d'hébergement et soins pour éviter que la prestation ne soit versée aux personnes hébergées qui n'ont pas recours au service d'une tierce personne).

Dans le Val-de-Marne, le nombre de personnes âgées bénéficiaires de l'allocation compensatrice et placées dans un établissement à titre payant était de 378 en 1992, soit 7,5 % des bénéficiaires.

Concernant la gestion de l'allocation compensatrice, il paraît effectivement paradoxal, comme la Cour en fait état dans son rapport, que le Département organisme payeur de l'allocation soit "sous-représenté" au sein de la commission d'attribution de ladite prestation.

C'est pourquoi je souscris tout à fait aux propositions formulées par la Cour à savoir :

"assurer, au minimum, le respect des directives de la circulaire de mai 1984 ;

assurer une meilleure présence des représentants du personnel".

4) Les structures administratives et financières

Concernant les équipes de préparation et de suite du reclassement, en Val-de-Marne, le conseil général finance la part du budget restant à la charge de l'EPSR de Créteil, structure privée, depuis la création de cette dernière. Il est évident, comme souligné dans le rapport, que cette structure est de fait essentiellement subventionnée par des fonds publics, ce qui rend caduque la distinction entre EPSR publique et EPSR privée.

C'est dans cet esprit d'ailleurs que le Département envisage de se désengager du financement de cette structure, afin que l'Etat remplisse entièrement les missions qui lui ont été dévolues par les lois de décentralisation.

Il me semble nécessaire d'être plus nuancé pour ce qui concerne les résultats des EPSR. En effet, l'équipe implantée en Val-de-Marne a à faire face à un contexte socio-économique assez défavorable, car le département subit de plein fouet une désindustrialisation massive, avec chaque mois des fermetures d'entreprises et un accroissement du nombre de chômeurs. Dans ce contexte, l'emploi des personnes handicapées est rendu encore bien plus difficile. C'est d'ailleurs ce qui m'a conduit à interpellier les services de l'Etat pour la création d'une deuxième EPSR dans le Val-de-Marne.

En dernier lieu, parmi les remarques de la Cour, je souhaiterais apporter quelques précisions relatives à l'application de l'article 22 de la loi du 13 janvier 1989 dit "amendement CRETON".

En effet, l'application du dispositif prévu par "l'amendement CRETON" met en évidence un transfert de charges des dépenses d'assurance maladie vers les dépenses d'aide sociale assurées par les Départements. De plus, la COTOREP ne peut juridiquement que désigner des établissements prévus par les textes réglementaires. Or la COTOREP oriente vers des structures d'accueil informelles dites "foyers occupationnels" qui ont été créés par les collectivités locales pour pallier le manque de places des établissements prévus par les textes : le CAT ou ateliers protégés et MAS, établissements dont la charge n'incombe pas au Département. Cette situation a abouti à différents types de recours contentieux, soit auprès du Conseil d'Etat contre la circulaire d'application du 18 mai 1989, soit auprès du tribunal administratif, le recours opposant les départements aux caisses d'assurance maladie. Le recours déposé par les départements des Hauts- de-Seine et des Vosges, devant le Conseil d'Etat, a eu pour conséquence l'annulation de certains paragraphes de la circulaire d'application. Le département du Val-de-Marne est lui-même engagé dans une procédure contentieuse.

C'est pourquoi en définitive je ne peux que contester, comme l'ont fait d'autres départements, les modalités d'application de ce texte législatif.

REPONSE DU MAIRE DE LAVAL

La ville de Laval, doublement citée à propos de l'application de la loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés, observe que :

- ladite loi ne prévoit pour les collectivités territoriales et leurs établissements publics aucune modalité particulière ni de détermination des bénéficiaires de l'obligation d'emploi, ni de calcul de la population salariée de référence,

- en déduire la nécessité d'une interprétation très extensive interdisant la prise en compte d'emplois exigeant des conditions d'aptitudes particulières et incluant sans discernement l'exhaustivité parfaite de tous les agents payés, aboutirait rapidement à des aberrations ingérables, ce qui explique d'ailleurs très largement la diversité éloquente des pratiques du secteur public,

- comment un district ne comptant dans ses effectifs que des sapeurs-pompiers professionnels, ce qui aurait pu être le cas à Laval, pourrait-il, par exemple, employer 6 % de handicapés ?

