

Politiques sociales du handicap et politiques d'insertion : continuités, innovations, convergences

Louis Bertrand

Post-doctorant au Centre de recherche « Individus, Épreuves, Sociétés » de l'université Lille 3.

Mots clés : Handicap – Politiques publiques – Insertion.

Cet article vise à interroger les similitudes entre politiques sociales du handicap et politiques d'insertion. Les rapprochements sont surtout pertinents au niveau organisationnel, notamment après les changements opérés par la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Toutefois, des différences sont observables : place des bénéficiaires et de leurs organisations, politique de guichet unique plus avancée, rôle d'animation d'une instance centrale. Récemment les réflexions autour de l'employabilité des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés, visant à favoriser les sorties de l'allocation vers l'emploi, semblent préfigurer de nouvelles convergences entre ces politiques.

Les systèmes de protection sociale sont, depuis deux décennies, l'objet de réformes tendant à leur « activation » (Barbier, 2011). Au sein de ces systèmes, les politiques sociales du handicap, en particulier les relations entre les mesures d'indemnisation du handicap et les mesures d'intégration de travailleurs handicapés sur le marché du travail, sont un point d'observation particulièrement intéressant de ces tendances. En France, en dehors des politiques d'accompagnement des chômeurs, les politiques d'activation ont pris la forme très spécifique des politiques d'insertion. Les politiques sociales du handicap ont, quant à elles, été profondément réformées en 2005, trente ans après les lois de 1975 qui en avaient défini les grandes lignes. L'objet de cet article est de comparer les politiques d'insertion « à la française » et ces politiques du handicap renouvelées. Après avoir brièvement exposé les caractéristiques actuelles des politiques sociales du handicap, les éléments de continuité entre les politiques d'insertion et les politiques sociales du handicap seront discutés, notamment dans leur organisation,

puis on montrera les innovations par rapport à cet héritage et, enfin, les convergences observées dans la période la plus récente, avec les réformes de l'allocation aux adultes handicapés mettant en avant l'insertion professionnelle des allocataires.

Les politiques sociales du handicap en France

Définition et typologie

Dans cette contribution, on entend par « politiques sociales du handicap » les politiques publiques qui impliquent l'organisation publique de diverses formes de redistribution en faveur de personnes souffrant de déficiences durables. Ces politiques ont une histoire ancienne (Castel, 1999 ; Sticker, 2005), mais on n'en décrira ici que quelques aspects contemporains dans le cas français et concernant les adultes.

En France, les premiers éléments de la législation moderne en faveur de populations adultes atteintes de déficiences datent de la Première Guerre mondiale et de l'entre-deux-guerres (Romien, 2005 ; Blanc, 2004). La loi de 1924 (1) crée une « priorité d'emploi » pour les mutilés de guerre. Cette priorité est élargie ensuite aux bénéficiaires de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) que crée la loi de 1957 (2), qui unifie les différents régimes existants et organise également le secteur protégé. Le champ est ensuite profondément restructuré par les deux lois jumelles de 1975 (3), qui créent notamment les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et intègrent le secteur protégé dans les institutions médico-sociales. La loi de 1987 (4) renforce ensuite l'obligation d'emploi des travailleurs

(1) Loi du 26 avril 1924 assurant l'emploi obligatoire des mutilés de guerre.

(2) Loi n° 57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement professionnel des travailleurs handicapés.

(3) Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées et loi n° 75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

(4) Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.

handicapés. Enfin, la loi de 2005 (5) renouvelle profondément le champ en créant les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), en mettant en place une prestation de compensation du handicap (PCH) et en introduisant la notion de « projet de vie ».

Pour décrire les politiques actuelles, et en adaptant une typologie de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE, 2003), on distinguera les mesures d'indemnisation et de compensation du handicap et les mesures d'intégration au marché du travail. Pour être plus complet, il conviendrait d'ajouter les services médico-sociaux pour adultes. Ces dernières mesures, non abordées ici, concernent les différentes formes de foyer accueillant des personnes lourdement handicapées et les services d'accompagnement des personnes les plus fragiles. Ces mesures s'adressent, en général, à des personnes qui se trouvent de fait en dehors du marché du travail.

Les mesures d'indemnisation et de compensation du handicap

Les mesures d'indemnisations et de compensation du handicap sont multiples. La plus emblématique est peut-être l'AAH créée en 1975 (6). Au premier septembre 2012, son montant mensuel maximum est de 776,59 euros. Ce minimum social est attribué aux adultes âgés de plus de 20 ans et d'un âge inférieur à l'âge légal de la retraite, et qui ont un taux d'incapacité évalué à plus de 80 % ou un taux d'incapacité de 50 % à 79 % et une restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi. Pour les bénéficiaires ayant un taux d'incapacité de plus de 80 % peuvent s'ajouter deux formes de compléments de ressources. Ces taux sont évalués en fonction d'un guide barème qui associe des indications de taux et des déficiences.

L'AAH n'est pas la seule mesure d'indemnisation des personnes handicapées, ni la plus importante en volume financier. Il faut y ajouter les pensions d'invalidité et les rentes d'accident du travail, versées par l'Assurance maladie ou d'autres régimes sous condition de cotisation préalable. Ces pensions peuvent, le cas échéant, être complétées par un minimum social spécifique, l'allocation supplémentaire d'invalidité. Enfin, les pensions militaires d'invalidité sont également une indemnisation

publique du handicap. En 2010, 915 000 personnes percevaient l'AAH (DREES, 2012 a, p. 119) (7) et 928 300 une pension d'invalidité (Sécurité sociale, 2011, p. 16) (8). En termes financiers, en 2010, le coût de l'AAH était évalué à 6,5 milliards d'euros, celui des pensions d'invalidité à 8,9 milliards d'euros, les rentes d'accidents du travail à 5,7 milliards d'euros. Le total des prestations invalidité et accident du travail (dont une partie correspond aussi à des remboursements de soin ou des indemnités journalières) revenait à 42,3 milliards d'euros soit 6,8 % des dépenses de protection sociale et 2,2 % du produit intérieur brut (DREES, 2012 a:118-119).

