



Evolution et portrait des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés

L'allocation aux adultes handicapés (AAH), versée en cas de handicap et sous certaines conditions, demeure une prestation assez méconnue malgré un effectif en constante progression. Entre 1994 et 2004, le nombre de bénéficiaires s'est accru de 28 %, en raison des nouvelles entrées dans le dispositif mais aussi de la faiblesse des sorties.

Au 31 décembre 2006, 745 000 personnes bénéficiaient de ce minimum social. Leur répartition sur le territoire métropolitain présente de fortes disparités, la Lozère affichant le taux maximum d'allocataires percevant la prestation (20 %). En majorité isolés, les bénéficiaires de l'AAH n'exercent pas d'activité professionnelle et 60 % d'entre eux ne vivent que des prestations sociales.



Entre 1994 et 2004, le nombre de bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est passé de 536 000 à 727 000 en France métropolitaine [+ 28 %] (graphique 1). La progression est constante et régulière, d'environ 3 % par an. Contrairement au revenu minimum d'insertion (RMI), la croissance du nombre de bénéficiaires de l'AAH est tendancielle et semble peu sensible aux fluctuations conjoncturelles.

Davantage d'enfants handicapés bénéficiaires de l'AES

Un premier élément explicatif de cette croissance régulière provient du basculement - à l'âge de 20 ans - des enfants handicapés bénéficiaires de l'allocation d'éducation spéciale (AES)¹ de plus en plus nombreux, dans le dispositif AAH. Le nombre de familles allocataires de l'AES est ainsi passé de 87 285 en 1994 à 120 779 en 2004. Cette hausse semble traduire un accroissement de la prévalence du handicap. Selon l'INSERM, deux hypothèses peuvent être avancées : l'augmentation de la prématurité depuis la fin des années 1980 (6,8 % des naissances) et de la grande prématurité (1,5 % des naissances avant trente-trois semaines)², et la baisse constante de la mortalité néonatale due au progrès de la médecine et de la prise en charge des nourrissons, avec comme conséquence possible la survie d'enfants atteints ou à risque de l'être.

Par ailleurs, l'enquête HID de 1999 révélait que, pour 40 % des bénéficiaires de l'AAH, la déficience était d'origine congénitale ou liée à la naissance (Chanut et Michaudon, 2004). Le flux important d'enfants handicapés maintiendrait donc le rythme des entrées dans le dispositif.

Renouvellement du droit à l'AAH auprès de la COTOREP

En dehors des entrées issues de l'AES³, une majorité de nouveaux bénéficiaires de l'AAH est préalablement connue des caisses d'Allocations familiales (CAF). Sur 5 % d'entrants en AAH en 2004, près de 2 % bénéficiaient de l'API l'année précédente, et près de 47 % du RMI. Parmi ces derniers, 78 % ont ouvert leur droit au RMI avant 2003, soit plus d'un an avant, et il est fort probable que pour une grande partie d'entre eux, cette situation corresponde à une étape transitoire, le temps que la validation de leur handicap par la COTOREP soit effective et permette le bénéfice de l'AAH. Si l'accroissement constant du nombre de bénéficiaires de l'AAH est en partie dû aux entrées dans le dispositif, il résulte aussi mécaniquement de la faiblesse des sorties. Tous les cinq ou dix ans⁴, le bénéficiaire de l'AAH doit reconstituer un dossier auprès de la COTOREP (encadré 1), afin d'obtenir le renouvellement de son droit à l'allocation. Il s'avère que les taux d'accord de la COTOREP sont particulièrement élevés en cas de renouvellement, surtout pour les taux d'incapacité élevés. En 2005, 78 % des personnes sollicitant la COTOREP pour une demande de renouvellement ont reçu une réponse favorable, alors que ce n'est le cas que pour 46 % de celles qui ont effectué une première demande (Demoly, 2006).

