

## **AAH et RUA, emploi La FNATH exprime sa position**

### **Propositions de la FNATH Remises à Madame Sophie Cluzel, Secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées**

---

Dans le cadre de la concertation nationale sur le RUA et dans les suites du rapport public thématique de la Cour des Comptes consacré à l'allocation aux adultes handicapés (AAH), la FNATH souhaite apporter sa contribution aux discussions actuelles au sein de la Société civile et précisément dans les associations.

La présente note est distribuée en trois parties, l'une consacrée précisément au débat AAH/RUA, au sujet de la prévention de la désinsertion professionnelle et au rapport de la Cour des Comptes.

#### ***----Quelle réponse au RUA ?***

Pour la FNATH, le débat actuel sur le RUA ne prend pas en compte l'histoire de l'Allocation aux adultes handicapés et pose ainsi de la « pire des manières possible », la problématique des ressources des personnes en situation de handicap.

N'en déplaise, l'AAH n'a jamais été envisagée comme un « minima social » mais comme une prestation de protection sociale « sui generis » de transition entre un modèle « aide sociale » et un modèle « Sécurité sociale ».

Telle qu'elle a été pensée et conçue par le Gouvernement Chirac en 1975, il s'agissait précisément de sortir la question des ressources des personnes handicapées de la législation de l'aide sociale du début du siècle (état de nécessité, obligation alimentaire, recours sur successions, etc ...) pour l'inscrire dans le cadre de la sécurité sociale afin d'en faire une prestation détachée des stigmates de l'aide sociale.



La difficulté liée au caractère contributif des prestations de Sécurité sociale a été résolue avec la reconnaissance, par la loi du 30 juin 1975, d'une « obligation nationale » au bénéfice des personnes en situation de handicap. L'AAH, telle qu'elle fut adoptée, ne devait donc être qu'une étape avant que la réponse sociale à la question des ressources des personnes en situation de handicap ne soit définitivement intégrée dans le champ de la sécurité sociale.

Il ne devait pas être demandé à l'assuré de contribuer au préalable par des cotisations sociales pour bénéficier des prestations en espèce de la Sécurité sociale puisque c'est l'Etat, du fait de l'obligation nationale précitée, qui était débiteur des contributions. Dans ce cas, l'Etat assurant aujourd'hui le financement de l'AAH, aurait dû verser une compensation financière à la Sécurité sociale pour assurer cette prise en charge.

Aujourd'hui, loin de s'opposer au RUA sans autre proposition concrète, il faut, au contraire, reprendre ce mouvement. **Nous demandons que l'AAH soit définitivement intégrée aux prestations en espèces de la Sécurité sociale et servie comme telles, en intégrant réellement toutes les personnes en situation de handicap dans le droit commun**, pour parachever l'œuvre du Président Jacques Chirac en 1975 et de sa Ministre de la Santé, Simone Veil.

**Et c'est dans le cadre de la Sécurité sociale que les sujets liés à la prévention de la désinsertion professionnelle et sociale pourront être traités comme c'est le cas actuellement pour les assurés sociaux en arrêts longs et/ou invalides avec la mobilisation des dispositifs existants et dédiés aux personnes handicapées.**

En repartant du contexte historique évoqué et devant les évolutions conceptuelles qui sont portées par le PLFSS 2020, la FNATH serait favorable à ce qu'une réflexion s'engage sur les ressources des personnes en situation de handicap, en marge de celle sur le RUA et sur les modalités d'intégration, dans la prochaine réforme du dispositif invalidité, des titulaires de l'AAH, cette dernière devenant une prestation en espèce de la Sécurité sociale sans condition de cotisations préalables minimales pour les raisons précitées.

Il conviendrait dans ces conditions de conserver un minimum-plancher qui serait celui de l'AAH actuel qui viendrait en complément, le cas échéant, des pensions les plus modestes. La situation du conjoint, s'agissant d'une prestation en espèces de sécurité sociale, ne serait plus une condition de la modulation ou du versement de la prestation.

Cette réforme devrait prendre en compte également la situation des bénéficiaires de l'AAH selon un taux supérieur ou inférieur à 80%, en tenant compte de leur capacité ou non à exercer un emploi.

Cette prestation de Sécurité sociale dénommée « *prestation de compensation* »



*maladie et de handicap* » pourrait substituer une évaluation multidimensionnelle de l'assuré à l'actuel taux d'incapacité assis sur un barème d'évaluation des incapacités dont on connaît les limites.

**C'est l'évaluation multidimensionnelle qui pourrait distinguer entre ceux dont les limitations d'activités ne font pas obstacles à une intégration immédiate au marché au travail et ceux qui nécessitent des parcours d'accompagnements dédiés dont la durée pourrait être variable avec une forte mobilisation des dispositifs de cumuls des revenus d'activité et de la prestation.**

En tout état de cause, le principe acquis d'attribuer des droits à vie aux personnes dont le handicap n'est pas susceptible d'évoluer serait conservé et étendu aux situations de dégradations progressives de l'état de santé (comme les phases terminales de cancers).