Une autre mesure de compensation, la prestation de compensation du handicap (PCH), a été créée par la loi de 2005. Elle est destinée aux personnes ayant de graves difficultés dans les actes de la vie quotidienne ; elle peut financer une aide humaine, une aide technique ou animalière, l'aménagement du logement ou du véhicule (9). Les « cartes » (carte d'invalidité, carte de priorité et carte européenne de stationnement) peuvent également être considérées comme des mesures d'indemnisation et de compensation par les avantages qu'elles procurent (avantage fiscal, « coupe-file »

L'article s'appuie sur un travail de recherche en cours autour de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé mené avec Vincent Caradec et Jean-Sébastien Eideliman au sein du Centre de recherche « Individus, Épreuves, Sociétés » et financé par la Mission recherche de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des statistiques (ministère des Affaires sociales et de la Santé) et la Caisse nationale de Solidarité pour l'autonomie. Cette recherche empirique comporte un versant institutionnel (observations de commissions, étude des dossiers de demandes) et interroge également des demandeurs.

Une première version de ce texte a été présentée au congrès de l'Association française de sociologie de juillet 2011, dans le cadre des travaux du réseau thématique « Politiques sociales ». L'auteur remercie les participants pour leurs remarques. Des remerciements particuliers à Sylvie Célérier et Jean-Claude Barbier pour leurs conseils, ainsi qu'aux relecteurs anonymes de la revue.

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

(6) Une allocation aux handicapés adultes existait depuis 1971.

(7) Au 31 décembre 2011, on peut estimer le nombre d'allocataires de l'AAH à environ 956 000 : 923 974 bénéficiaires relevant des caisses d'Allocations familiales (CNAF, 2012) et 31 594 « familles », qui peuvent parfois comporter plusieurs allocataires, pour les caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA, 2012, p. 12).

(8) Pour des chiffres particulièrement détaillés, et assez différents, voir Amrous et Barhoumi, 2012.

(9) Dans cet article, on compare principalement les politiques d'insertion et les politiques sociales du handicap. La mise en place de la PCH, réservée en 2005 à des demandeurs âgés de moins de 60 ans, et la promesse inscrite dans la loi d'abroger cette barrière d'âge appellent également à une réflexion sur les liens entre politiques du handicap et politiques de la dépendance. Florence Weber en a fait une comparaison systématique très stimulante (2011).

ou stationnement facilité). Le soutien aux aidants familiaux peut également entrer dans cette catégorie.

Les mesures d'intégration au marché du travail

Pour caractériser les mesures prises en faveur de l'intégration au marché du travail, Daniel Mont, chercheur de la Banque mondiale, en distingue trois types : les mesures de régulation du marché, les mesures de rééquilibrage et les mesures de substitution au marché (Mont, 2004).

Les mesures de régulation du marché visent à agir sur le comportement des employeurs. Le document de la Banque mondiale en observe deux, *a priori* antinomiques : la mise en place de quotas ou d'une législation « anti-discrimination ». En France, l'option du « quota » a été préférée. Les premières mesures en ce sens datent de l'entre-deux-guerres (Romien, 2005). Sa forme actuelle est principalement issue de la loi de 1987, amendée et élargie au secteur public en 2005. Les entreprises de plus de vingt salariés et la Fonction publique sont soumises à une obligation d'emploi de travailleurs handicapés (OETH) équivalent à 6 % des effectifs (10). Entrent dans ce quota les salariés bénéficiant d'une RQTH, les bénéficiaires de pensions d'invalidité civiles ou militaires, de rente d'accidents du travail, les titulaires d'une carte d'invalidité et les bénéficiaires de l'AAH. La RQTH recouvre de fait certaines des autres catégories : un bénéficiaire d'une pension d'invalidité peut demander la RQTH, par exemple. En 2008, 2,5 millions de personnes entrent dans le cadre de l'OETH parmi lesquelles 830 000 ont une RQTH (Amrous et Barhoumi, 2012). Une autre mesure de régulation possible réside dans la mise en place d'une législation anti-discrimination, politique adoptée aux États-Unis par exemple. L'idée est que l'employeur ne peut se prévaloir du handicap

pour refuser une embauche et est tenu d'effectuer les aménagements nécessaires. La discrimination éventuellement subie peut être portée devant les tribunaux. Cette approche est peu développée en France, même si la discrimination sur la base de l'état de santé ou du handicap relève du Code pénal (11).

Les mesures de rééquilibrages cherchent à pallier les effets négatifs des déficiences sur le marché du travail. L'objectif des interventions est de rendre les travailleurs handicapés plus compétitifs, et elles peuvent prendre plusieurs formes : des formations, en France notamment à travers les centres de reclassement professionnel (CRP) (12) ou des « programmes spéciaux pour l'emploi » comme les nomme l'OCDE (2003). Ces programmes comprennent l'accès aux emplois aidés, les aides à l'aménagement du poste de travail, un accès facilité à la Fonction publique (13), des incitations financières (14). On peut ranger sous la catégorie des mesures de rééquilibrage les services spécifiques d'accompagnement des travailleurs handicapés tels que les services d'aide au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés ou les Cap Emploi, spécialisés dans le placement et le suivi des demandeurs d'emploi reconnus travailleurs handicapés. Enfin, les mesures de substitution consistent à se substituer au marché pour les personnes dont les incapacités rendent la participation au marché du travail ordinaire trop incertaine. En France, ces mesures prennent la forme du secteur protégé : les établissements et les services d'aides par le travail, de statut médico-social, qui proposent des activités de production à des personnes ayant une déficience intellectuelle ou souffrant de troubles psychiques (15).

Les mesures d'intégration au marché du travail forment donc un domaine très structuré depuis

(10) L'obligation d'embauche dans le secteur privé peut être satisfaite de plusieurs manières : par l'emploi direct, mais aussi par la sous-traitance au secteur protégé ou le versement d'une contribution à l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH). Les grands groupes peuvent également signer des accords en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés agréés par l'administration.

La loi de 2005 a créé un fonds similaire à l'AGEFIPH pour la Fonction publique, le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la Fonction publique (FIPHFP). En 2009, l'AGEFIPH a collecté 539 millions d'euros et le FIPHFP 214 millions d'euros (AGEFIPH et FIPHFP, 2011).

(11) Articles 225-1 à 225-3 issus de la loi n° 90-602 relative à la protection des personnes contre la discrimination en raison de leur état de santé ou de leur handicap.

(12) Un salarié reconnu inapte à son poste ou à sa formation initiale a droit au reclassement professionnel. Il peut suivre une formation adaptée dans un centre de reclassement professionnel, financé par la Sécurité sociale. Il perçoit une rémunération proportionnelle à son salaire antérieur, avec une rémunération plancher pour les personnes ayant insuffisamment cotisé. Ces centres sont, là encore, un héritage de la Première Guerre mondiale (Romien, 2005). Des formations de droit commun peuvent également être prises en charge.