Evolution de la structure par âge des bénéficiaires de l'AAH

De 1994 à 2004, la structure par âge des allocataires de l'AAH s'est déformée de façon significative (graphique 2). Cette population a vieilli : en dix ans, la part des moins de 30 ans est passée de 24 % à 16 %, tandis que celle des 50-59 ans a atteint 27 % en 2004, soit près de dix points de plus qu'en 1994.

Encadré 1

L'allocation pour adultes handicapés en 2004, avant la réforme

Créée en 1975, l'AAH a pour objectif d'aider financièrement les personnes handicapées âgées d'au moins 20 ans (16 ans dans certaines conditions) vérifiant les conditions suivantes :

- être atteint d'une incapacité permanente d'au moins 80 % ou être atteint d'une incapacité comprise entre 50 % et 79 % et être reconnu dans l'impossibilité de travailler par la COTOREP de son département ;
- ne pas recevoir de pension (vieillesse, invalidité) ou de rente d'accident du travail supérieure à 587,74 euros par mois (en 2004).

L'AAH est une allocation différentielle : son montant, non identique pour tous, vient compléter les autres ressources afin d'atteindre un revenu minimal garanti de 587,74 euros par mois (en 2004). En plus de l'AAH, un complément peut être versé si les conditions suivantes sont remplies :

- taux d'incapacité d'au moins 80 % ;
- habitation d'un logement indépendant donnant droit à une aide au logement ;
- assiette ressources inférieure au plafond (AAH maximale) ou AAH complétant une pension ou une rente d'accident du travail.

En 2004, ce complément est versé à hauteur de 94,04 euros par mois. Jusqu'en 2004, la COTOREP est l'instance qui peut aider la personne handicapée à faire un bilan de ses aptitudes, l'orienter, décider des aides financières et sociales.

Encadré 2

Les personnes handicapées et l'entreprise

Depuis 1987, **les entreprises de plus de 20 salariés** sont tenues à une obligation d'emploi d'au moins 6 % de personnes handicapées. La loi handicap de février 2005 affirme le principe de non-discrimination et donne la priorité au travail en milieu ordinaire, en misant sur l'incitation des employeurs et en augmentant les sanctions en cas de non respect du quota. En outre, le dispositif de sanction est renforcé et étendu aux employeurs publics. Les entreprises doivent donc prendre les mesures appropriées pour permettre aux travailleurs handicapés d'accéder à un emploi ou de conserver un emploi correspondant à leur qualification, ou pour qu'une formation adaptée à leurs besoins leur soit dispensée. Tout ou partie des dépenses supportées à ce titre par l'employeur peut être compensé par des aides. Créé par la loi, le fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (FIPH) vise à favoriser l'accès du secteur public aux plus grand nombre de personnes handicapées. Il est alimenté par la contribution des ministères, des collectivités territoriales et des hôpitaux publics ne respectant pas l'obligation d'emploi de 6 % de travailleurs handicapés. Le FIPH est en fait l'équivalent de l'AGEFIPH (Association chargée de gérer le fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées) qui existe depuis 1987 pour le secteur privé.

Les **entreprises adaptées** sont des unités de production intégrées à l'économie de marché. Elles permettent à des travailleurs handicapés, ayant une capacité de travail au moins égale au tiers de la capacité normale, d'exercer une activité professionnelle salariée. Ces entreprises peuvent faciliter l'accès des personnes handicapées à des emplois en milieu ordinaire.

Les **établissements ou services d'aide par le travail** (ESAT) sont des établissements médico-sociaux offrant aux personnes handicapées ayant des capacités de travail limitées des activités diverses à caractère professionnel dans des conditions adaptées à leur handicap, et un soutien médico-social et éducatif en vue de personnaliser leur épanouissement personnel et social. Les ESAT proposent des conditions de travail aménagées et la possibilité d'insertion en entreprise adaptée ou en milieu ordinaire. L'accueil peut être à temps plein ou à temps partiel.

