



L'allocation aux adultes handicapés attribuée dans les départements

Des disparités liées au contexte
sociodémographique des territoires

N° 49

Décembre 2013



Fin 2012, près d'un million de personnes perçoivent l'allocation aux adultes handicapés (AAH), minimum social destiné aux personnes en situation de handicap disposant de faibles ressources. En moyenne, la France compte donc 33 allocataires pour 1 000 habitants en âge de percevoir l'allocation. Cette proportion est élevée dans le Centre et le Sud-Ouest de la France, où nombre de départements comptent plus de 40 allocataires pour 1 000 habitants, et faible en région parisienne (moins de 24 allocataires pour 1 000 habitants en âge de percevoir l'allocation). Afin de s'assurer de l'égalité de prise en charge des personnes handicapées sur le territoire, il est nécessaire de mesurer l'ampleur des disparités entre les départements et d'en comprendre l'origine. Durant la période 2008-2011, les trois quarts des disparités sont expliquées par des facteurs démographiques, socioéconomiques et sanitaires. Le quart restant peut notamment relever de différences d'appréciations et de pratiques entre les acteurs locaux. Au cours de la période récente, les disparités se réduisent légèrement.

Bénédicte MORDIER

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Ministère de l'Économie et des Finances

Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est un minimum social qui garantit un niveau de ressources minimal aux personnes reconnues handicapées et disposant de faibles revenus. Son montant maximal s'élève à 776,59 euros par mois pour une personne seule fin 2012. La maison départementale des personnes handicapées (MDPH) prend en charge les demandes d'AAH et procède à l'évaluation de la situation de handicap. Pour percevoir l'allocation, un taux d'incapacité permanente de 80 % ou plus doit être reconnu (article L 821-1 du Code l'action sociale et des familles) ou bien un taux compris entre 50 % et 79 %, assorti d'une restriction substantielle et durable d'accès à un emploi (article L 821-2). Les conditions de ressources, d'âge et de résidence sont vérifiées par les caisses d'allocations familiales (CAF) ou de la Mutualité sociale agricole (MSA). L'allocation s'adresse aux adultes d'au moins 20 ans domiciliés en France et qui n'ont pas atteint l'âge de départ à la retraite. Après cet âge, dans certains cas, les personnes ayant un taux d'incapacité d'au moins 80 % peuvent continuer de percevoir l'allocation (encadré 1).

Fin 2012, 997 000 personnes reçoivent l'AAH, selon les données de la Caisse nationale d'allocation familiale (CNAF) et de la MSA (encadré 2). Parmi elles, près des deux tiers, soit 618 000 personnes, ont un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 %. Les allocataires souffrent majoritairement de limitations intellectuelles, cognitives ou psychiques, mais les limitations motrices touchent un allocataire sur deux (encadré 3). Ils sont âgés de 45 ans en moyenne et 71 % d'entre eux vivent sans conjoint ni enfant à charge.

De nombreuses études ont fait le constat que la répartition des allocataires de l'AAH n'est pas uniforme sur l'ensemble de territoire (voir par exemple Nicolas et Robert, 2008). Afin de s'assurer du respect de l'égalité dans la prise en charge des personnes handicapées sur le territoire, il est nécessaire d'analyser les causes de ces disparités. Si les pratiques des acteurs locaux (MDPH, associations...) peuvent en partie les expliquer, la diversité des contextes sociodémographiques et économiques des territoires en est le principal facteur explicatif.

ENCADRÉ 1

L'allocation aux adultes handicapés

L'allocation aux adultes handicapés (AAH), créée en 1975, permet de garantir un revenu minimum aux personnes handicapées. Jusqu'en 2006, les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) prennent en charge les demandes. En 2006, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont créées afin de faciliter l'accès des usagers aux prestations et de permettre une égalité de traitement sur l'ensemble du territoire.

Pour pouvoir bénéficier de l'AAH, la personne doit avoir un taux d'incapacité reconnu de 80 % ou plus (article L 821-1 du Code de l'action sociale et des familles) ou un taux d'incapacité compris entre 50 % et 79 % et une restriction substantielle et durable d'accès à un emploi (RSDAE) du fait de son handicap (article L 821-2). La restriction est durable lorsqu'elle est d'une durée prévisible d'au moins 1 an à compter du dépôt de la demande d'AAH, même si la situation médicale du demandeur n'est pas stabilisée. Elle est reconnue pour une durée de 1 à 2 ans. La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) attribue la RSDAE et se charge également d'apprécier le taux d'incapacité permanente en fonction d'un guide-barème après l'avis d'une équipe pluridisciplinaire.

Les conditions administratives pour l'attribution de l'allocation sont vérifiées par les caisses d'allocations familiales (CAF) ou de la Mutualité sociale agricole (MSA). La personne doit être âgée de 20 ans ou plus (16 ans dans le cas où la personne n'est plus considérée à charge pour le bénéfice des prestations familiales) et ne pas avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite (les personnes ayant un taux d'incapacité de 80 % ou plus peuvent sous certaines conditions continuer à percevoir une AAH différentielle au-delà de cet âge) et résider en France. Fin 2012, son montant s'élève à 776,59 euros. Les ressources prises en compte pour l'attribution de l'allocation sont calculées en fonction de ce montant. Elles ne doivent pas dépasser le montant annuel de 9 319,08 euros pour une personne seule et 18 638,16 (soit environ 1 550 euros mensuels) pour une personne vivant en couple. Ce plafond est majoré de 4 659,54 euros par enfant à charge. Lorsque la personne handicapée perçoit une pension (invalidité, rente d'accident du travail, retraite), elle bénéficie d'une allocation mensuelle réduite, dont le montant correspond à la différence entre la moyenne mensuelle de ses autres ressources et les 776,59 euros de l'AAH. Le montant de l'allocation peut aussi être réduit en cas d'hospitalisation ou d'admission en maison d'accueil spécialisé (MAS). En revanche, lorsque la personne handicapée perçoit un revenu d'activité, l'AAH est calculée en fonction d'une partie de ces revenus. Fin 2012, 39 % des allocataires bénéficiaient d'une allocation à taux réduit, et ce quel que soit le taux d'incapacité considéré.

Mesurer les disparités départementales de l'allocation aux adultes handicapés

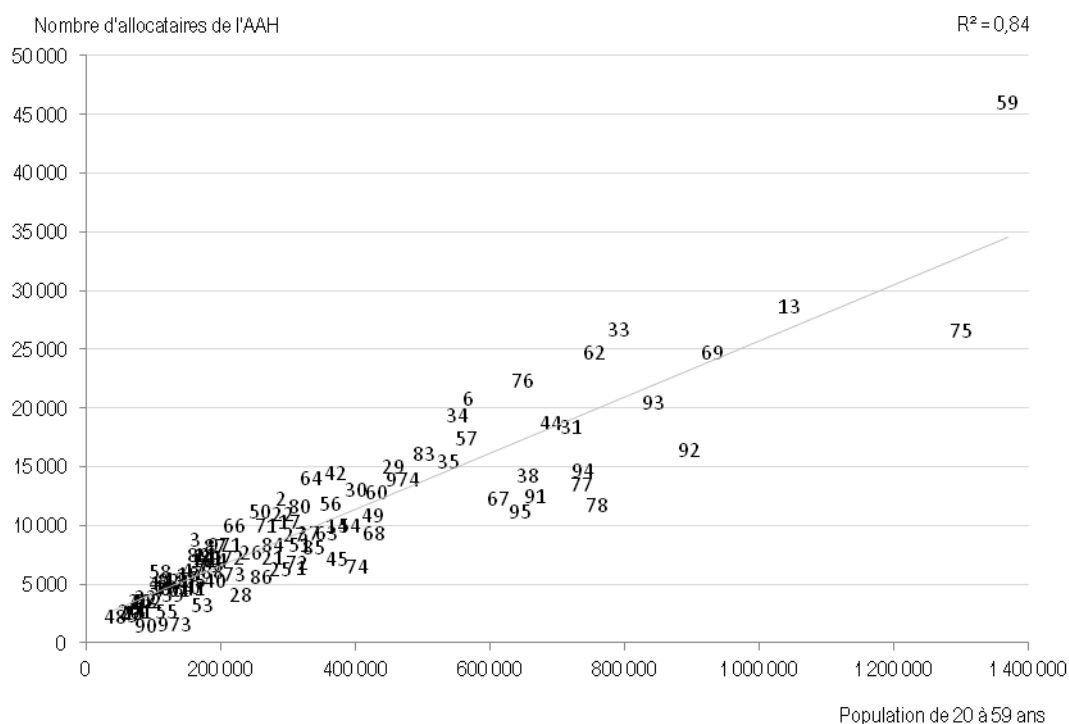
Le nombre d'allocataires de l'AAH dépend en premier lieu du nombre d'habitants du département, et, plus précisément, de ceux en âge de percevoir l'allocation. Mécaniquement, plus la population en âge de prétendre à l'AAH est nombreuse dans un département, plus celui-ci compte d'allocataires (graphique 1). La population en âge de percevoir l'allocation est approchée par le nombre de personnes âgées de 20 à 59 ans.