(13) On peut peut-être y associer l'ancienne pratique des emplois réservés, ouvertes au moment de la Première Guerre mondiale aux différentes victimes de guerre (Romien, 2005 ; Bette, 2006). Cette législation existe toujours (loi n° 2008-492), mais concerne davantage aujourd'hui la « seconde carrière » des militaires que les victimes de guerre.

(14) En dehors de primes à l'embauche, l'OCDE mentionne des aides sur salaire. En France, une aide sur salaire pour les travailleurs handicapés plus âgés a récemment été abandonnée : le temps de travail pouvait être abaissé et la perte de salaire compensée. De même le mécanisme d'abattement de salaire pour les salariés handicapés les moins productifs, lointain héritage de la loi de 1924, a été supprimé par la loi de 2005 et remplacé par une aide à l'emploi après une procédure de « reconnaissance de la lourdeur du handicap ».

(15) Il existe deux autres types d'établissement, classés dans le secteur protégé avant la loi de 2005 : les entreprises adaptées et les centres de distribution de travail à domicile. Ces structures où l'adaptation est moins forte sont plus directement soumises à la participation au marché. Dans la typologie employée, il faudrait à présent les classer dans les mesures de rééquilibrage.

plusieurs décennies. À noter que toutes ces mesures sont à solliciter par le bénéficiaire lui-même, sur une base volontaire. Ailleurs, aux Pays-Bas par exemple, ces procédures sont beaucoup plus contraignantes pour le bénéficiaire. Après avoir détaillé ces différentes mesures, la suite de l'article revient sur ce qui rapproche ou distingue ces politiques des politiques d'insertion à la française.

Politiques d'insertion et politiques sociales du handicap

Une organisation semblable

Rapprocher les politiques du handicap des politiques d'insertion n'a rien d'évident. La mise en place de l'AAH et des COTOREP est antérieure d'une douzaine d'années au revenu minimum d'insertion (RMI). On n'y trouve pas alors d'équivalent du contrat d'insertion, et aucune forme de contrepartie n'est demandée au bénéficiaire, si l'on met de côté les travailleurs handicapés travaillant dans le secteur protégé.

Comme l'ont montré Jean-Claude Barbier (2002) ou Sylvie Morel (2000), les politiques associées au RMI se distinguent des politiques de « *workfare* » en ce qu'elles comportent une dimension « sociale » : l'insertion sociale des bénéficiaires est également l'un de leurs objectifs. À quelques exceptions près, concernant notamment le secteur protégé et certains services d'accompagnement, cette dimension est moins présente dans les politiques sociales du handicap. Autrement dit, l'AAH est davantage une prestation sociale « classique », délivrée de droit, sans contrepartie, dès lors que les conditions médicales et sociales de son octroi sont remplies.

Les ressemblances, qui se sont accentuées depuis la loi de 2005, sont à chercher du côté organisationnel, en tant que politiques sociales locales. Les politiques que l'on désigne ici par « politiques d'insertion » se structurent à partir des années 1980 (16). Elles partagent un certain nombre de traits communs : une organisation décentralisée, insistant sur le partenariat local et mettant en avant la notion de « projet » tant du côté des usagers que des prestataires associatifs auxquels il est massivement fait appel ; volonté de « contractualiser » la relation avec les bénéficiaires. On peut regrouper en ce sens les politiques liées au RMI, les fonds d'aide aux jeunes (FAJ) et le logement des

personnes défavorisées (17). Mis à part la contractualisation, ces caractéristiques se retrouvent dans les politiques sociales du handicap. L'un des points communs entre ces politiques est d'être « individualisées ». Les prestations sont censées être allouées à des individus pris dans leur singularité, qui reçoivent une réponse la plus personnalisée possible. Elles sont souvent organisées autour de « magistratures sociales », instances collégiales décidant au cas par cas de l'octroi de prestations sociales (Astier, 1997). De la même manière, la loi de 2005 se donne pour ambition de permettre une évaluation globale de la situation des demandeurs et d'y apporter une réponse personnalisée. Certaines des instances créées dans ce but peuvent être analysées comme des magistratures sociales (Bertrand *et al.*, 2012).

Les politiques d'insertion accordent une grande importance à l'expression de projets de la part des bénéficiaires, avec une certaine ambivalence car une dimension contraignante, une « injonction à l'autonomie » est aussi présente (Duvoux, 2009). Cette notion était moins apparente dans le champ du handicap, mais elle est mise en avant par la loi de 2005, qui dispose que les MDPH doivent répondre aux demandeurs sur la base de leur projet de vie. Sur le plan de la gouvernance, même si ces outils ont eu des fortunes diverses, ces politiques étaient censées être coordonnées au niveau départemental par des plans établis de manière partenariale : plans départementaux d'insertion (RMI et FAJ), plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées, plans départementaux d'insertion des travailleurs handicapés. Ces outils de coordination semblent avoir perdu de leur importance, victimes de la décentralisation et des évolutions propres à chacun des champs visés. Si l'on compare les outils de ces politiques, on peut remarquer certaines similitudes, notamment dans le rapport au marché (du travail ou du logement) :

- entre les structures d'insertion par l'activité économique, les structures du secteur protégé, et les différentes formes de logement temporaire ;
- dans l'accompagnement pour l'accès à et le maintien dans l'emploi ou le logement, souvent réalisés par des prestataires associatifs ;
- entre les différentes formes de contrainte quantitatives : clause sociale dans les marchés publics impliquant l'emploi de publics en difficulté, quota de travailleurs handicapés, quota de logements sociaux et de structures d'hébergement ;

(16) Même si certaines expérimentations datent des années 1970 (Maclouf, 1992 ; Eme, 1997).

(17) Les politiques de lutte contre le surendettement, les politiques de la ville, l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie partagent également certains de ces traits. Au niveau des budgets, si les dépenses liées au RMI et au revenu de solidarité active (RSA) étaient de l'ordre de 8,7 milliards d'euros en 2010 (DREES, 2012 a, p. 126), les budgets spécifiques d'aides aux logements des démunis étaient, en 2008, de 375 millions d'euros (Fondation Abbé Pierre, 2010, p. 150) et les budgets des FAJ de 35 millions d'euros (Renard, 2010).

- dans l'accès à des mesures dérogatoires du droit commun : contrats aidés, logement « très social » (Ballain et Maurel, 2002).