La part des 60 ans et plus ayant cependant diminué légèrement, ce vieillissement constaté n'est pas seulement le résultat des personnes déjà présentes dans le dispositif dix ans plus tôt, mais illustre également le fait que le bénéfice de l'AAH peut débuter après l'âge de 30, 40 ou 50 ans. Parallèlement à l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'AAH sur la période 1994-2004, il convient d'observer celle du nombre de bénéficiaires du complément de l'AAH. Destiné aux personnes handicapées vivant dans un logement indépendant, sa mise en place en 1994, a permis à 93 000 bénéficiaires de l'AAH de percevoir cette aide, soit 17,5 % des bénéficiaires de l'AAH. Après une forte croissance (+ 40 %) les cinq premières années, le nombre de bénéficiaires se stabilise. En 2004, ils sont 155 000 à recevoir ce complément, soit 21,4 % des bénéficiaires de l'AAH.

Une majorité d'isolés sans enfant

En 2004, 70 % des bénéficiaires de l'AAH sont des isolés et 15 % vivent en couples, sans enfant. Seuls 16 % ont au moins un enfant à charge, la moitié les élevant seuls. En outre, la situation familiale des bénéficiaires de l'AAH a peu évolué entre 1994 et 2004. Bien que, en moyenne, la répartition des bénéficiaires selon le sexe soit relativement équilibrée, celle-ci varie selon la tranche d'âge considérée (graphique 2). La proportion des femmes parmi les bénéficiaires de l'AAH s'accroît avec l'âge : leur taux n'est que de 41 % chez les 20 -24 ans, il atteint 53 % parmi 55-59 ans. Pour autant, le nombre d'accords donnés par la COTOREP progresserait avec l'âge autant pour les hommes que pour les femmes (Chanut et Michaudon, 2004).

Si la majorité des bénéficiaires de l'AAH est déclarée en incapacité forte (taux supérieur ou égal à 80 %), la part de ceux ayant un taux d'incapacité inférieur à 80 % s'est accrue de neuf points en dix ans, atteignant environ 30 % en 2004.

Des disparités sur le territoire métropolitain

La répartition des bénéficiaires de l'AAH est très inégale sur le territoire (carte 1). Si la proportion de bénéficiaires de l'AAH par département parmi les allocataires âgés de 20 ans à 60 ans affiche 8 % comme valeur médiane, celle-ci s'étend de 5 % à 20 % selon les départements. Parmi le quart des départements où cette proportion est la plus élevée (dernier quartile) figurent notamment des départements du Limousin, de l'Auvergne et du nord du Midi-Pyrénées, de la Corse, ainsi que la Manche, l'Aisne, l'Yonne, la Nièvre et l'Allier. La Lozère possède le taux maximum de bénéficiaires de l'AAH parmi ses allocataires (20 %), suivie de la Creuse (15 %), de la Nièvre (15 %), des Hautes-Pyrénées (14 %) et de l'Aisne et de l'Allier (13 %). Les autres départements à forte concentration d'allocataires de l'AAH affichent des taux supérieurs à 11 %.

Cette répartition géographique est à relier aux disparités existantes au niveau des établissements pour adultes handicapés. Ainsi, tant pour les établissements de travail protégés (ESAT et ateliers protégés), les foyers d'hébergement ou encore les foyers occupationnels que pour les maisons d'accueil spécialisées et les foyers d'accueil médicalisés, la Lozère affiche systématiquement le taux d'équipement le plus élevé (respectivement 15,9 et 16 places pour mille habitants âgés de 20 ans à 60 ans). De même, la part des bénéficiaires d'AAH en maisons d'accueil spécialisées est également la plus élevée dans ce département (93,3 ‰), devant la Corrèze (62,1 ‰) et le Gers (46,8 ‰).

A l'inverse, les départements franciliens font partie du quart des départements les moins bien équipés, tous types d'établissements confondus. Cela engendre donc des mouvements géographiques d'adultes handicapés en fonction de l'offre existante.