Les départements du Nord et de Paris, sont les plus peuplés et comptent le plus d'habitants de 20 à 59 ans (respectivement 1 370 000 et 1 300 000). Ils ont respectivement 46 000 et 27 000 allocataires de l'AAH. Viennent ensuite les Bouches-du-Rhône et le Rhône avec respectivement 29 000 et 25 000 allocataires pour des populations de 20 à 59 ans de 1 045 000 et 930 000 habitants.

Afin d'analyser les disparités entre départements, il est nécessaire de prendre en compte cet effet démographique. Il s'agit donc d'évaluer le taux de prévalence de l'AAH, qui mesure le rapport entre le nombre d'allocataires et la population de 20 à 59 ans en âge de toucher l'allocation.

GRAPHIQUE 1

Nombre d'allocataires de l'AAH au 31 décembre 2012 en fonction de la population âgée de 20 à 59 ans dans le département



Lecture • Fin 2012, les Bouches-du-Rhône comptent 28 600 allocataires pour 1 045 000 habitants de 20 à 59 ans. Le coefficient de détermination (noté R²) vaut 0,84 ce qui signifie une bonne qualité de l'ajustement linéaire entre nombre d'allocataires de l'AAH et population en âge de percevoir l'allocation.

Champ • France entière, hors Mayotte.

Sources • Données CNAF et MSA 2012 ; estimations de populations INSEE au 1^{er} janvier 2013.

Une prévalence de l'AAH plus élevée dans le Centre et le Sud-Ouest de la France

Le taux de prévalence de l'AAH varie fortement d'un département à l'autre (carte). Fin 2012, pour l'ensemble de la France, il est en moyenne de 33 allocataires pour 1 000 habitants en âge de percevoir l'allocation.

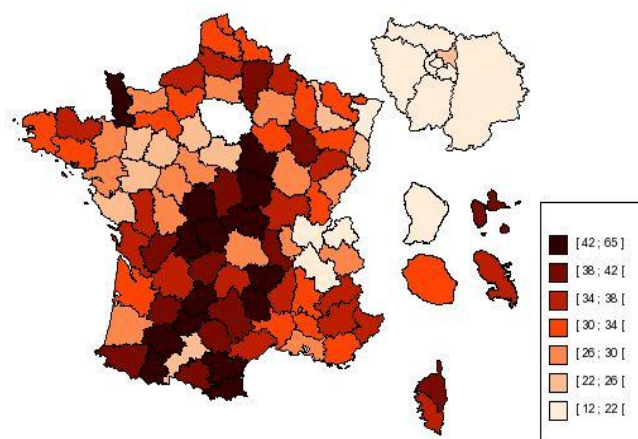
Les départements ayant les prévalences les plus faibles sont ceux d'Île-de-France. Ils comptent moins de 22 allocataires pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans en 2012, mise à part la Seine-Saint-Denis (24 pour 1 000 habitants). L'Alsace compte moins de 26 allocataires pour 1 000 habitants en âge de percevoir l'allocation. Les départements de la région Pays de la Loire, qui ont moins de 27 allocataires pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans, se situent également en deçà de la moyenne nationale. Enfin, dans la région Rhône-Alpes, l'Ain, la Haute-Savoie et l'Isère comptent moins de 22 allocataires pour 1 000 habitants en âge de toucher l'AAH et font ainsi partie des départements ayant les prévalences les plus faibles.

Les départements ayant le plus d'allocataires se trouvent dans la partie centrale de la France : l'Yonne, la Nièvre, l'Allier, l'Indre, la Haute-Vienne et la Creuse ont ainsi plus de 42 allocataires pour 1 000 habitants en âge de percevoir l'allocation fin 2012. Le Cher et la Corrèze qui leur sont voisins comptent respectivement 39 et 40 allocataires pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans. Dans cette zone, seul le Puy-de-Dôme a une prévalence de l'AAH plus faible. Plus au sud, les départements de la région Midi-Pyrénées (hormis la Haute-Garonne) comptent plus de 38 allocataires pour 1 000 habitants. C'est le cas également de trois des cinq départements du Languedoc. Enfin, la Manche est le seul département du quart nord-ouest qui comptabilise plus de 42 allocataires pour 1 000 habitants.

Ces disparités s'expliquent en grande partie par la localisation des personnes handicapées sur le territoire ainsi que par leur situation financière.

CARTE

Taux de prévalence de l'AAH (nombre d'allocataires pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans) au 31 décembre 2012



Lecture • Fin 2012, à Paris le nombre d'allocataires de l'AAH est compris entre 12 et 22 pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans.

Champ • France entière, hors Mayotte.

Sources • Données CNAF et MSA 2012 ; estimations de populations INSEE.

ENCADRÉ 2

Les sources de données sur l'AAH

Les sources administratives de la CNAF et de la MSA

Les remontées administratives de la CNAF et de la MSA fournissent des données départementales sur le nombre d'allocataires de l'AAH selon le taux d'incapacité. La CNAF fournit également des données sur les caractéristiques sociodémographiques des allocataires (composition du ménage, sexe) et des précisions concernant l'allocation versée (les montants des droits ouverts, la date de l'accord, les motifs de réduction du montant). Ces données sont également agrégées au niveau départemental. Ces données sont trimestrielles pour la CNAF, semestrielles pour la MSA.

L'enquête Handicap-Santé

Réalisée par l'INSEE et la DREES, l'enquête Handicap-Santé a interrogé 30 000 personnes de tous âges vivant en ménage en 2008. Une enquête préliminaire a été réalisée afin de mieux cibler les personnes atteintes d'un handicap. L'enquête Vie quotidienne et santé (VQS, 2007) comprend 26 questions et près de 270 000 personnes y ont répondu. L'échantillon de l'enquête Handicap-Santé en ménages (HSM) a ensuite été tiré de façon à surreprésenter les personnes présumées en situation de handicap. Fin 2009, 9 000 personnes hébergées en structure spécialisée dans l'accueil de personnes âgées, handicapées ou en grandes difficultés sociales ont également été interrogées, afin de couvrir l'ensemble de la population résidant en France.

Le questionnaire de l'enquête Handicap-Santé se compose de plusieurs modules : santé, déficiences, aides techniques, limitations fonctionnelles, restrictions d'activité, environnement familial et aide, aménagement du logement, accessibilité, scolarité, emploi, revenus, loisirs et discriminations.