À côté de ces similitudes organisationnelles (18), les politiques sociales du handicap se distinguent sur certains points qui peuvent être analysés comme des innovations par rapport au modèle organisationnel des politiques d'insertion.

Innovations et particularités par rapport au modèle de l'insertion

La première innovation organisationnelle amenée par la loi de 2005 réside dans la composition des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), censées prendre les décisions d'attribution des aides. À côté des représentants de l'État et du conseil général, la présence d'un tiers de représentants associatifs est légalement nécessaire. Cette représentation des usagers était inexistante dans les politiques d'insertion visées (19). Cependant, l'influence de ces commissions est ambiguë : nombre de décisions échappent de fait à leur examen (20) et leur rôle dans la diffusion de normes locales d'évaluation reste à étudier empiriquement (21).

De même, des institutions comme les MDPH, « guichets uniques » permettant l'accès à de nombreuses prestations liées au handicap, sont relativement nouvelles. Il y a eu des tentatives antérieures dans d'autres domaines, avec les commissions d'actions sociales d'urgence, par exemple, mais qui n'avaient pas cette ampleur. Il faut cependant noter que les MDPH ne parviennent pas encore à remplir l'ensemble des missions qui leur sont confiées par la loi de 2005 (Branchu *et al.*, 2010). En outre, certaines prestations liées au handicap ne sont pas de leur ressort, comme les aides dépendant de l'Assurance maladie ou des fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Le champ du handicap et de la perte d'autonomie est également marqué par une institution qui n'a pas vraiment d'équivalent dans les politiques d'insertion : la Caisse nationale de Solidarité pour l'autonomie (CNSA). Créée après le choc de la canicule de 2003, ses missions ont été renforcées par la loi de 2005. Ses ressources proviennent d'une fraction de la contribution sociale généralisée, de contributions de l'Assurance maladie et de la contribution de solidarité pour l'autonomie issue de la suppression d'un jour férié pour tous les salariés. Elles ont atteint 19 milliards d'euros en 2010 (CNSA, 2011 a). La CNSA a notamment un rôle dans le financement de la PCH

et du fonctionnement des MDPH. Mais c'est aussi une instance émettrice de normes, ou plutôt de « bonnes pratiques » en direction des MDPH.

À côté de ces particularités institutionnelles, les rapports formels aux demandeurs sont aussi différents. Les réponses aux diverses demandes ne donnent pas lieu à la signature d'un contrat. Il n'y a pas d'engagements réciproques, mais la MDPH doit répondre par un plan personnalisé de compensation sur la base du projet de vie. Le projet de vie ne conditionne pas l'octroi de l'aide, son expression est facultative. Il est vu à la fois comme une opportunité d'expression offerte au demandeur et comme un outil de l'évaluation de la demande, qui doit permettre une approche individualisée. Les MDPH sont censées aider à leur rédaction pour ceux qui le souhaitent, mais cela a peu été mis en place (Branchu *et al.*, 2010). Outre que le projet de vie n'est pas toujours rempli ou suffisamment informatif, il semble que les plans personnalisés de compensation ne soient guère établis que pour l'octroi de la PCH. Cette prestation nécessite, en effet, une investigation assez poussée des besoins de la personne demandeuse et la réponse institutionnelle est très précisément définie.

Les exigences de contrepartie aux prestations liées au handicap étaient jusqu'à présent inexistantes, l'évaluation du handicap, s'appuyant sur le guide barème ou un travail pluridisciplinaire, justifiant seule l'octroi d'une compensation financière. Cependant, un mouvement récent de réformes de l'AAH mérite d'être mentionné, en ce qu'il recèle des formes de convergences avec les politiques d'insertion sur leur versant insertion professionnelle.

Vers une « activation » de l'allocation aux adultes handicapés ?

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, les MDPH sont tenues d'examiner l'employabilité des demandeurs de l'AAH et, le cas échéant, de leur octroyer une RQTH sans qu'ils l'aient expressément demandée. Cette nouvelle disposition est présentée comme la réforme de l'AAH dans les MDPH rencontrées. En effet, parmi plusieurs mesures prises depuis 2005, et avant le récent décret d'août 2011, elle est celle qui pourrait affecter le plus leur fonctionnement. Revenir sur ce qui a précédé cette réforme et sur les débats récents autour de l'AAH permettra de préciser de nouvelles convergences avec les politiques d'insertion.

(18) Une partie des bénéficiaires est bien sûr commune à ces différentes politiques (Herrgott, 1999 ; Roussel et Velche, 1998).

(19) La mise en place du RSA a, depuis, ménagé une place pour des représentants des usagers dans les commissions d'attribution. À noter que les COTOREP comportaient déjà des représentants associatifs, en nombre bien moins important.

(20) Compte tenu du nombre important de demandes, les plus simples, dont la plupart des demandes d'AAH, sont avalisées « sur liste » après avoir été évaluées par un médecin ou une équipe pluridisciplinaire.

(21) Voir cependant les réflexions de Pierre Vidal-Naquet (2009), de Marie Christine Bureau et Barbara Rist (2012) à ce sujet.

Ces politiques ont elles-mêmes été amendées avec la création du RSA, sous la forme à la fois de plus grandes incitations financières au retour à l'emploi et de plus grandes contraintes dans la recherche d'emploi (22).

Les restrictions des conditions d'accès aux prestations liées à la santé et au handicap sont une tendance forte dans plusieurs pays européens. Le Royaume-Uni et les Pays-Bas sont allés assez loin dans les réformes des mesures d'invalidité, qui étaient devenues au fil des années une manière d'accompagner la sortie de la population active de travailleurs ou chômeurs âgés (Dang et Zajdela, 2009 ; Cohu *et al.*, 2005) (23). Sans surprise, le rapport de l'OCDE cité *supra* se prononce pour une hausse du taux d'activité des personnes handicapées et promeut une « collaboration mutuelle » où l'octroi de prestations sociales ne pourrait se faire sans contrepartie, la meilleure d'entre elles étant la participation au marché du travail (OCDE, 2003). En France, les pensions d'invalidité et les rentes d'accident du travail semblent encore relativement épargnées par ce type de réforme, si l'on excepte la création récente de cellules de prévention de la désinsertion professionnelle. Les débats se concentrent plutôt sur les bénéficiaires de l'AAH dans la tranche des 50 % à 79 % d'incapacité, qui représentent 36 % des allocataires en 2011 (CNAF, 2012). La loi de 1975 instituant l'AAH prévoyait d'octroyer l'allocation aux personnes ayant un taux d'incapacité de moins de 80 % et une impossibilité de se procurer un emploi reconnue par la COTOREP (24). La circulaire n° 49 SS du 9 mai 1978 précisait les modalités d'appréciation de cet état. Un premier rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) de 1998 pointe l'obsolescence des critères avancés par cette circulaire (Gagneux *et al.*, 1998). Ce rapport n'évoque pas un rapprochement de l'AAH de l'insertion professionnelle ni l'éventualité d'un cumul entre RQTH et AAH. Cette possibilité de cumul est « rappelée » dans une circulaire du 7 juillet 1999 relative à l'amélioration de la prise en compte des handicaps survenant au cours de l'évolution des maladies chroniques. Ce cumul est surtout associé à l'idée que, pour des maladies chroniques, il peut y avoir des rémissions qui impliquent de passer sous les 80 % d'incapacité et qu'alors « tous les moyens doivent être utilisés pour favoriser l'insertion ».