- faute d'instructions plus adéquates, la référence aux modalités de calcul prévues par le Code du travail pour le secteur privé constitue certainement la solution la plus fiable,

- ces pratiques du secteur privé servaient encore de base, très récemment, aux formations dispensées par le centre national de la fonction publique territoriale,

- à défaut de correspondre à la "réalité" du nombre de personnes physiques concernées, ces règles présentent l'avantage appréciable de mieux évaluer la réalité des handicaps plus ou moins lourds des personnels concernés et de permettre une comparaison fiable avec la réalité des bilans des entreprises et des statistiques nationales,

- la ville de Laval ne cherche pas à se soustraire à ses obligations réglementaires, qui ne sont d'ailleurs assorties d'aucune sanction,

- elle cherche au contraire à analyser le plus finement possible la réalité de ses travailleurs handicapés ,

- lorsque des règles de calcul précises auront été déterminées, elle ne manquera pas de s'y conformer strictement.

REPONSE DU DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE NATIONALE POUR L'EMPLOI

Les observations faites par la Cour appellent de ma part les remarques suivantes :

1) Dès sa création l'ANPE est intervenue pour l'insertion ou la réinsertion des demandeurs d'emploi handicapés comme pour l'ensemble de la population à la recherche d'un emploi.

Si l'Agence nationale pour l'emploi apporte son concours à l'orientation et au placement des travailleurs handicapés (article R. 311-4-13 du Code du travail), elle n'a pas dans le cadre actuel de la législation un rôle de coordonnateur entre les organismes de rééducation, de reclassement professionnel ou de placement.

2) La loi d'orientation en faveur des personnes handicapées (30 juin 1975) a permis la création par l'ANPE de deux nouvelles fonctions :

- Les prospecteurs placiers spécialisés, devenus depuis 1990 les conseillers à l'emploi pour les travailleurs handicapés . Ceux-ci ont été localisés en agence locale afin d'être plus directement opérationnels et se consacrent à temps plein à la réception et aux contacts avec les entreprises.

- Les prospecteurs placiers mis à disposition dans les EPSR (équipes de préparation et de suite du reclassement) de droit public (devenus également conseillers à l'emploi en 1990).

Enfin, le directeur général de l'ANPE habilite un certain nombre d'agents n'appartenant pas à l'ANPE à exercer leur activité dans des EPSR de droit privé. Au total l'effectif des agents dont l'activité est exclusivement consacrée à l'aide à la réinsertion des personnes handicapées a évolué comme suit :

Décembre 1987 : 183

Décembre 1991 : 204

Décembre 1992 : 221.

Au-delà de ces actions réalisées directement par les services de l'ANPE, il m'apparaît souhaitable que l'ANPE puisse s'appuyer, dans sa mission de réinsertion des travailleurs handicapés, sur les multiples organismes et associations qui oeuvrent dans ce domaine, comme elle le fait déjà grâce aux conventions de placement qu'elle a conclues avec l'Association des standardistes et agents techniques aveugles de France, l'Association des paralysés de France, la Ligue pour l'adaptation du diminué physique au travail.

Des conventions à fin de coopération ont également été conclues avec l'Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés, la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés.

Une collaboration avec FRANCE 2 permet, grâce à une messagerie spécifique, de faire connaître au grand public des offres destinées aux travailleurs handicapés.

De même l'ANPE participe aux opérations pilotées par le ministère du travail, exemple, en Ile-de-France (DEFIH).

3) La loi du 10 juillet 1987 a permis, avec la création de l'AGEFIPH, d'apporter un "outil financier" extrêmement important.

Le 4 avril 1990 l'ANPE et l'AGEFIPH ont signé une convention ayant pour objet de développer les actions pour l'emploi et la formation des travailleurs handicapés, l'AGEFIPH mettant à cet effet une enveloppe financière à disposition de l'ANPE. Cette convention renouvelée le 14 mai 1992 prévoit un concours financier de cinq millions de francs. Une répartition uniforme aurait permis d'attribuer seulement cinquante mille francs par département. La convention comporte trois axes :

- a) Aide à l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés.*
- b) Financement des actions de formation destinées aux personnes handicapées.*
- c) Réalisation d'études.*

Le bilan des conventions concernant la période du 1er mai 1990 au 31 décembre 1993 est le suivant :

a) Aide à l'insertion (subvention forfaitaire instruite par l'ANPE, mais versée par l'AGEFIPH).

1990 : 251 subventions pour un montant de 7 476 500 F.

1991 : 1 333 subventions pour un montant de 31 677 000 F.

1992 : 6 592 subventions pour un montant de 181 000 000 F.

soit un total de :

8 176 subventions pour un montant de 220 153 500 F.

b) Cofinancement des actions de formation au titre de l'AGEFIPH géré par l'ANPE

1990 et 1991 : 3 483 000 F.

1992 : 4 390 000 F.

1er semestre 1993 : 3 077 000 F.