Par exemple, 62 % des personnes handicapées accueillies en Lozère ne sont pas originaires de ce département (Vanovermeir, 2004). Selon un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'avril 2006 consacré à AAH, les différences de pratiques entre les COTOREP selon les départements expliqueraient en grande partie, les disparités géographiques mises en évidence. En effet, les conditions d'attribution de la prestation sont pour partie difficiles à évaluer (encadré 1) et peuvent faire l'objet d'interprétations diverses. En particulier, l'attribution de l'AAH pour les personnes avec un taux d'incapacité compris entre 50 % et 79 % dépend justement de l'appréciation par les COTOREP de l'impossibilité d'occuper un emploi en raison de son handicap en plus de critères médicaux (taux d'incapacité) - critères objectifs suffisants pour l'attribution de l'AAH aux personnes dont le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 80 %. Or, il n'est pas impossible que les critères socio-économiques départementaux influencent ces évaluations (Chanut et Michaudon, 2004) : il existe bien une corrélation positive faible, mais significative, entre le nombre d'accords d'AAH pour un taux d'incapacité de 50 % à 79 % pour mille habitants âgés de 20 ans à 59 ans et le taux de chômage. De même, bien que les COTOREP ne contrôlent pas les revenus des demandeurs, le nombre de demandes et d'accords d'AAH, pour mille habitants âgés de 20 ans à 59 ans, est bien corrélé négativement, et très significativement, au niveau du premier quartile de revenu fiscal par département.

Les disparités géographiques sont encore plus marquées parmi les bénéficiaires dont le taux est supérieur ou égal à 80 %. Alors que la proportion de bénéficiaires d'AAH s'étend de 0,3 % à 6,3 % selon les départements et parmi ceux ayant des taux d'incapacité compris entre 50 % et 79 %, la proportion des bénéficiaires avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % s'échelonne de 2,6 % à 14,7 %.

Revenus et activité professionnelle

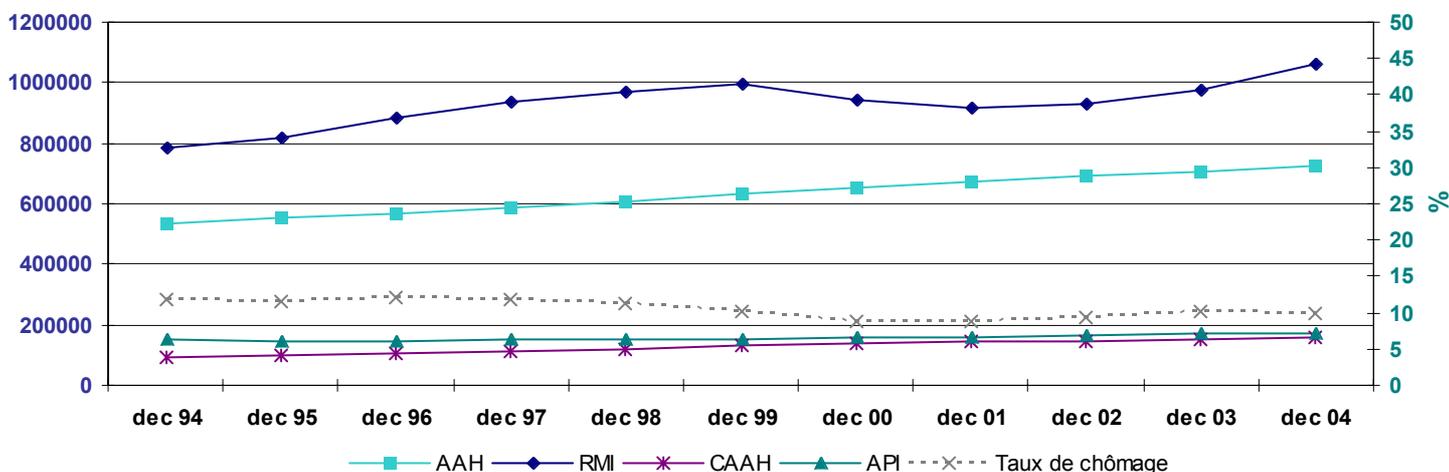
Près de 60 % des bénéficiaires de l'AAH ne touchent pas d'autre revenu que les prestations sociales. Après transferts sociaux (minima sociaux, prestations liées à la petite enfance, allocations familiales et aides au logement), le revenu médian annuel des bénéficiaires de l'AAH atteint 7 050 euros. Le montant moyen mensuel de l'AAH perçu par les bénéficiaires, en décembre 2004, est de 522 euros. 64 % reçoivent l'allocation à taux plein, contre 36 % à taux réduit.