Premières évolutions après la loi de 2005

La réglementation évolue au tournant de 2005. Le décret 2005-725 pris en application la loi de 2005 ajoute une condition de recevabilité pour

les demandeurs de l'AAH dont le taux d'incapacité est évalué entre 50 % et 79 % : ne pas avoir occupé d'emploi depuis un an. Une nouvelle circulaire est émise le 23 septembre 2005 pour redéfinir l'impossibilité de se procurer un emploi. L'objectif est d'unifier les pratiques sur le territoire national, de fortes disparités dans l'attribution étant constatées. La circulaire rappelle que « l'impossibilité de se procurer un emploi doit être exclusivement due au handicap de la personne », son appréciation doit être établie « au cas par cas, sur la base d'un faisceau d'indices ». Elle retient comme critères des « aspects professionnels » affectés par le handicap et « l'impact du handicap sur les capacités » mais écarte « l'âge, la situation familiale, les conditions de logement ou de transport ». Elle ajoute que « les deux notions de RQTH et d'impossibilité de se procurer un emploi ne sont pas incompatibles » et qu'il est donc possible d'attribuer simultanément RQTH et AAH.

Le rapport de l'IGAS et de l'IGF d'avril 2006 marque un changement de perspective sur l'AAH, qui va produire des effets dans les années suivantes (Clavreul *et al.*, 2006). L'un des impacts attendus des recommandations énoncées est le « renforcement de l'insertion professionnelle et des sorties de l'AAH vers l'emploi ». Ce rapport émet plusieurs idées particulièrement intéressantes pour le propos ici. Il pointe l'incapacité de la circulaire de 2005 à unifier les pratiques d'attribution au niveau local et le caractère flou des critères qu'elle met en avant. Il propose de « substituer à la notion "d'impossibilité de se procurer un emploi" celle de "désavantage reconnu dans la recherche d'emploi du fait du handicap" ». Cette dénomination serait « plus conforme au motif qui fonde l'octroi de l'AAH » pour les demandeurs ayant un taux d'incapacité entre 50 % et 79 %. Les rapporteurs stigmatisent le fait qu'« aucune politique de sortie n'[ait] été mise en place afin de rendre possible l'insertion sociale et professionnelle » des bénéficiaires de l'AAH. Ils évoquent « une note [adressée] au cabinet » qui propose notamment « le couplage systématique de la demande d'AAH avec une demande d'orientation professionnelle et/ou de RQTH ». Ils imaginent également des éléments d'une réforme de plus grande ampleur de l'AAH : « découpler l'évaluation du handicap de celle de l'employabilité », « accorder l'AAH pour des durées courtes à des personnes moyennement ou fortement employables, dans le cadre d'une démarche contractualisée d'insertion proche de celle du RMI », octroyer une AAH sans contrepartie pour

(22) Sur ces évolutions, voir Duvoux (2011).

(23) Pour un aperçu du débat en Suisse, voir Ferreira (2011).

(24) Le seuil minimum de 50 % a été établi par l'article 95 de la loi de finances pour 1994.

« les personnes dont l'employabilité et plus globalement la capacité d'insertion est extrêmement faible ». La proposition de changer de critère est rapidement retenue : « l'impossibilité de se procurer un emploi » est remplacée par la « restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi » dans la loi de finances pour 2007.

Les réformes de l'AAH

L'AAH évolue ensuite après les élections de 2007. En avril 2007, le conseil national consultatif des personnes handicapées (CNPCH) plaide pour l'allocation d'un revenu d'existence d'un montant égal au SMIC, « qui serait versé dès la constatation de l'impossibilité temporaire ou définitive de se procurer un revenu par une activité professionnelle ». Il critique « la logique d'entrée par la référence à un taux d'incapacité » et met en avant « le critère de l'employabilité » qui doit être évalué en « incluant des éléments endogènes – incapacité et déficience, âge, formation scolaire et professionnelle, parcours professionnels – et exogènes – marché local du bassin d'emploi, environnement et transports accessibles – à la personne ». Il plaide en outre pour « un meilleur cumul entre les revenus professionnels et les prestations » (CNPCH, 2007).

Après les élections présidentielles et législatives, le changement le plus visible est la revalorisation de 25 % de l'allocation au cours du quinquennat, suite au mouvement « Ni pauvres ni soumis » notamment. Mais d'autres réformes changent lentement le sens de l'AAH. Elle est d'abord affectée par la mise en place du RSA. Elle n'est pas intégrée au RSA (25), mais le *Livre vert vers un revenu de solidarité active* de février 2008 avance que la mise en œuvre du RSA « pourra s'accompagner d'une réforme de l'AAH pour que les personnes handicapées qui perçoivent cette allocation ne soient pas pénalisées lorsqu'elles reprennent du travail » (Hirsch, 2008).

Le 10 juin 2008, le Président de la République annonce plusieurs mesures concernant l'AAH devant la Conférence nationale du handicap. Il souhaite notamment que « l'AAH ne soit plus un obstacle à l'emploi mais, au contraire, un tremplin pour les personnes handicapées qui peuvent travailler ». Chaque demandeur devrait voir son employabilité évaluée et, le cas échéant, se voir attribuer une RQTH. Son insertion professionnelle serait alors accompagnée par un référent unique.