4) S'agissant des départements à propos desquels la Cour des comptes a émis des réserves sur l'absence de mise en oeuvre de cette convention ANPE/AGEFIPH elles ne me paraissent pas justifiées s'agissant des Pyrénées-Atlantiques, département qui déploie une activité importante dans ce domaine.

L'appui personnalisé à l'emploi (APE) permet d'offrir, à des usagers présentant des difficultés particulières d'insertion, un appui complémentaire et spécifique auprès de partenaires compétents leur permettant d'acquérir l'autonomie et l'initiative nécessaires pour maîtriser leur environnement socio-économique et pour rechercher un emploi.

Cette prestation, réalisée dans le département des Pyrénées-Atlantiques, concernant 20 demandeurs TH a été assurée par le service insertion et formation des adultes (SIFA) - structure de l'ADAPEI de Pau. Bilan de l'opération :

- 9 contrats emploi solidarité,*
- 3 contrats de travail,*
- 1 entrée en formation,*
- 1 placement en milieu ouvert dans le cadre d'un "CAT hors murs",*
- 1 placement en CAT,*
- 5 personnes n'ont pas suivi la prestation jusqu'à son terme.*

Cela représente donc 14 sorties positives sur 20. Le taux moyen de sorties positives dans les APE "classiques" est similaire, voire inférieur.

Même si la mise en oeuvre est encore inégale entre les régions, les moyens financiers mis à disposition de l'ANPE par l'AGEFIPH ont été pleinement utilisés puisqu'un avenant portant le montant de la convention 1992-1993 de 5 millions à 7,5 millions a été signé le 20 août 1993 avec l'AGEFIPH.

REPONSE DU PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES

1° Information des organismes débiteurs de l'AAH

Pour ce qui concerne les caisses d'allocations familiales, l'information peut apparaître tardive pour plusieurs raisons.

La CNAF n'est pas toujours associée, ou simplement informée des projets de textes en préparation, ce qui permettrait d'anticiper les instructions nécessaires à leur application.

La CNAF s'attache, dans la mesure du possible, à diffuser immédiatement tout nouveau texte, assorti de commentaires techniques ou, à défaut, diffuse ces commentaires techniques ultérieurement lorsqu'elle n'a pas sur le champ les informations nécessaires, faute notamment d'avoir été associée au projet.

La CNAF diffuse également des "suivis législatifs", à l'élaboration desquels est invitée et participe la Caisse centrale de mutualité sociale agricole. Ces documents peuvent être adressés à tout organisme débiteur des prestations familiales qui en fait la demande.

Un effort particulier d'information est fait désormais à l'attention du personnel des CAF, au moyen d'un "questions-réponses", permettant de présenter le contenu d'une réforme avant son application, dans la mesure du possible.

A titre d'exemple, le "questions-réponses" relatif à l'aide à l'autonomie de vie en faveur des personnes handicapées a été diffusé le 15 février 1993, les premiers paiements ne pouvant intervenir que début mars.

En ce qui concerne la coordination et les échanges inter-organismes notamment à l'occasion de la réforme des ressources des travailleurs handicapés en CAT, l'information défailante des directions départementales du travail et de l'emploi (DDTE) vers les CAF avait, avant même la mise en place de la réforme au 1er juin 1990, été dénoncée par la CNAF.

Afin d'éviter la génération d'indus consécutifs à la méconnaissance par les CAF de la situation de leurs allocataires en CAT, une mesure préventive de non répétition d'indus a été prise par le directeur de la sécurité sociale. En contrepartie toutefois les personnes concernées n'ont pas bénéficié des dispositions transitoires favorables prévues en faveur du stock des bénéficiaires (consistant en un "gel" du montant de leurs ressources au 1er mai 1990). Elles ont au contraire subi dès le 1er juin 1990 une limitation de leurs ressources au niveau du SMIC (éventuellement modulé).

Ces défaillances des DDTE ont conduit les Pouvoirs Publics à confier aux directions départementales de l'action sanitaire et sociale le rôle de recensement des travailleurs handicapés en CAT.

2° Réforme du guichet unique

Certains des aspects de cette réforme ont fait l'objet d'observations par la CNAF lors de sa mise en oeuvre.

D'une part le point de départ du droit étant fixé à la date de réception de la demande par la COTOREP et non plus à la date de la demande, sous quelque forme qu'elle soit, à la CAF, le bénéficiaire perd dans la majorité des cas un mois ou plus de droit à l'AAH.

En contrepartie, ceci ne raccourcit pas les délais d'instruction des dossiers.

D'autre part, le rôle de "préliquidation" des conditions administratives d'attribution de l'AAH dévolu aux COTOREP semble difficile à assumer.

Ces instances n'ont pas en effet la compétence requise ni la mission d'assurer cette fonction, ce qui conduit à une surcharge de travail et à un allongement des délais d'instruction.