**Il reste que ce débat ne peut se cantonner au seul prisme de l'AAH, car la FNATH dénonce depuis longtemps l'insuffisance des prestations en espèces versées par les régimes de base tant pour l'invalidité que l'indemnisation des victimes du travail et l'obsolescence des règles d'attribution et de gestion.**

Le principe de la réforme annoncée du régime de l'invalidité dans le cadre du PLFSS pour 2020 visant à faciliter le maintien en emploi nous convient, vu l'importance des licenciements pour inaptitude.

Du reste, la FNATH demande instamment à votre Secrétariat d'Etat qu'il fasse de la lutte contre les licenciements inaptitudes systématiques un des piliers de son action pour la prévention de la désinsertion professionnelle (70 000 à 200 000 par an selon les évaluations).

S'agissant de l'invalidité et de l'ASI, on peut se réjouir des dernières évolutions au PLFSS pour 2020. La disparition de la récupération de l'ASI sur succession constitue en effet un juste progrès.

Pour autant il faut, une nouvelle fois, observer et déplorer qu'un régime contributif puisse laisser un assuré social vivre avec - qui a mal ou pas assez cotisé - 730 euros par mois environ, soit largement en dessous du seuil de pauvreté. Il y a une nécessité à revoir le système de l'ASI tant dans ces conditions d'accès que dans les montants qu'il sert.

S'agissant du taux de remplacement en cas d'invalidité, il conviendra de disposer d'une étude d'impact sur les « gagnants et perdants ».

Par ailleurs, et en l'absence de barème et de critères objectifs partagés, l'accès au dispositif dépend encore de l'arbitraire du médecin conseil des caisses. Ce qui ne garantit aucune égalité de traitement entre elles.

L'expérimentation devrait donc permettre de les objectiver, tout en prévoyant, pour



les cas complexes, une évaluation multidimensionnelle allant au-delà du seul état de santé.

En tout état de cause, la FNATH entend être associée à l'expérimentation annoncée.

La FNATH demande que ne soit pas oubliée la question des personnes en situation de handicap qui ne sont pas identifiées par le dispositif AAH mais qui représentent, néanmoins, plusieurs millions de personnes dont l'état de santé caractérise une incapacité, des limitations dues à une maladie, des séquelles après un accident de la vie ...

Prenons l'exemple d'une aide à domicile, ou d'une caissière, ou d'un ouvrier du BTP qui présente une limitation fonctionnelle bénigne mais qui l'empêche de poursuivre un travail physique ... Quasi systématiquement, la situation va se solder par un licenciement pour inaptitude sans aucun reclassement, et l'on retrouvera cette personne, quelque années après, au RSA après avoir épuisé ses droits à l'assurance chômage ...

La situation de handicap qui constitue un véritable obstacle à l'emploi n'aura pas reçu de réponse dédiée mais ne sera pas prise en compte au plan administratif ...

On ne retrouvera même pas cette personne titulaire de l'AAH car son handicap sera trop léger pour un taux de 50 % au sens du barème de 1993. La même observation sera posée pour des publics qui sont atteints de maladies chroniques.

**Il y a donc toute une frange de la population dont le handicap « invisible » ou « sous les radars » des administrations publiques (protection sociale qui repose sur une logique en silo et par statut) constitue un véritable obstacle à l'emploi mais qui reste traitée dans un cadre de protection sociale inadaptée et insuffisante.**

### ***-----La mise en œuvre du dispositif d'accompagnement dans l'emploi des personnes en situation de handicap :***

L'augmentation du niveau de qualification et le développement des compétences des personnes en situation de handicap sont des éléments essentiels.

L'objectif de doubler le nombre d'apprentis en situation de handicap nécessite l'implication des entreprises privées mais aussi du secteur public encore trop frileux sur ses engagements en matière d'apprentissage. L'expérimentation sur 5 ans permettant la titularisation des apprentis en situation de handicap sera peut-être un levier. Si la mobilisation des missions locales est importante, il ne faut pas oublier que la moyenne d'âge des personnes en situation de handicap est de 46 ans et nécessitera donc l'implication de Pôle emploi et des Cap emploi dans cette démarche.

La majoration du CPF est une satisfaction mais sa mobilisation reste souvent



complexe pour les demandeurs d'emploi qui doivent être mieux accompagnés. Les salariés menacés de licenciement pour inaptitude peinent aussi parfois à mobiliser leur CPF en raison des conditions d'accès : en fin d'année par manque de budget des OPCO il est difficile d'obtenir un accord de financement ou le projet de formation demandé n'est pas en lien avec les financements accordés par l'OPCO (ex : la personne travaille dans les métiers de la santé et souhaite faire une formation diplômante en informatique pour rechercher un emploi compatible avec son état de santé). Dans les deux cas un système de financement exceptionnel devrait pouvoir se mettre en place soit pour éviter le licenciement pour inaptitude, soit pour permettre à la personne de faire une formation compatible avec ses contre-indications médicales.