Il avance qu'« au sein des bénéficiaires de l'AAH, la seule distinction qui vaille, c'est entre ceux qui peuvent travailler et ceux qui en sont tout à fait incapables sans mettre en danger leur santé ». Le critère d'employabilité déterminerait l'accès aux compléments de ressources associé jusqu'ici au taux d'incapacité supérieur à 80 %. Il annonce, en outre, de nouvelles règles de cumul entre allocation et revenus issus du travail et la mise en place d'une déclaration trimestrielle de ressources, présentée comme un outil permettant une meilleure réactivité sur le niveau de l'AAH versée.

Plusieurs de ces mesures sont votées dans la loi de finances pour 2009 qui dispose qu'une procédure de RQTH est engagée pour toute demande d'AAH, et que chaque demande de RQTH doit être assortie d'une décision d'orientation professionnelle (vers le milieu ordinaire, le milieu protégé ou une formation). La loi supprime également la condition d'avoir été un an sans emploi pour les demandeurs ayant un taux d'incapacité entre 50 % et 79 %. Le décret mettant en place la déclaration trimestrielle d'activité et de nouvelles règles de cumul ne paraîtra que le 12 novembre 2010, après des désaccords avec le CNCPH.

Les projets actuels

Pour préciser le critère d'employabilité, un rapport est demandé à un groupe d'experts coordonné par Michel Busnel (2009). Pour les rapporteurs, l'évaluation de l'employabilité doit se faire selon un faisceau d'indices relevant de « la motivation, [des] compétences, [des] capacités, [de] la situation et l'environnement [de travail] ». Ils précisent cependant qu'« il conviendra d'exclure des conditions d'éligibilité les éléments issus de l'évaluation se rapportant à la motivation, par essence subjective et dont il serait absurde qu'ils conditionnent l'attribution d'une prestation due à toutes les personnes désavantagées par leur handicap, quel que soit leur engagement dans une démarche d'insertion par le travail ». Les experts militent pour un accompagnement le plus précoce possible et proposent la mise en place d'une « allocation transitoire de soutien à l'insertion professionnelle » pour les primo-demandeurs de l'AAH, qui serait elle « conditionnée à l'inscription réelle de la personne dans [un] parcours » d'évaluation de l'employabilité et d'accompagnement vers l'insertion professionnelle. À l'issue de

(25) Plusieurs raisons sont avancées. Le rapport législatif sénatorial sur le « Projet de loi généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion » mentionne « la concertation avec les associations représentant les personnes handicapées » et le fait que l'AAH soit une prestation individualisée là où les prestations intégrées au RSA sont familialisées. La réponse à la question écrite n° 02910 du sénateur Jean-Pierre Demerliat publiée dans le *JO Sénat* du 20 décembre 2007 mentionne le fait que « les difficultés d'accès à l'emploi des personnes handicapées ne sont pas essentiellement liées à la situation du marché du travail mais à des difficultés propres » et que « pour les personnes dans l'incapacité totale de travailler, l'amélioration du pouvoir d'achat ne peut, à l'évidence, pas passer par les revenus d'activité ».

ce parcours, le bénéficiaire serait soit orienté vers le RSA s'il ne relève pas des politiques du handicap, soit vers l'AAH cumulée avec des ressources issues de l'emploi, soit vers l'AAH avec des compléments de ressources pour les personnes les plus éloignées de l'emploi du fait de leur handicap.

Le rapport Busnel est publié en décembre 2009. En octobre 2010, un rapport d'information sénatorial se penche sur les dépenses liées à l'AAH et sur la réforme de l'AAH (Montgolfier et al., 2010). Les rapporteurs rejettent, entre autres, l'idée d'allocation transitoire, qui brouillerait la distinction entre AAH et RSA. Ils préféreraient « identifier au plus tôt les personnes éligibles à l'AAH et volontaires pour s'engager dans un parcours d'insertion, pour les orienter sans délai vers des dispositifs de prise en charge adaptés à leur situation ».

À la suite de ces deux rapports, la CNSA lance, début 2011, une expérimentation sur l'évaluation de l'employabilité des demandeurs de l'AAH dont l'un des objectifs est de « préparer la mise en œuvre d'une réforme de l'AAH permettant de distinguer les situations et les droits et devoirs des allocataires selon les perspectives d'insertion professionnelle des personnes concernées » (CNSA, 2011 b). Une instruction ministérielle (5 août 2011) organise une plus grande implication des administrations déconcentrées dans l'attribution de l'AAH. Il s'agit d'éviter « des attributions inadaptées de ce minima qui n'a aucunement pour objectif de pallier les difficultés d'insertion professionnelle de ses bénéficiaires » et qui ne doit pas « constituer une "trappe à inactivité" ». Dans le même temps, un décret (16 août 2011) puis une circulaire (27 octobre 2011) précisent, après quatre ans de vide juridique, la notion de « restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi ». Le décret prévoit notamment de n'attribuer l'AAH à ce titre que pour un ou deux ans renouvelables, au lieu de cinq ans maximum auparavant. La circulaire comporte notamment un arbre de décision censé synthétiser le décret. Après trois autres critères, la dernière question : « la personne est-elle dans une démarche avérée d'insertion professionnelle ? » durcit particulièrement l'interprétation du décret. Dernier épisode en date au moment de la rédaction de cet article, un rapport sénatorial publié après le changement de majorité estime cette réforme « *pernicieuse* »,

la revalorisation de l'allocation s'accompagnant d'une volonté de restreindre le nombre d'allocataires (Campion et Debré, 2012:38-39). Il est probable que les réformes de l'AAH ne soient pas terminées.



Conclusion

Les politiques sociales du handicap regroupent des mesures très diverses, et le spectre des situations traitées est très large. L'équilibre entre les mesures d'indemnisation et de compensation du handicap et les mesures d'intégration au marché du travail semble avoir évolué depuis quelques années. Si les conceptions de ces politiques sociales étaient jusqu'ici assez éloignées des politiques d'insertion, la loi de 2005 a opéré des rapprochements significatifs. Ces similitudes sont d'abord organisationnelles, avec la mise en place d'une nouvelle magistrature sociale, la CDAPH, et l'insistance sur une évaluation globale des situations autour des projets de vie des demandeurs. Certains outils de ces politiques se ressemblent également. Des particularités demeurent, telles que la création des MDPH comme « guichets uniques » et la polarisation par une instance nationale proche de l'assurance sociale, la CNSA. Dernièrement, le parallélisme entre politiques sociales du handicap et politiques d'insertion pourrait toucher d'autres domaines, avec les réflexions sur l'employabilité des allocataires de l'AAH.