Cette population est en général très éloignée du marché de l'emploi. Plus souvent que les bénéficiaires des autres minima sociaux, ils sont inactifs, ou en emploi précaire. En décembre 2004, moins d'un quart des bénéficiaires de l'AAH (23,2 %) a perçu des traitements et salaires au cours de l'année précédente (y compris indemnités journalières, accidents du travail et maladies professionnelles). Parmi eux, le salaire médian annuel (net imposable) s'élevait à 6 410 euros. Le marché du travail ordinaire reste donc relativement peu accessible à ces personnes, malgré l'émergence de mesures incitatives pour les entreprises. Les structures en milieux protégés, les établissements ou services d'aide par le travail (ESAT), sont quasiment les seules issues possibles face à un dispositif d'insertion professionnelle adapté encore insuffisant. Aussi, au 31 décembre 2004, 11 % des bénéficiaires de l'AAH travaillaient en ESAT et près de 13 % en milieux protégés (autres que ESAT).

L'effet de la réforme de 2005 sur le montant de l'AAH

La loi du 11 février 2005 a apporté de fondamentales évolutions pour répondre aux attentes des personnes handicapées (encadré 3). Dans ce cadre global, l'AAH a été modifiée notamment par la création de nouveaux compléments.

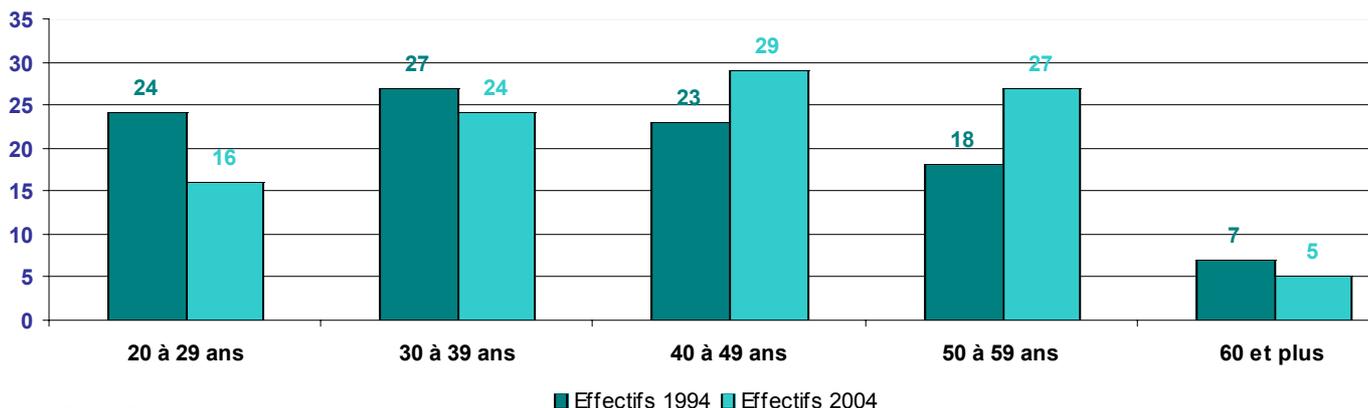
Graphique 1 - Evolution du nombre de bénéficiaires de l'AAH et du complément de l'AAH entre 1994 et 2004



Source : CNAF - INSEE.

Champ : France métropolitaine.