L'enquête permet ainsi de décrire les parcours, l'environnement social et familial, les aides des personnes en situation de handicap au niveau national. L'échantillon est cependant insuffisant pour connaître le nombre de personnes handicapées au niveau départemental.

Une documentation régulièrement mise à jour est consultable à l'adresse suivante : http://www.drees.sante.gouv.fr/les-enquetes-handicap-sante_4267.html

ENCADRÉ 3

Caractéristiques sociodémographiques et type de handicap des allocataires de l'AAH

Les allocataires de l'AAH vivent souvent seuls

Les allocataires de l'AAH sont âgés de 45 ans en moyenne et vivent majoritairement sans conjoint (71 % sont dans ce cas). Seuls 16 % d'entre eux vivent avec un enfant à charge. Les hommes sont légèrement plus nombreux à percevoir l'AAH et représentent 51 % des allocataires. Les allocataires ayant un taux d'incapacité d'au moins 80 % sont un peu plus âgés (46 ans en moyenne) et vivent plus souvent seuls (75 % sont dans ce cas).

Répartition des allocataires de l'AAH selon la composition du ménage au 31 décembre 2012

	Personne sans conjoint et sans enfant	Couple sans enfant	Couple avec un enfant ou plus	Personne sans conjoint avec un enfant ou plus
Ensemble des allocataires	71%	14%	10%	6%
Allocataires art. L 821-2 (taux d'incapacité de 50 % à 79 %)	65%	15%	12%	8%
Allocataires art. L 821-1 (taux d'incapacité d'au moins 80 %)	75%	14%	8%	4%

Lecture • Fin 2012, parmi les allocataires de l'AAH ayant un taux d'incapacité compris entre 50 % et 79 %, 65 % vivent sans conjoint et sans enfant à charge.

Champ • France entière, régime général (soit 97 % de l'ensemble des allocataires).

Sources • CNAF, Fileas 2012.

Des personnes qui souffrent majoritairement de limitations fonctionnelles intellectuelles, psychiques ou cognitives

D'après l'enquête Handicap-Santé, les allocataires de l'AAH vivant à leur domicile souffrent principalement de limitations fonctionnelles intellectuelles, cognitives ou psychiques (ICP) importantes : 72 % sont dans ce cas, dont un tiers les cumulent avec d'autres limitations, sensorielles ou motrices. La moitié (49 %) des allocataires ont au moins une limitation motrice importante, dont 31 % cumulent d'autres limitations. Parmi les troubles les plus fréquents figurent les difficultés d'apprentissage ou de compréhension (27 % des allocataires), les troubles de la mémoire (26 %), le retard mental (21 %). Par ailleurs, 37 % des allocataires souffrent d'une gêne importante au niveau des articulations et 32 % d'une limitation de la force musculaire, 15 % de paralysie partielle ou totale d'une ou plusieurs parties du corps.

Une population éloignée du marché du travail

En 2008, parmi les personnes percevant l'AAH et vivant à leur domicile, 15 % occupent un emploi et 7 % sont au chômage. Une partie des allocataires sont durablement éloignés du marché du travail. Un tiers des allocataires n'occupant pas d'emploi n'ont jamais travaillé. À âge et sexe identiques, la probabilité de ne jamais avoir travaillé est 2,9 fois plus importante pour les allocataires de l'AAH que pour les personnes n'étant pas allocataires. Parmi

ceux qui ont déjà travaillé, 12 % disent avoir dû changer de profession pour des raisons médicales au cours de leur carrière, contre 4 % des personnes ne percevant pas l'AAH.

La prévalence de l'AAH est liée à celle du handicap

La compréhension des écarts départementaux de prévalences de l'AAH suppose d'évaluer les prévalences de handicap au niveau départemental. Celles-ci ne sont pas connues directement à ce niveau géographique.

Les enquêtes Vie quotidienne et santé (2007) et Handicap-Santé (2008) permettent de déterminer les prévalences de handicap parmi les personnes vivant à leur domicile pour une partie des départements (Le Guennec, 2012). Ces prévalences sont établies à partir des limitations fonctionnelles et des déficiences des individus (encadré 4). Les départements trop petits pour fournir des estimations robustes ont été regroupés avec des départements de la même région ayant des caractéristiques proches. Au total, l'estimation des prévalences du handicap moteur et du handicap mental (intellectuel, psychique ou cognitif) qui sont les formes de handicap les plus fréquentes chez les bénéficiaires de l'AAH ont été obtenues pour 32 départements qui regroupent 50 % des allocataires de l'AAH.

L'ajustement réalisé sur ces départements montre un lien fort entre nombre d'allocataires de l'AAH et prévalence des handicaps moteur et mental (graphique 2). Parmi les départements pour lesquels l'estimation a pu être réalisée, la Loire et les Alpes-Maritimes sont ceux dans lesquels la prévalence de ces handicaps est élevée (plus de 110 cas pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans) et leur taux de prévalence de l'AAH dépasse 30 pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans¹. Au contraire, le Val-d'Oise et les Hauts-de-Seine comptent moins de personnes ayant des troubles moteurs ou mentaux (60 pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans) et ont peu d'allocataires de l'AAH relativement à la population (moins de 17 pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans).

... SUITE ENCADRÉ 3

Un peu plus d'une personne sur dix réside en institution

D'après l'enquête Handicap-Santé, environ 13 % des allocataires résident en institution pour personnes handicapées ou âgées en 2008. Leurs limitations fonctionnelles sont plus nombreuses que celles des personnes vivant en ménage et touchent davantage les domaines intellectuel ou psychique. 83 % d'entre eux souffrent d'une limitation intellectuelle, psychique ou cognitive importante, dont 43 % cumulent une autre limitation sensorielle ou motrice importante. Parmi les allocataires vivant en institution, 62 % souffrent d'un retard intellectuel, plus d'une personne sur deux a des difficultés d'apprentissage ou de compréhension.

Profils de limitations des personnes percevant l'AAH et vivant à domicile en 2008 (en %)

Limitations motrices, ICP et sensorielles importantes	7
Limitations ICP et motrices importantes	21
Limitations ICP et sensorielles importantes	4
Limitations motrices et sensorielles importantes	2
Limitations ICP importantes sans autres limitations importantes associées	28
Limitations motrices importantes sans autres limitations importantes associées	18
Limitations sensorielles importantes sans autres limitations importantes associées	4
Limitations ICP et motrices légères	5
Limitations ICP légères	6
Limitations motrices légères	2
Autre (maladie invalidante...)	2
Ensemble	100

Lecture • Les limitations fonctionnelles permettent de mesurer le degré d'autonomie des personnes dans les actes élémentaires de la vie quotidienne. L'enquête Handicap-Santé interroge les personnes sur leurs limitations fonctionnelles motrices (difficultés pour marcher, se baisser ou s'agenouiller, lever le bras...), intellectuelles, cognitives ou psychiques – ICP – (difficultés pour apprendre de nouveaux savoirs, se concentrer, se repérer dans l'espace ou dans le temps...) et sensorielles (voir clairement de près ou de loin, entendre ce qu'il se dit dans une conversation...). À partir de ces réponses, des profils de limitations sont déterminés. Parmi les allocataires de l'AAH vivant à leur domicile, 7,5 % déclarent à la fois des limitations motrices, des limitations intellectuelles, psychiques ou cognitives et des limitations sensorielles importantes, c'est-à-dire beaucoup de difficultés ou une incapacité totale pour chaque type de limitation. 2 % ont des

¹ L'écart entre ces deux taux s'explique notamment par le fait que tous les handicaps ne justifient la perception de l'AAH (cas des taux de d'incapacité permanente inférieurs à 80 %) et que celle-ci est soumise à condition de ressources.