C'est pourquoi une majorité des caisses d'allocations familiales a continué à vérifier les conditions administratives d'attribution de l'AAH, avant l'instruction médicale par la COTOREP.

Ceci ne remet pas en cause le principe de guichet et de circuit unique, ni le rôle d'information et d'accueil des COTOREP, rôle qui devrait rester général et ne pas faire appel à des connaissances techniques et juridiques du ressort des CAF.

La CNAF estime donc qu'il appartient naturellement aux CAF de se prononcer sur les conditions administratives d'ouverture de droit à l'AAH.

L'examen de ces conditions par la CAF doit être obligatoirement préalable à l'instruction médicale des dossiers par la COTOREP, sous peine pour cette instance d'examiner des demandes qui n'aboutissent pas à un droit reconnu, donc de la surcharger inutilement et, globalement, de rallonger les délais d'instruction.

La CAF peut être en mesure d'examiner en premier lieu ces conditions administratives de deux façons :

La demande d'AAH pourrait être déposée directement à la CAF, qui immédiatement étudierait les droits administratifs et transmettrait le dossier à la COTOREP.

Dans le cas où le dossier serait déposé à la COTOREP, celle-ci devrait à l'inverse communiquer le dossier à la CAF pour étude des droits administratifs, ainsi qu'il se pratique déjà sur de nombreux sites, et ce que la Cour considère comme une procédure méritant d'être généralisée.

J'interviens en ce sens auprès du ministère des affaires sociales pour obtenir une modification du circuit actuel.

REPONSE DU DIRECTEUR GENERAL DES CAISSES CENTRALES DE MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE

Le circuit de transmission des instructions ministérielles est effectivement plus long à destination du régime agricole, étant donné qu'elles "transitent" nécessairement par le ministère de l'agriculture en sa qualité d'organisme de tutelle de la Mutualité sociale agricole.

Dans la majorité des cas, ce décalage dans les délais de transmission des informations aux Caisses de mutualité sociale agricole est minime et en tout état de cause sans incidence sur les droits des allocataires.

Néanmoins, la solution qui permettrait de réduire de façon significative les délais de l'information consisterait à ce que toutes les circulaires du ministère des affaires sociales soient simultanément adressées au ministère de l'agriculture et aux CCMSA.

Par ailleurs, le ministère des affaires sociales et de l'emploi a, par circulaire du 24 mars 1988, permis la mise en place d'un circuit pour le dépôt des demandes d'AAH en retenant les COTOREP comme interlocuteur unique des personnes handicapées .

Il a également demandé, par circulaire du 23 août 1989, aux différents intervenants (COTOREP, CAF, CMSA) que des systèmes de liaison entre ces organismes soient multipliés pour que les dossiers des personnes concernées soient liquidés simultanément par les COTOREP et les CAF ou les CMSA.

La plupart des caisses de mutualité sociale agricole, en concertation avec la COTOREP de leur département, effectuent une analyse des droits administratifs parallèlement à l'étude des droits médicaux par les COTOREP permettant ainsi d'améliorer les délais de liquidation des dossiers d'AAH des personnes handicapées .

En outre, certaines d'entre elles ont mis en place, dans le cadre d'un programme d'action sociale (le PIPH : programme d'insertion des personnes handicapées), proposé par les Caisses centrales depuis 1983, une concertation systématique avec les COTOREP pour la reconnaissance du statut de personne handicapée et les droits qui en découlent (AAH ou travailleur handicapé). Ce programme, qui est actuellement en application dans 28 départements, a fait l'objet d'une évaluation en 1988 par le CTNERHI (Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations) : celui-ci a souligné l'intérêt d'une approche globale du handicap que permet ce type de relations systématisées entre la COTOREP et la MSA, pour le traitement des dossiers de ressortissants agricoles (précocité des prises en charge, rapidité de traitement des dossiers, globalisation des situations au plan administratif).

Il reste que le processus de notification de droit aux intéressés pourrait également être amélioré.

En effet, il est regrettable qu'une personne handicapée, informée par la COTOREP qu'elle remplit médicalement les conditions exigées pour bénéficier de l'AAH, se voit notifier quelques mois après, par la CMSA, que les conditions administratives (conditions de ressources et/ou de non-cumul) n'étant pas satisfaites, le droit à l'AAH ne peut lui être ouvert.

Pour pallier cet inconvénient, les CCMSA proposent que l'imprimé de notification de décision (142a), comportant deux parties, l'une à remplir par les COTOREP, l'autre par les CMSA, soit adressé à l'allocataire dès lors que les deux organismes ont statué sur le cas de la personne handicapée.