Concernant les CRP, la question des moyens qui ne sont certes pas à traiter dans le décret à venir aura des conséquences. En effet, le décret élargit la liste des publics qui auront accès aux CRP alors que les délais d'attente pour accéder à une formation ou à une pré-orientation sont déjà très longs. De plus, même si un travail important a déjà été opéré, il reste un certain nombre de contenus de formations qui ne sont plus ou mal adaptés aux besoins du marché du travail et mériteraient d'être toilettés pour devenir un outil d'inclusion sur le marché de l'emploi.

La réforme de la DOETH va dans le bon sens en simplifiant les démarches pour les entreprises et en favorisant l'emploi direct des personnes en situation de handicap. Un projet de décret réduit le nombre d'ECAP. Pour la FNATH ces exceptions n'ont plus lieu d'être. On trouve aujourd'hui dans la liste des ECAP, des personnes en situation de handicap qui démontrent chaque jour leurs compétences et leurs capacités à occuper ces postes ; il n'y a donc pas lieu que certaines entreprises soient soumises à un régime plus favorable. Enfin, les procédures de simplification pour obtenir la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé sont un plus pour les personnes ainsi que la prévention de la rupture des droits.

Le rapprochement Pôle emploi Cap emploi visant à créer un seul point d'entrée et une offre d'accompagnement personnalisée pour les demandeurs d'emploi appelle quelques inquiétudes. Une partie des demandeurs d'emploi en situation de handicap nécessite un accompagnement très spécifique et une prise en charge spécialisée. Le rapprochement, s'il devait à terme se transformer en une intégration complète des Cap emploi dans les Pôle emploi nous fait craindre que la prise en charge des personnes en situation de handicap qui en ont le plus besoin soit diluée dans la très large offre de service des pôles emploi et se dégrade. Le modèle Belge nous semble une bonne approche pour garantir aux personnes une plus grande qualité de service. Il est à noter que le rapprochement prévu des systèmes d'information entre pôle emploi et Cap emploi est une belle avancée.

La plateforme numérique nationale d'information, d'orientation et de services pour les personnes en situation de handicap s'annonce comme un outil attendu depuis longtemps qui permettra un accès égal à l'information. La FNATH dans le conseil juridique, le soutien et l'écoute qu'elle apporte aux personnes en situation de handicap pourrait apporter un service utile à la plateforme.



La transformation des ESAT pour s'ouvrir au milieu ordinaire est un nouvel atout pour l'évolution professionnelle des personnes en situation de handicap tout au long de leur carrière. La FNATH attire votre attention sur les risques du milieu ordinaire de travail pour certains publics en situation de handicap qui ne seraient plus accompagnés socialement. Les personnes victimes d'addictions par exemple peuvent retomber dans l'addiction lorsqu'elles se retrouvent seules dans un logement et sans accompagnement périphérique. La FNATH soutient le fait de favoriser les sorties vers le milieu ordinaire mais de manière encadrée et avec un suivi à long terme. L'emploi accompagné pourrait être une réponse mais le nombre d'accompagnement est déjà insuffisant. On constate des délais d'attente de prise en charge alors que la personne a bien reçu sa notification d'accompagnement via la MDPH.

Au-delà des ESAT, l'emploi accompagné est un dispositif nécessaire pour permettre l'emploi et le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés peu autonomes dans leurs démarches. Concernant la possibilité de mobiliser le dispositif pour des personnes qui sont déjà en emploi, il nous semblerait plus efficace de confier cette mission au Cap emploi déjà en charge du maintien dans l'emploi. Il est constaté sur le terrain une prise en charge morcelée qui amène parfois à un aménagement insuffisant du poste de la personne.

En effet, il apparaît dans les accompagnements menés qu'il est souvent nécessaire de retravailler les moyens de compensation. Le réseau des Cap emploi dispose déjà de liens étroits avec les médecines du travail et connaît toutes les techniques d'aménagement des situations de travail. Il conviendrait de leur allouer des moyens complémentaires pour assurer un suivi régulier. Cela permettrait une prise en charge globale de la situation de la personne.

Le dispositif d'accompagnement employeur/salarié handicapé pour prévenir la désinsertion professionnelle prévoit la création d'une plateforme expérimentale en 2020. Le pilotage de la plateforme sera confié aux CPAM et permettra un travail conjoint entre les différents médecins. L'AGEFIPH apportera des moyens financiers à cette expérimentation. La FNATH s'interroge sur le fait de ne pas voir apparaître les Cap emploi au sein de cette plateforme dans le cadre de leurs missions de maintien dans l'emploi et s'inquiète de la neutralité de prise en charge des salariés alors qu'encore aujourd'hui de nombreux médecins du travail sont rémunérés par l'entreprise à laquelle ils sont rattachés.