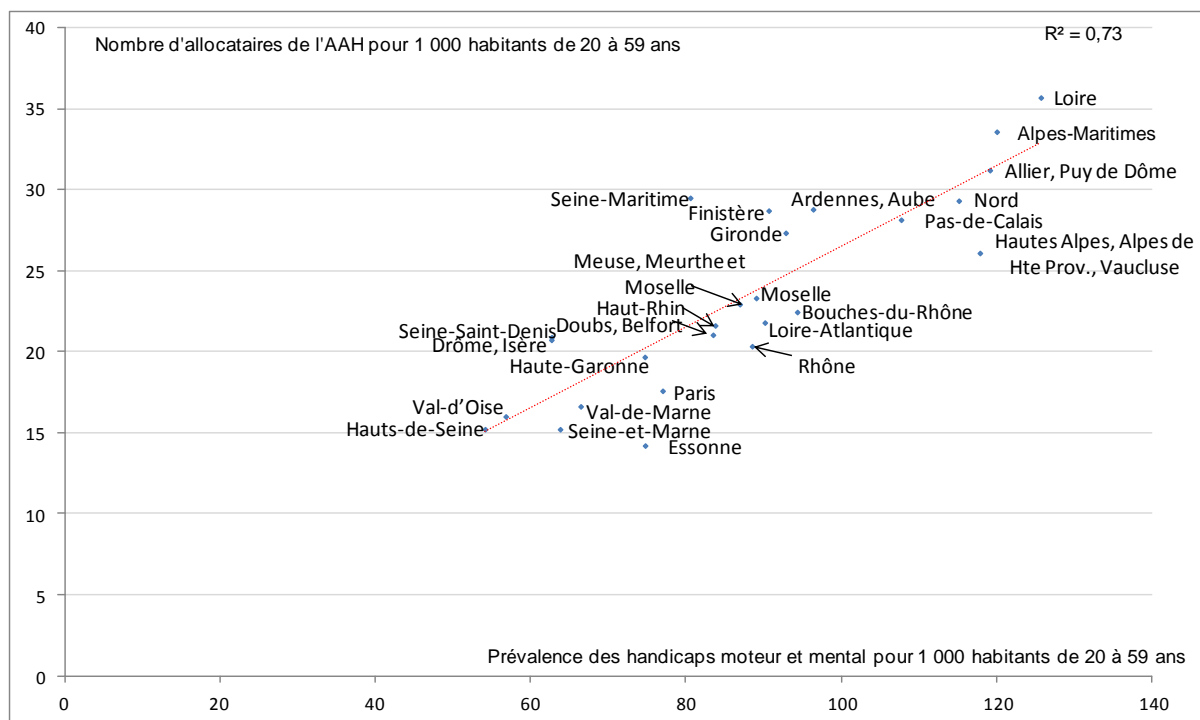
limitations motrices légères, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas déclaré « beaucoup de difficultés ou une incapacité » mais « quelques difficultés » à au moins l'une des limitations motrices.

Champ • France entière – Personnes vivant à leur domicile ayant déclaré percevoir l'allocation aux adultes handicapés.

Sources • Enquête Handicap-Santé, volet ménages, 2008, INSEE.

GRAPHIQUE 2

Prévalence de l'AAH en fonction de la prévalence du handicap moteur ou mental (intellectuel, psychique ou cognitif) en 2008



Le chiffre • En 2008, le département de la Loire compte 126 personnes atteintes d'un handicap moteur ou mental pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans et 36 allocataires de l'AAH pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans.

Le coefficient de détermination (noté R^2) vaut 0,73 ce qui signifie une bonne qualité de l'ajustement linéaire entre la prévalence de l'AAH et celle des handicaps moteur et mental.

Champ • 32 départements pour lesquels on a pu estimer à la fois les prévalences du handicap moteur et du handicap mental représentant 50 % des allocataires de l'AAH en 2008.

Sources • Données CNAF et MSA 2008 sur les allocataires de l'AAH ; estimations de populations INSEE ; enquête Vie quotidienne et santé, 2007, INSEE ; enquête Handicap-Santé, volet ménages, 2008, INSEE.

Plus d'allocataires dans les départements vieillissants, ruraux et pauvres

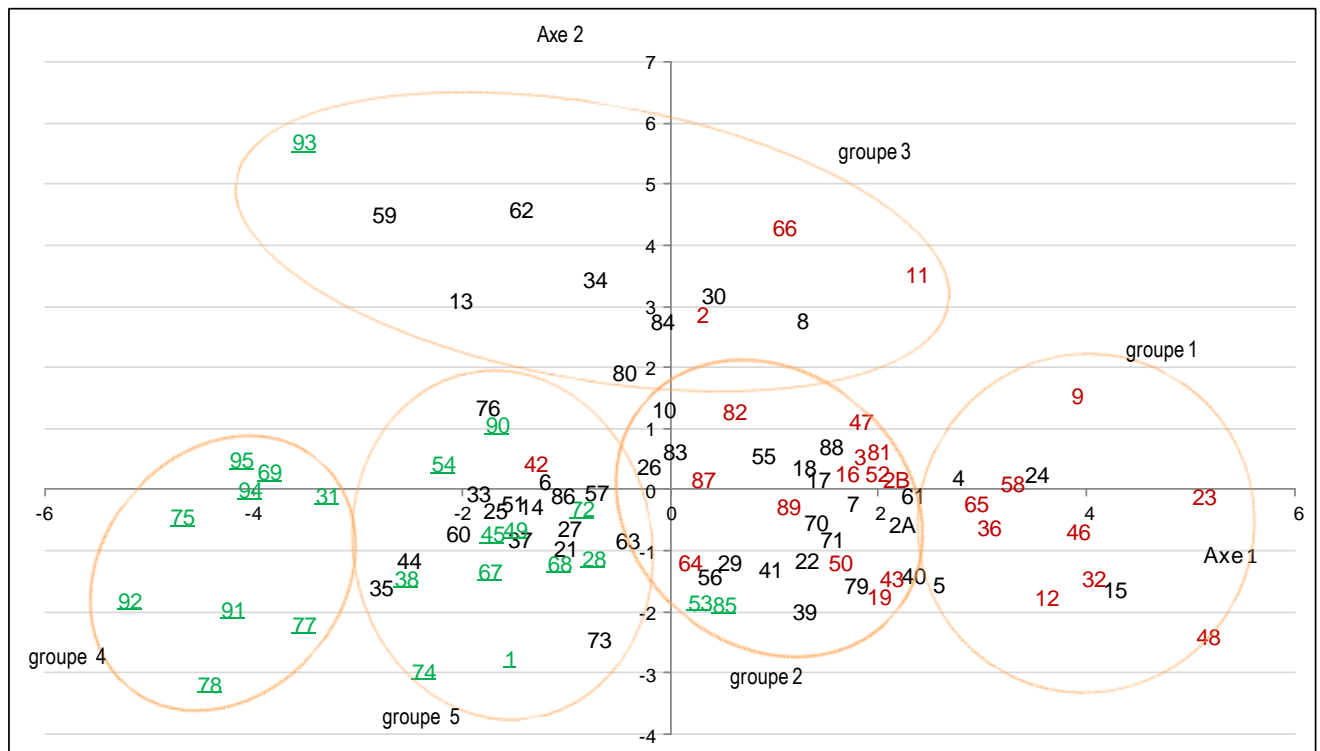
Les caractéristiques sociodémographiques (état de santé de la population, comportements à risques, âge de la population...) peuvent expliquer en partie les différences de prévalence de l'allocation aux adultes handicapés, notamment en l'absence d'informations départementales sur le handicap. L'AAH étant soumise à condition de ressources du ménage, les caractéristiques économiques des territoires (niveau de pauvreté, chômage) sont aussi mobilisées pour comprendre ces écarts (encadré 5).