Ces interrogations sont stimulées par un fort accroissement du nombre d'allocataires de l'AAH, et le constat récurrent de très fortes disparités d'attribution entre départements (DREES, 2012 b:82-83). Ces phénomènes font craindre aux cadres du ministère des Affaires sociales et aux parlementaires une attribution « sociale » de l'AAH et une confusion entre l'AAH et le RSA (26). D'où le souci récurrent de l'administration centrale de construire un cadre réglementaire plus fort, avec des critères toujours plus objectivés et une prééminence de l'État comme garant de l'égalité de traitement territoriale.

À la lecture des derniers rapports officiels ou du document du CNCPPH de 2007, il semble qu'il y ait accord sur le fait de dissocier employabilité et

(26) La circulaire du 27 octobre 2011 rappelle cette crainte. Quelques chiffres donnent une idée des relations entre le RSA et l'AAH. Selon des statistiques de la direction de la Recherche, des Études et des Statistiques (2012 b, p. 63), 4,3 % des 1,2 millions d'allocataires du RSA socle non majoré au 31 décembre 2009 étaient sortis du RSA au 31 décembre 2010 vers un autre minimum social d'âge actif, dont l'AAH. Dans le même temps, seuls 8 % des allocataires de l'AAH étaient sortis des minima sociaux d'âge actif, dont 1,3 % de décès et un nombre non précisé de départs à la retraite. Par ailleurs, 18,9 % des allocataires de l'AAH, au 31 décembre 2010, avaient perçu le RMI ou le RSA au moins une fois entre 2001 et 2009 (*ibid*, p. 65).

incapacité. Un constat troublant est fréquemment avancé : des personnes ayant un taux d'incapacité supérieure à 80 % travaillent alors que des personnes ayant une incapacité inférieure à 80 % semblent très éloignées de l'emploi. Il faudrait alors distinguer les allocataires selon le critère de l'employabilité. Ce relatif accord sur une notion somme toute assez floue ne doit cependant pas faire oublier les débats importants sur la définition des critères de son évaluation. De manière générale, deux tendances contradictoires organisent le débat français et en dessinent les limites. La volonté de durcir les conditions d'attribution de l'AAH et l'insistance sur le retour à l'emploi des allocataires, jamais exemptes de préoccupations gestionnaires, cohabitent, parfois chez les mêmes auteurs, avec une défense de la légitimité d'une indemnisation des personnes « *qui pour des raisons indépendantes de leur volonté ont une relation à l'emploi altérée* » (Hirsch, 2008). On n'observe pas de dénonciation franche de bénéficiaires illégitimes, de volonté de départager brutalement « vrais » et « faux » handicapés, comme cela aurait été fait au Royaume-Uni (Dang et Zajdela, 2009), alors qu'il y a bien eu des discussions sur les « vrais » et « faux » chômeurs (Astier, 1997).

Certes, un grand nombre d'évolutions possibles sont encore à l'état de projet et il y a parfois loin des intentions politiques à leur traduction législative et réglementaire puis aux appropriations

qui en sont faites par les professionnels et les usagers (27). Cependant, les réformes successives déjà menées changent graduellement le sens de l'AAH. Le dernier décret paru s'aligne sur des critères assez stricts d'attribution et change les délais d'octroi. Si l'on ne peut encore évaluer l'impact de ces nouveaux critères dans un système d'attribution marqué par une grande inertie, et sur lequel l'État a de fait peu de prise (28), la réduction du délai d'attribution ne peut être contournée facilement et devrait changer à court terme le vécu des bénéficiaires et le travail des MDPH (29).

La question du devenir de l'allocation pour les personnes jugées employables reste peu claire. Va-t-on aller vers une conditionnalité de l'allocation ? Vers un accroissement de la pression sur ces allocataires ? D'ores et déjà, la déclaration trimestrielle de ressources et le raccourcissement de la durée d'allocation pour certains bénéficiaires peuvent aussi être analysés comme des tracasseries administratives, touchant des personnes dont la fragilité est reconnue par ailleurs. Restent deux questions ouvertes : que resterait-il du respect du projet de vie dans le cadre d'une activation de l'AAH ? Comment, dans un contexte économique difficile, avec un très fort taux de chômage des travailleurs handicapés (Amrous et Barhoumi, 2012), proposer autre chose que des emplois « de mauvaise qualité » (30) aux allocataires de l'AAH jugés employables ?

(27) Les réflexions de ce paragraphe et du précédent peuvent être vues comme des illustrations des remarques de Jean-Claude Barbier sur le bilan des politiques d'activation et l'influence des cadres nationaux (Barbier, 2011).

(28) Les décisions d'attribution lui échappent largement, et il ne peut formellement faire des recours contre des attributions qu'il jugerait infondées. Néanmoins, la Direction générale de la cohésion sociale travaille actuellement à une plus grande implication de ses services déconcentrés dans les CDAPH.

(29) Il ne serait pas étonnant que cela génère des tensions sur le guide barème, le taux de 80 % d'incapacité devenant un enjeu plus important.

(30) Cette expression tente de rendre le terme de « *bad jobs* » employé dans le contexte britannique (Dang et Zajdela, 2009).