La récente réforme de l'assurance chômage pénalise lourdement les travailleurs handicapés dont on sait qu'ils sont 2 fois plus victimes du chômage que les autres et que leur retour à l'emploi se fait le plus souvent sur des contrats précaires inférieurs à 6 mois.

Enfin, les salariés licenciés pour inaptitude ayant peu travaillé n'auront pas de droits au chômage ou insuffisamment pour engager un parcours de reconversion souvent long (entre 6 et 24 mois).





## **----Observations au rapport de la Cour des Comptes :**

S'agissant de la proposition de donner la majorité des voix à l'État, en tant que financeur, en CDAPH pour les décisions relatives à l'AAH, il faut d'abord relever qu'il s'agit, ici, d'un droit acquis dans le cadre de la loi du 11 février 2005 et qui est conforme à nos engagements internationaux - *participation des personnes aux décisions qui les concernent* ; c'est ce point qui est primordial.

**La question n'est donc pas la place « majoritaire de l'Etat » mais la prise en compte réelle des souhaits des personnes dans les processus de décisions.**

Concernant les critères pour apprécier les besoins d'AAH, nous ne pouvons que rejeter la recommandation n°2 en ce que revenir sur la prise en compte des trois domaines de la vie « quotidienne, sociale et professionnelle », est contraire, là encore, selon notre lecture juridique, à nos engagements internationaux.

De même, il est parfaitement illusoire d'imposer « une contre visite médicale obligatoire avant toute première attribution de l'AAH ».

Au plan conceptuel ce serait revenir 30 ans en arrière – car *le handicap ne se réduit pas au seul prisme médical* - et, de manière pragmatique, il y a, dès aujourd'hui, un tel déficit de démographie médicale que la mesure est impossible à mettre en œuvre.

La recommandation qui vise à faire examiner par la Commission les premières demandes est également totalement détachée de la réalité du terrain et il serait plus efficient de mettre en place des traitements particuliers et dédiés pour les seuls cas complexes ou limites plutôt que d'imposer systématiquement un passage en CDAPH.

Par ailleurs, la Cour « découvre » aujourd'hui qu'il existe, dans notre pays, une importante problématique sociétale avec la santé mentale.

A ce titre, les constats de la Cour au sujet des populations concernées – *notamment celles qui présentent de multiples addictions* – nous semblent très peu documentés.

Or, il suffit de lire le Rapport Charges et produits pour 2020 de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) pour savoir que la santé mentale représente un véritable sujet de santé publique resté délaissé jusqu'à ces dernières.

Ainsi, la Cour pourra utilement se reporter aux constats de l'assurance maladie obligatoire :

*« Une analyse plus fine des 20,3 milliards d'euros affectés aux maladies ou traitements chroniques psychiatriques permet de mettre en lumière le poids important des dépenses affectées aux «troubles névrotiques et de l'humeur»*



*(5,3 milliards d'euros) et aux «troubles psychotiques» (4,4 milliards d'euros) qui représentent 48% des dépenses affectées à la santé mentale.*

*Ce poids important découle principalement des dépenses des séjours hospitaliers, en établissements psychiatriques notamment. »*

Devant cette réalité, il n'est donc pas surprenant de faire le constat d'une part importante des handicaps et affections psychiques au sein de la population des AAH L821-2 du code de la sécurité sociale (*taux d'incapacité inférieur à 80 % mais supérieur à 50% avec la reconnaissance par la CDAPH, compte tenu de son handicap, d'une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi*) ces dix dernières années.

**Pour sa part la FNATH ne peut donc que rejeter les postulats - *qui restent très peu documentés en réalité* - sur lesquels la Cour a construit son raisonnement.**

**N'en déplaise, il appartient au Parlement de retenir la définition légale du handicap que l'on connaît depuis 2005 et qui est conforme à nos engagements internationaux (Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif, ONU).**

La question n'est donc pas de conditionner l'attribution de l'AAH-2 à « *une prise en charge médicosociale adaptée* » car cette mesure n'a aucun sens et sera contreproductive à l'encontre de personnes handicapées psychiques.

Accepter une telle mesure, c'est, ni plus ni moins, à terme, nier à ce type de handicap l'accès à l'AAH.

S'agissant de la recommandation liée à la nécessité de disposer d'un système d'information installé par chaque MDPH et permettant une connaissance fine des populations, la FNATH ne peut qu'encourager ce mouvement qui seul permettra de poser un diagnostic partagé et donc vérifié des enjeux de l'AAH.