Une analyse factorielle permet de regrouper les caractéristiques sociodémographiques et économiques (âge de la population, lieu de vie, niveau de vie des ménages, taux de chômage...) pour les résumer sur deux axes principaux (graphique 3). Le premier axe oppose les départements urbains, jeunes, à forte natalité et dont le revenu médian des ménages est élevé (gauche de l'axe) aux départements ruraux, âgés, dont le revenu médian des ménages est faible (droite de l'axe). Le second axe oppose les départements ayant de forts taux de chômage et de pauvreté (haut de l'axe) aux départements moins concernés par ces difficultés.

À partir de ces caractéristiques, cinq groupes homogènes de départements se dessinent. Les 1^{er} et 2^e groupes ont le plus d'allocataires de l'AAH comparativement à la population et sont représentés à droite du premier axe de l'analyse en composantes principales. Les groupes 4 et 5, situés à gauche de cet axe ont des prévalences d'allocataires de l'AAH plus faibles. Le 3^e groupe, situé en haut du second axe regroupe des départements dont les prévalences d'AAH sont plus ou moins élevées.

GRAPHIQUE 3

Place des départements sur les deux premiers axes de l'ACP selon la prévalence de l'AAH



Lecture • Le graphique présente les coordonnées de départements sur les deux premiers axes de l'ACP. En vert souligné figurent les départements ayant moins de 26,5 allocataires pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans en 2012 (1^{er} quartile). En rouge, figurent les départements ayant plus de 39 allocataires pour 1 000 habitants en 2012 (3^e quartile).

Champ • France métropolitaine.

Sources • Données INSEE, DREES, CNAF, MSA, CNAM, OFDT.

La plupart des départements du premier groupe (graphique 3) ont plus de 40 allocataires de l'AAH pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans en 2012 (Ariège, Aveyron, Creuse, Gers, Indre, Lot, Lozère, Nièvre, Hautes-Pyrénées). Leur population est âgée et la natalité y est faible. 20 % à 50 % des communes sont des communes rurales isolées (contre 5 % pour la France métropolitaine). Le nombre de places d'accueil pour 1 000 habitants en structures pour adultes handicapées est élevé (4,4 places pour les structures de travail contre 3,5 en moyenne en France métropolitaine et 5,7 places en structures d'hébergement contre 4,3 dans l'ensemble). Ces départements ont tous un taux de pauvreté supérieur à la moyenne nationale. Leur situation vis-à-vis de l'accès aux soins est variable (l'équipement en établissements de santé est plus ou moins élevé) mais le personnel médical est moins spécialisé que pour la moyenne de la métropole.

Dans les départements du deuxième groupe, pour lesquels la prévalence de l'AAH est importante, l'offre d'hébergements pour personnes handicapées est relativement développée. Le nombre de places en structures d'accueil pour adultes handicapés y est élevé (3,8 places pour 1 000 habitants dans les structures de travail et 6 pour 1 000 dans les structures d'hébergement contre respectivement 3,5 et 4,3 places au niveau national). Parmi eux, l'Allier, la Charente, la Corrèze, la Haute-Corse, la Haute-Loire, le Lot-et-Garonne, la Manche, la Haute-Marne, les Pyrénées-Atlantiques, le Tarn, le Tarn-et-Garonne, la Haute-Vienne et l'Yonne comptent plus de 39 allocataires pour 1 000 habitants en 2012. Ces départements sont moins âgés et moins ruraux que les précédents. Ils sont aussi moins touchés par la pauvreté et le chômage.

Le troisième groupe est composé de départements dont les prévalences de l'AAH sont plus hétérogènes (de 24 pour 1 000 habitants à 45 pour 1 000 habitants en 2012). Parmi eux, ceux se situant à droite du premier axe (Aisne, Ardennes, Aude, Pyrénées-Orientales et la Somme) ont des taux de prévalence de l'AAH supérieurs à 37 allocataires pour 1 000 habitants. Dans ces départements relativement jeunes, la pauvreté est forte ; plus de 18 % de la population vit sous le seuil de pauvreté en 2010 contre 14 % en moyenne en France métropolitaine. Le chômage touche, fin 2011, 12,9 % de la population active contre 9,4 % en moyenne. La part des chômeurs de longue durée est aussi plus élevée. Les jeunes ont plus de difficultés pour s'insérer sur le marché du travail : 28 % des jeunes de 18 à 25 ans ne suivent pas d'études et n'ont pas d'emploi en 2009, contre 20 % en France métropolitaine. Ces départements ont une situation sanitaire dégradée. L'espérance de vie à la naissance est plus faible que celle observée en France métropolitaine (1 à 3 ans en moins pour les hommes). Les décès liés à l'alcool sont plus nombreux (plus de 2,4 pour 10 000 personnes de 65 ans ou plus, contre 1,8 en France métropolitaine). Enfin, ces départements, exceptés les Pyrénées-Orientales, se caractérisent par une forte présence d'établissements et services d'aide par le travail (ESAT), avec plus de 4,5 places pour 1 000 adultes, contre 3,4 en moyenne en France en 2010.

Le quatrième groupe est composé de départements ayant un faible nombre d'allocataires rapporté à la population (moins de 26 pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans en 2012). Il regroupe les départements d'Île-de-France (hormis la Seine-Saint-Denis), le Rhône et la Haute-Garonne. Dans ces départements jeunes et urbains, la population active est qualifiée et travaille majoritairement dans le secteur tertiaire. Le niveau de vie médian est particulièrement élevé. De plus, ces départements comptent peu de places en établissements spécialisés pour personnes handicapées (7,1 places pour 1 000 adultes, contre 9,2 en moyenne). L'espérance de vie est très élevée (un à deux ans de plus que la moyenne française). La mortalité du fait de l'alcool est faible, ainsi que la proportion de personnes tuées sur la route. Le tissu médical est dense et très spécialisé.

Le cinquième groupe réunit des départements dont les prévalences de l'AAH sont inférieures à la moyenne nationale (à l'exception de la Haute-Loire). Parmi eux, l'Ain, l'Eure-et-Loir, l'Isère, le Loiret, le Maine-et-Loire, la Meurthe-et-Moselle, le Bas-Rhin, le Haut-Rhin, la Sarthe, la Savoie, la Seine-et-Marne et le Territoire de Belfort comptent moins de 26 allocataires de l'AAH pour 1 000 habitants en 2012. La population y est jeune, urbaine ou périurbaine. La population active est plus qualifiée que la moyenne et ces territoires sont peu touchés par la pauvreté et le chômage. Les jeunes s'insèrent facilement sur le marché du travail. L'équipement en établissements pour adultes handicapés et en établissements psychiatriques est inférieur à la moyenne nationale. La médecine est plus spécialisée qu'en moyenne et le nombre de blessés sur la route plus faible.

ENCADRÉ 4

Les estimations départementales des prévalences de handicap à partir des enquêtes Vie quotidienne et santé et Handicap-Santé

Conçue pour obtenir des informations sur l'ensemble du territoire national, l'enquête Handicap-Santé volet ménages (HSM) ne permet pas d'obtenir directement des estimations de prévalences de handicap sur des niveaux géographiques plus fins. L'enquête filtre Vie quotidienne et santé (VQS), grâce à son échantillon de taille plus importante permet d'obtenir des résultats au niveau départemental. À partir des individus interrogés à la fois dans VQS et HSM, on modélise l'existence d'un handicap mesuré dans HSM, par leurs réponses aux questions de l'enquête filtre VQS et on extrapole, à partir du modèle, une réponse à l'ensemble des individus interrogés dans VQS. Grâce à cette méthode d'estimation, dite « sur petits domaines », il est possible d'obtenir des estimations départementales des prévalences de handicap sensoriel, moteur, et intellectuel, psychique ou cognitif chez les personnes âgées de 20 à 59 ans (Le Guennec, 2012).