Références bibliographiques

- AGEFIPH (Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées) et FIPHP (Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la Fonction publique), 2011, « Chiffres clés, les personnes handicapées et l'emploi », Paris.
- Amrous N. et Barhoumi M., 2012, « **Emploi et chômage des personnes handicapées** », Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, *Synthèse.Stat'*, n° 1.
- Astier I., 1997, *Revenu minimum et souci d'insertion*, Paris, Desclée de Brouwer.
- Ballain R. et Maurel E., 2002, *Le logement très social. Extension ou fragilisation du droit au logement ?*, La Tour d'Aigues, éditions de l'Aube.
- Barbier J.-C., 2011, *Activer les pauvres et les chômeurs par l'emploi ? Leçons d'une stratégie de réforme*, *Politiques sociales et familiales*, n° 104:47-58.
- Barbier J.-C., 2002, *Peut-on parler d'« activation » de la protection sociale en Europe ?*, *Revue française de sociologie*, n° 43:307-332.
- Bertrand L., Caradec V. et Eideliman J.-S., 2012, *Saisir les personnes. Le fonctionnement des commissions dans l'aide au logement et aux personnes handicapées*, in *Les reconfigurations de l'État social en pratique* (sous la dir. de Bureau M.-C. et Sainsaulieu Y.), Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion:153-166.
- Bette P., 2006, *Reclasser les victimes de la Première Guerre mondiale : Le cas de la loi du 30 janvier 1923 sur les emplois réservés en France (1923-1939)*, *Amnis*, n° 6: <http://amnis.revues.org/880>
- Blanc A., 2004, *Les handicapés au travail. Analyse sociologique d'un dispositif d'insertion professionnelle*, Paris, Dunod.
- Branchu C., Thierry M. et Besson A., 2010, *Bilan du fonctionnement et du rôle des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)*, Paris, La Documentation française.
- Bureau M.-C. et Rist B., 2012, *Professionnels, associatifs et personnes handicapées réunis autour d'une table : un droit en train de se faire ?*, in *Les reconfigurations de l'État social en pratique* (sous la dir. de Bureau M.-C. et Sainsaulieu Y.), Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion:119-132.
- Busnel M. (dir), 2009, *L'emploi : un droit à faire vivre pour tous. Évaluer la situation des personnes handicapées au regard de l'emploi, prévenir la désinsertion socioprofessionnelle*, Paris, La Documentation française.
- Champion C.-L. et Debré I., 2012, « Rapport d'information fait au nom de la commission sénatoriale pour le contrôle de l'application des lois sur l'application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », Paris, Sénat.
- Castel R., 1999, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Gallimard.
- Clavreul G., Bastéri A.-M., Auvigne F., Picard S. et Maigne G., 2006, *Rapport sur l'allocation aux adultes handicapés*, Paris, La Documentation française.
- Caisse nationale des Allocations familiales (CNAF), 2012, « Nombre de bénéficiaires d'un droit payable au titre d'une prestation légale » : http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/stats_annuelles/plmetrodom_nv_ann_internet.xls
- Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNPCH), 2007, « Pour la garantie d'un revenu d'existence pour les personnes en situation de handicap ».
- Caisse nationale de Solidarité pour l'autonomie (CNSA), 2011 a, « Rapport 2010. Pour une prévention au service de l'autonomie », Paris.
- Caisse nationale de Solidarité pour l'autonomie (CNSA), 2011 b, « Note de cadrage pour l'expérimentation de modalités d'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées », Paris.
- Cohu S., Lequet-Slama D. et Velche D., 2005, *Les politiques en faveur des personnes handicapées dans cinq pays européens. Grandes tendances*, *Revue française des Affaires sociales*, n° 2:11-33.
- Dang A.-T. et Zajdela H., 2009, *Fondements normatifs des politiques d'activation : un éclairage à partir des théories de la justice*, *Recherches économiques de Louvain*, n° 75:313-352.

- Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), 2012 a, « La protection sociale en France et en Europe en 2010 », Document de travail, n° 170.
- Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), 2012 b, « Minima sociaux et prestations sociales en 2010. Ménages aux revenus modestes et redistribution », collection Études et statistiques.
- Duvoux N., 2011, *Nouveaux pauvres, nouvelles politiques, Politiques sociales et familiales*, n° 104:7-17.
- Duvoux N., 2009, *L'autonomie des assistés. Sociologie des politiques d'insertion*, Paris, PUF.
- Eme B., 1997, *Aux frontières de l'économie : politiques et pratiques d'insertion, Cahiers internationaux de sociologie*, 103:313-333.
- Ferreira C., 2011, *Prétendre à une protection contre le risque d'invalidité : opportunités et contraintes de la mobilisation du droit, Droit et société*, n° 77:161-185.
- Fondation Abbé Pierre, 2010, *L'état du mal-logement en France. 15^e rapport annuel*, Liévin, l'Artésienne.
- Gagneux M., Laroque M., Picard S., Lübek P. et Werner F., 1998, *Rapport IGAS-IGF n° 98-M-003-01/ n° 98-087 relatif à l'allocation aux adultes handicapés*, Paris, La Documentation française.
- Herrgott B., 1999, *Du RMI à l'AAH : une vie « a minima » ? Négociations et effets du glissement des plus démunis des catégories de l'insertion aux catégories du handicap, Lien social et Politiques*, n° 42:143-154.
- Hirsch M., 2008, *Livre vert vers un revenu de solidarité active*, Paris, La Documentation française.
- Maclouf P., 1992, *L'insertion, un nouveau concept opératoire des politiques sociales, in Le revenu minimum d'insertion. Une dette sociale* (sous la dir. de Castel R. et Laé J.-F.), L'Harmattan:121-143.
- Mont D., 2004, *Disability Employment Policy*, Washington, Social Protection Advisory Service, Social protection discussion paper series.
- Montgolfier A., Cazalet A. et Blanc P., 2010, « L'allocation aux adultes handicapés : aller au bout de la réforme pour mieux maîtriser la dépense », Paris, Sénat.
- Morel S., 2000, *Les logiques de la réciprocité*, Paris, PUF.
- Mutualité sociale agricole (MSA), 2012, « Les chiffres utiles de la MSA (nationaux et réseaux). Panoramas démographique et financier du régime agricole en 2011 » : <http://www.msa.fr/lfr/web/msa/chiffres-utiles-2012>.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 2003, *Transformer le handicap en capacité. Promouvoir le travail et la sécurité des revenus des personnes handicapées*, Paris, Éditions OCDE.
- Renard E., 2010, « Les fonds d'aide aux jeunes : une aide départementale de dernier recours pour les 18 à 25 ans », *Études et résultats*, n° 721.
- Romien P., 2005, *À l'origine de la réinsertion professionnelle des personnes handicapées : la prise en charge des invalides de guerre, Revue française des Affaires sociales*, n° 2:229-247.
- Roussel P. et Velche D., 1998, *Minimum social avec ou sans handicap : existe-t-il une frontière étanche ?, Revue française des Affaires sociales*, n° 1:43-54.
- Sécurité sociale, 2011, « Projet de loi de financement de la Sécurité sociale – PLFSS. Annexe 1- Programmes de qualité et d'efficacité. Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe1_plfss2012_pqe_cnsa.pdf
- Sticker H.-J., 2005, *Corps infirmes et sociétés : essais d'anthropologie historique*, Paris, Dunod.
- Vidal-Naquet P., 2009, *Quels changements dans les politiques sociales aujourd'hui ? Le projet entre injonction et inconditionnalité, La Nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, n° 47:61-76.
- Weber F., 2011, *Handicap et dépendance. Dramas humains, enjeux politiques*, Paris, Éditions rue d'Ulm.