Graphique 2 - Répartition par tranche d'âge des bénéficiaires de l'AAH en 1994 et 2004 (en %)



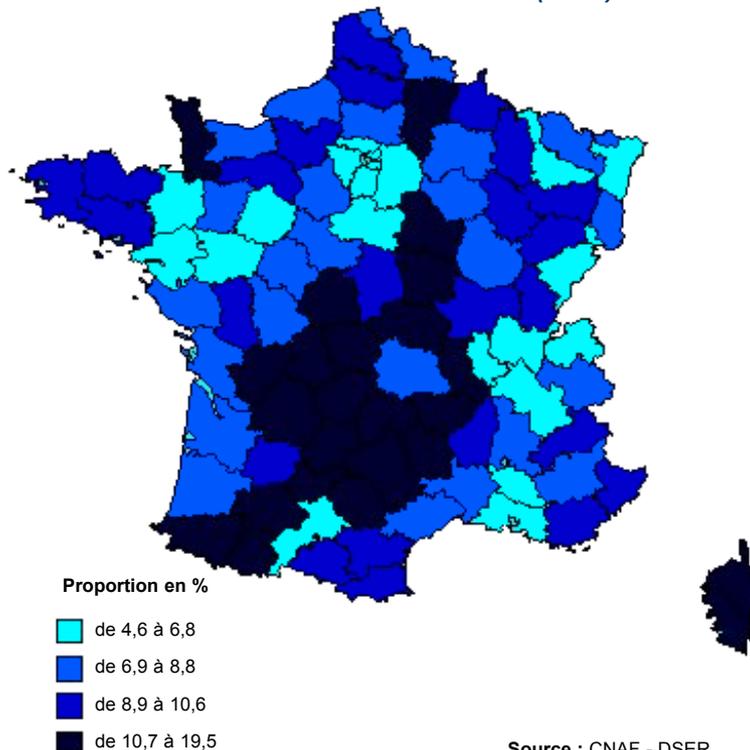
Source : CNAF - Echantillon national des allocataires.

Encadré 3

La loi de 2005 sur le handicap : la réforme de l'AAH

La réforme de l'AAH s'inscrit dans le cadre plus global de la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, du 11 février 2005. Cette loi apporte de fondamentales évolutions pour répondre aux attentes des personnes handicapées. Plus particulièrement, la loi « handicap » améliore les ressources des personnes handicapées qui perçoivent l'AAH. Celles qui travaillent peuvent désormais cumuler durablement leur AAH avec un revenu d'activité jusqu'à 115 % du SMIC et celles qui peuvent travailler mais ne travaillent pas, obtiennent la majoration pour vie autonome. D'un montant forfaitaire, 101,80 euros par mois en 2006, cette majoration a pour objectif de favoriser la vie autonome en allégeant les charges d'un logement indépendant. Enfin, les personnes handicapées qui se trouvent dans l'incapacité quasi absolue de travailler bénéficient d'un complément de ressources - d'un montant de 166,51 euros - qui majore leur AAH à taux plein pour constituer la garantie de ressources aux personnes handicapées. Cette dernière s'élève à 80 % du SMIC net, et vise à permettre une vie aussi autonome que possible aux personnes handicapées durablement privées de revenu d'activité. Au sein de la maison départementale des personnes handicapées, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) prend le relais des COTOREP. Les demandes d'AAH et de complément de ressources doivent désormais être déposées à la maison départementale du handicap (et non plus à la CAF). Enfin, pour l'accès à l'AAH, un délai d'inactivité d'un an est fixé pour les personnes dont le taux d'invalidité est inférieur à 80 %.

Carte 1 - Proportion de bénéficiaires de l'AAH entre 20 et 60 ans au 31 décembre 2004 (en %)



Au 31 décembre 2006, 745 000 personnes bénéficient de l'AAH, dont 70 % avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %. Parmi ces derniers, 21 % perçoivent la majoration pour vie autonome et 9 % la garantie de ressources pour personne handicapée. 1,5 % bénéficient toujours de l'ancien complément de l'AAH : celui-ci est maintenu jusqu'à la fin de l'avis de la COTOREP (si l'avis a été donné pour dix ans en juin 2005, la réforme ayant pris effet en juillet 2005, le bénéfice de l'ancien complément peut continuer jusqu'en juin 2015). A l'aide d'un modèle statistique approprié, l'étude du montant moyen de l'AAH estimé (AAH + compléments, en euros constants en 2006) sur le nombre de bénéficiaires de l'AAH au 31 décembre 2004 (avant la réforme) et au 31 décembre 2006⁵ (après la réforme) permet de mettre en évidence l'effet de la réforme sur le montant.