Le handicap est défini comme la combinaison d'une altération d'une fonction organique ou d'une structure anatomique (déficience) et d'une limitation fonctionnelle importante (pour plus d'information sur la définition du handicap, cf. Le Guennec, 2012). Les allocataires de l'AAH étant peu nombreux à ne souffrir que de problèmes sensoriels, seuls les handicaps moteur et mental ont été retenus.

Les départements pour lesquels moins de 1 000 individus ont répondu à l'enquête VQS ont été regroupés, en prenant en compte les caractéristiques sanitaires des départements. Sur les 75 entités territoriales ainsi constituées, 26 regroupant 32 départements fournissent une estimation robuste des prévalences pour les handicaps moteur et mental (cf. graphique 2). Il s'agit des Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Finistère, Haute-Garonne, Gironde, Loire, Loire-Atlantique, Moselle, Nord, Pas-de-Calais, Haut-Rhin, Rhône, Paris, Seine-Maritime, Seine-et-Marne, Essonne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Val-d'Oise, et les regroupements « Ardennes, Aube », « Allier, Puy-de-Dôme », « Hautes-Alpes, Alpes-de-Haute-Provence, Vaucluse », « Meuse, Meurthe-et-Moselle », « Drôme, Isère », « Doubs, Territoire de Belfort ».

ENCADRÉ 5

Les critères sociodémographiques en l'absence d'information sur le handicap

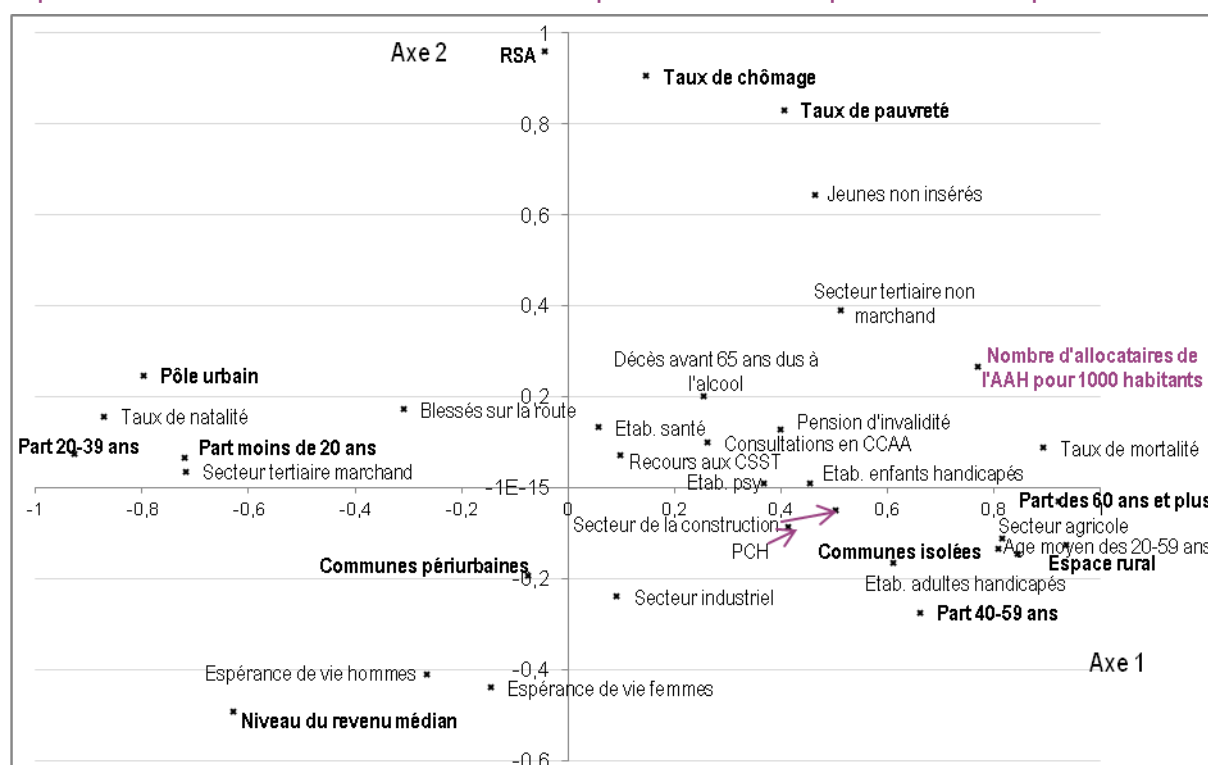
L'analyse sociodémographique des départements permet d'éclairer la question des disparités départementales de l'AAH, notamment du fait de l'absence de données départementales sur le nombre de personnes handicapées. L'analyse se fonde sur une liste de facteurs sélectionnés par un groupe de travail sur les indicateurs sociaux départementaux (Mansuy, Guist'hau, 2011).

L'âge de la population, l'état de santé, le type d'activité sont autant d'éléments susceptibles d'être en lien avec le handicap sur un territoire donné. D'autre part, l'article L 114 de la loi 2005-102 stipule que pour qualifier une situation de handicap, l'environnement de la personne doit être pris en compte : « constitue un handicap [...] toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » Ainsi, la dispersion de l'habitat et le manque d'infrastructures de transport dans certains territoires ruraux ont une conséquence directe sur l'autonomie des personnes handicapées et sur leur participation à la vie sociale, ce qui peut augmenter le nombre de personnes reconnues handicapées dans ces départements. La répartition de la population selon le type d'espace (rural ou urbain, pôles, couronnes, communes isolées) permet d'approcher le contexte territorial.

Il est également nécessaire de considérer des indicateurs économiques mesurant le niveau de pauvreté ou de chômage, ceux-ci étant liés à la prévalence de handicap (OMS, Banque mondiale, 2011) et à celle de l'AAH, du fait de la prise en compte des ressources du ménage pour l'attribution de l'allocation.

Une analyse en composantes principale (ACP) permet de résumer l'information donnée par ces variables sur des axes principaux. Les deux premiers axes résument 70 % de l'information (graphique). Une classification ascendante hiérarchique permet ensuite de regrouper les départements dont les caractéristiques sociodémographiques et économiques sont homogènes.

La prévalence de l'AAH et les différents indicateurs sociaux départementaux selon leur position sur les deux premiers axes de l'ACP



Note • CCAA : Centres spécialisés en alcoologie ; CSST : Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes ; PCH : prestation de compensation du handicap.

Lecture • En caractères gras figurent les indicateurs sociaux départementaux ayant servi à la construction des axes de l'ACP. Les autres indicateurs sont donnés à titre illustratif, ils sont projetés sur ces axes et ne contribuent pas à leur formation.

Champ • France métropolitaine, hors Lozère.

Sources • Données INSEE, DREES, CNAF, MSA, CNAM, OFDT.

Près des trois quarts des écarts entre départements sont expliqués par les facteurs démographiques, sociaux, sanitaires et économiques du territoire

Les facteurs démographiques, territoriaux et économiques présentés précédemment sont mobilisés afin d'expliquer les disparités départementales de prévalences de l'AAH. Les données disponibles sont introduites dans un modèle économétrique portant sur les années 2008 à 2011. Par rapport à l'utilisation de données portant sur une seule année, les données de panel permettent d'améliorer la qualité de l'estimation statistique grâce à la prise en compte de la dimension temporelle (encadré 6). Les facteurs démographiques, sociaux, économiques et sanitaires expliquent 73 % des disparités départementales de prévalence de l'AAH.

La prévalence de l'AAH étant liée à la prévalence du handicap, les aspects démographiques, sociaux, économiques et sanitaires qui peuvent influencer sur cette dernière prévalence sont retenus dans l'analyse des disparités départementales de l'AAH.

Parmi ces facteurs, le nombre de bénéficiaires de revenus autres que l'AAH destinés aux personnes handicapées (prestation de compensation du handicap ou pension d'invalidité) est retenu. Le modèle confirme bien le lien positif entre ces prestations et la prévalence de l'AAH (tableau 1). Au sein d'un département, l'offre d'hébergement dans les établissements dédiés aux personnes handicapées (foyers d'hébergement, MAS, FAM, établissements psychiatriques, ESAT...) est également en rapport avec la prévalence du handicap. Au niveau départemental, le nombre de personnes accueillies n'est pas connu, mais peut être estimé par les capacités d'accueil des structures. On s'attend ainsi à ce que les départements dont les capacités d'accueil sont élevées aient une prévalence de l'AAH forte. Le modèle permet de confirmer ce lien pour les établissements d'hébergement (foyers d'hébergement, MAS, FAM...) et les ESAT. En revanche, le lien entre prévalence de l'AAH et les capacités d'accueil en établissements psychiatriques n'a pas pu être précisé. Il ne faut cependant pas conclure à une absence de lien entre ces deux éléments, mais seulement en déduire que l'étude au niveau départemental ne permet pas de mettre en évidence l'ensemble des liens entre prévalence de l'AAH et les facteurs explicatifs.

La prévalence du handicap est également liée à l'état de santé de la population, certaines maladies pouvant être à l'origine d'un handicap, et inversement. L'état de santé des populations est rarement mesuré au niveau départemental. En revanche, les comportements vis-à-vis de l'alcool et des drogues peuvent être en partie observés. Il existe un lien positif entre la prévalence de l'AAH et le nombre de décès avant 65 ans par alcoolisme et cirrhose, ce qui confirme un lien entre comportements de santé et prévalence de l'AAH. Ce lien peut être à double sens : l'état de santé influe sur l'apparition de handicaps, mais les personnes handicapées ont également un accès aux soins plus limité (Haute Autorité de Santé, 2009).

Les accidents peuvent être à l'origine de handicaps moteurs. Les seules données disponibles par département concernent les accidents de la circulation (blessés à la suite d'un accident corporel de la circulation, tués ou blessés hospitalisés à la suite d'un accident corporel de la circulation). Les risques d'accident du travail sont quant à eux approchés par le nombre de salariés dans les grands secteurs d'activité pour 100 personnes de 15 à 64 ans. L'hypothèse sous-jacente étant que plus il y a d'emplois dans les métiers industriels ou de la construction, plus le risque d'accidents pouvant générer une invalidité est élevé. On constate un lien positif entre le nombre de blessés sur la route et le nombre d'allocataires de l'AAH. En revanche, il est impossible de déceler un effet du secteur d'activité sur les données départementales, probablement par manque de finesse des données.

La prévalence du handicap croît avec l'âge et le modèle permet bien de vérifier que la prévalence de l'AAH est liée à l'âge moyen des personnes de 20 à 59 ans.

Les disparités territoriales d'ordre économique sont appréciées par différentes variables (revenu fiscal par unité de consommation, taux de chômage, part du chômage de longue durée, part de la population couverte par le RSA, répartition de la population active par grands secteurs d'activité). Les départements dont le revenu médian est le plus faible ont bien davantage d'allocataires de l'AAH. Le niveau de pauvreté est fortement corrélé aux autres données socioéconomiques ce qui ne permet pas de distinguer les liens entre la prévalence de l'AAH, niveau de chômage, répartition des emplois ou du nombre de personnes couvertes par le RSA. En revanche, un lien positif est observé avec la part de chômeurs de longue durée dans le département.

Enfin, les caractéristiques des territoires influencent les décisions d'attribution de l'AAH. Lorsque l'habitat est peu concentré et les transports collectifs peu nombreux, l'accès à l'emploi va être plus difficile pour les personnes ayant des limita-

tions motrices ou sensorielles. Cet effet peut être apprécié grâce à la répartition de la population selon le type d'espace (pôle urbain, pôle rural, communes rurales isolées...). Cependant, il est impossible de mesurer cet effet du fait d'une très forte corrélation avec l'âge de la population. Pour ce faire, il faudrait disposer de données sur des territoires plus petits, au niveau des bassins de vie, par exemple, ce qui permettrait de préciser les liens entre AAH et les différents facteurs socio-démographiques et économiques étudiés précédemment.

Le modèle permet d'expliquer près des trois quarts des écarts de prévalences entre départements. La part non expliquée du modèle pourrait être réduite en disposant de données infra départementales et plus complètes (notamment en disposant des prévalences de handicap). Par ailleurs, en l'absence de données chiffrées, on ne peut pas évaluer l'effet d'autres facteurs liés aux pratiques des acteurs locaux et aux territoires (mise en œuvre des politiques publiques, importance du tissu associatif, diffusion de l'information). Néanmoins, compte tenu des résultats précédents, on estime que moins d'un quart des disparités départementales de prévalences de l'AAH serait expliqué par les différences de pratiques des acteurs locaux du handicap (MDPH, autres acteurs publics en lien avec le handicap, associations de personnes handicapées...).

TABLEAU 1

Modélisation du nombre d'allocataires de l'AAH pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans selon les caractéristiques démographiques, sanitaires et économiques des départements entre 2008 et 2011

Variable	Estimation	Significativité
Constante	-91,7981	**
Âge moyen des 20-59 ans en 2010	2,693055	**
Revenu fiscal médian 2010	-0,00102	**
Part de la population vivant dans les communes isolées en 2009	0,09945	ns
Nombre de décès avant 65 ans par alcoolisme et cirrhose pour 10 000 habitants de 20 à 64 ans en 2009	1,318101	*
Nombre de blessés à la suite d'un accident corporel de la circulation pour 1 000 habitants en 2011	0,341058	**
Part des chômeurs de longue durée (plus d'un an) dans l'ensemble des chômeurs en 2011	0,281671	**
Nombre de pensions d'invalidité (1 ^{re} , 2 ^e et 3 ^e catégorie) versées en 2009 pour 1 000 habitants de 18 à 59 ans	0,277179	**
Nombre de bénéficiaires de la PCH de 20 à 59 ans pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans	0,467268	***
Capacités d'accueil des ESAT pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans	3,61386	***
Capacités d'accueil des établissements pour l'hébergement des adultes handicapés pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans	1,473151	***
Capacités d'accueil des services d'accompagnement pour adultes handicapés (SAVS/SAMSAH) pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans	0,871065	***
Capacités d'accueil des établissements psychiatriques pour 1 000 habitants de plus de 16 ans	0,946131	ns
Moyenne 2008-2011 du nombre de bénéficiaires de la PCH de 20 à 59 ans pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans	0,005909	ns
Moyenne 2008-2011 des capacités d'accueil des ESAT pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans	-2,97107	**
Moyenne 2008-2011 des capacités d'accueil des établissements pour l'hébergement des adultes handicapés pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans	-1,26384	**
Moyenne 2008-2011 des capacités d'accueil des services d'accompagnement pour adultes handicapés (SAVS/SAMSAH) pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans	0,380821	ns

ns : non significatif ; *** P<0,0001 ; ** 0,0001<P<0,05 ; * 0,05<P<0,1.