Les facteurs explicatifs introduits dans le modèle sont le revenu du foyer (en euros constants), le fait de vivre en couple, d'avoir des enfants, le taux d'incapacité (supérieur ou égal à 80 %), et l'année (2006 ou 2004). La significativité ainsi que le signe du coefficient associé à l'année 2006 montrent que si on contrôle les facteurs mobilisés réglementant le montant de l'AAH, en 2006, les bénéficiaires de l'AAH perçoivent un montant significativement supérieur à celui en 2004 au titre de l'allocation.

Muriel Nicolas ■
Marie-José Robert ■
 CNAF - DSER

■ **Notes**

- ¹ Depuis la loi du 11 février 2005, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) a remplacé l'AES.
- ² Les enfants prématurés représentent environ 50 % des enfants porteurs d'une déficience sévère (25 % pour les grands prématurés).
- ³ Les dossiers d'enfants bénéficiaires de l'AES atteignant 20 ans représentent 14 % des demandes d'AAH en 2004 (IGAS, 2006).
- ⁴ Le délai dans lequel la décision de la COTOREP doit être révisé ne peut excéder cinq ans ; il est porté à dix ans pour des personnes présentant un handicap irréversible ou non susceptible d'évoluer favorablement.
- ⁵ Du nombre de bénéficiaires au 31 décembre 2006 sont retirés les allocataires percevant encore l'ancien complément d'AAH.

■ **Pour en savoir plus**

- Auvigne F., Basteri A.-M., Clavreul G., Maigne G. et Picard S. « **Rapport sur l'allocation aux adultes handicapés** », IGAS, 2006.
- Belleville A., *Insertion sociale et conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux*, **Etudes et résultats**, 2004, n° 300.
- Belleville A., *Les trajectoires professionnelles des bénéficiaires de minima sociaux*, **Etudes et résultats**, 2004, n° 320.
- Chanut J.-M. et Grollemund P., *L'activité des COTOREP en 2003*, **Etudes et résultats**, 2004, n° 363.
- Chanut J.-M. et Michaudon H., *L'AAH, un minimum social destiné aux adultes handicapés*, **Etudes et résultats**, 2004, n° 344.
- Demoly E., *L'activité des COTOREP en 2005 : une augmentation liée à la création du complément de ressources*, **Etudes et résultats**, 2006, n° 527.
- Embersin C. et Gremy I., « **Handicap et périnatalité en Île-de-France** », rapport de l'Observatoire régional de la Santé d'Île-de-France, 2006.
- Raynaud P. et Scheidegger S., *Les caractéristiques des handicaps en fonction de leur période de survenue*, **Etudes et résultats**, 2007, n° 559.
- Vanovermeir S., *L'implantation départementale des établissements pour adultes handicapés*, **Etudes et résultats**, 2005, n° 419.
- Vanovermeir S., *Les établissements pour adultes handicapés au 31 décembre 2001*, **Etudes et résultats**, 2004, n° 308.

Directeur de la Publication
 Philippe Georges

Directrice de la rédaction
 Hélène Paris

Directrice-adjointe de la rédaction
 Delphine Chauffaut

Rédactrice en chef et abonnements
 Lucienne Hontarrède

Secrétaire de rédaction
 Patricia Lefebvre

Maquettiste - mise en page
 Ysabelle Michelet

Contact : lucienne.hontarrede@cnaf.fr
 Tél. : 01 45 65 57 14

CNAF - 32 avenue de la Sibelle
 75685 Paris Cedex 14
 Tél. : 01 45 65 52 52
 N° ISSN : 1638 - 1769