Lecture • Un coefficient de signe positif indique un lien positif entre la variable et le nombre d'allocataires de l'AAH dans le département. Les coefficients concernant les variables de moyenne entre 2008 et 2011 n'ont pas d'interprétation immédiate ; ces variables permettent d'améliorer les estimations.

Le nombre d'allocataires de l'AAH pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans peut être estimé comme suit :

$T = -91,7981 + 2,693055 * \text{âge moyen des 20-59 ans} - 0,00102 * \text{Revenu fiscal médian 2010} + 0,09945 * \text{Part de la population vivant dans les communes isolées en 2009} + 1,318101 * \text{Nombre de décès avant 65 ans par alcoolisme et cirrhose pour 10 000 habitants de 20 à 64 ans en 2009} + \dots + 0,380821 * \text{Moyenne 2008-2011 des capacités d'accueil pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans des services d'accompagnement pour adultes handicapés (SAVS/SAMSAH)}$.

Champ • France métropolitaine, hors Lozère.

Sources • Données INSEE, DREES, CNAF, MSA, CNAM, OFDT.

Les écarts de prévalence de l'AAH entre départements se réduisent entre 2008 et 2012

Entre 2008 et 2012, les écarts de prévalences entre départements se réduisent légèrement. La progression du nombre total d'allocataires est plus forte dans les départements ayant le moins d'allocataires (tableau 2), plus particulièrement pour les allocataires ayant un taux d'incapacité compris entre 50 % et 80 %. Ce fut notamment le cas en Seine-et-Marne, dans l'Oise, le Maine-et-Loire, la Côte-d'Or, l'Yonne ou la Savoie.

La réduction de ces écarts peut être due à des facteurs qui ne sont pas en lien direct avec l'AAH (évolution contrastée de la pauvreté selon les départements, évolution des capacités d'accueil en établissements pour personnes handicapées, mobilité des personnes handicapées sur le territoire...). Elle est aussi probablement liée à l'harmonisation des pratiques d'attributions de la prestation, à une meilleure information et prise en charge des publics concernés.

TABLEAU 2

Évolution des disparités départementales des taux de prévalence de l'AAH entre 2008 et 2012

	Nombre d'allocataires pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans			Nombre d'allocataires L 821-1 pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans			Nombre d'allocataires L 821-2 pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans		
	2008	2012	Évolutions 2012/2008	2008	2012	Évolutions 2012/2008	2008	2012	Évolutions 2012/2008
9 ^e décile (D9)	37,5	43,3	+ 15%	28,0	29,2	+ 4%	14,6	18,2	+ 25%
3 ^e quartile (Q3)	34,4	39,2	+ 14%	24,0	24,9	+ 4%	11,3	15,9	+ 41%
Médiane	27,7	32,7	+ 18%	18,8	19,6	+ 5%	8,1	12,4	+ 54%
1 ^{er} quartile (Q1)	22,2	26,5	+ 19%	14,3	15,7	+ 10%	4,9	7,4	+ 51%
1 ^{er} décile (D1)	17,6	20,3	+ 15%	12,1	13,1	+ 8%	3,6	5,5	+ 54%
Rapport interdécile (D9/D1)	2,1	2,1	0%	2,3	2,2	-4%	4,1	3,3	-19%
Rapport interquartile (Q3/Q1)	1,5	1,5	-5%	1,7	1,6	-5%	2,3	2,1	-7%

Lecture • La médiane, les 1^{er} et 3^e quartiles, les 1^{er} et 9^e déciles sont des valeurs qui partagent les observations d'une variable rangées dans l'ordre croissant. La médiane est la valeur qui sépare l'ensemble des départements en deux groupes de même importance. Le 1^{er} quartile est la valeur en deçà de laquelle se situent 25 % des départements. Le 9^e décile est la valeur au-delà de laquelle se situent 10 % des départements.

En 2008, 10 % des départements comptent plus de 37,5 bénéficiaires de l'AAH pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans. En 2012, ils en comptent 43,3, soit une hausse de 15 %. Les rapports interdécile et interquartile permettent de mesurer la dispersion des disparités. Entre 2008 et 2012, le rapport interdécile pour l'ensemble des bénéficiaires de l'AAH est stable et vaut 2,1.

Champ • France entière, hors Mayotte.

Sources • Données CNAF et MSA 2008 et 2012 ; estimations de populations INSEE.

ENCADRÉ 6

Estimation des prévalences départementales de l'AAH : l'apport du modèle de Mundlack

La modélisation des prévalences de l'AAH et l'explication de leurs disparités au niveau départemental est faite à partir d'un modèle économétrique sur données de panel. L'utilisation des données des années 2008 à 2011 permet d'améliorer les estimations obtenues par la modélisation par rapport à l'utilisation d'un modèle de régression classique. Le modèle de Mundlack permet d'introduire des variables qui varient dans le temps (capacité d'accueil dans les établissements et services pour personnes handicapées, nombre d'allocataires de la PCH) ainsi que celles pour lesquelles on ne dispose pas de toute l'information temporelle (répartition de la population sur le territoire, accidentologie...). De plus, en introduisant les moyennes des variables individuelles qui varient dans le temps, ce modèle tient compte de la possible corrélation entre les termes d'erreur et ces variables et permet d'améliorer les estimations. Le modèle porte sur la France métropolitaine, hors Lozère, département à très faible population et qui dispose d'une offre importante d'établissements pour personnes handicapées.

La forme du modèle est la suivante :

$$Y_{it} = X_{it} \beta + X_i \gamma + Z_i \delta + \varepsilon_{it}$$

Y_{it} est le taux de prévalence de l'AAH pour le département i l'année t ,

X_{it} sont les caractéristiques du département variant au cours du temps (ici, les places en établissements pour personnes handicapées et le nombre de bénéficiaires de la PCH pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans).

X_i sont les moyennes des caractéristiques du département variant au cours du temps.

Z_i sont les variables propres au département ne variant pas au cours du temps (les autres variables du modèle pour lesquelles la dimension temporelle n'est pas disponible).

ε_{it} est le terme d'erreur.

β est l'estimateur intra-individuel pour les variables pour lesquelles on dispose d'une information temporelle. δ est l'estimateur interindividuel pour les variables Z_i , constantes dans le temps. Les estimations des γ ne sont pas directement interprétables, elles correspondent à la différence entre l'estimation interindividuelle et l'estimation intra-individuelle du paramètre.

Bibliographie

- Adjé B., Nauze-Fichet E., 2006, « La répartition géographique des allocataires de minima sociaux fin 2005 », *Études et Résultats*, DREES, n° 528, octobre.
- Anguis M., 2007, « La population des allocataires du RMI : tendances d'évolution et disparités départementales », *Études et Résultats*, DREES, n° 568, avril.
- Cambois E., Montaut A., 2011, « État de santé et participation sociale des adultes atteints de limitations fonctionnelles », in *L'état de santé de la population en France - Rapport 2011*, Collection Études et Statistiques, DREES.
- Demoly E., 2008, « Les demandeurs de l'AAH – Une population souvent éloignée du marché du travail », *Études et Résultats*, DREES, n° 640, juin.
- Haute Autorité de santé, 2009, Accès aux soins des personnes en situation de handicap - Rapport de la commission d'audition publique, janvier.
- Labarthe J., Lelièvre M. (sous la direction), 2013, *Minima sociaux et prestations sociales – Ménages aux revenus modestes et redistribution*, Édition 2013, Collection Études et Statistiques, DREES, juillet.
- Legal A., 2013, « La hausse du nombre d'allocataires des minima sociaux se poursuit en 2011 », *Études et Résultats*, DREES, n° 844, juin.
- Le Guennec J., 2012, « Estimations locales du handicap dans l'enquête Handicap-Santé 2008 », *Document de travail*, n° H2012/02, INSEE, septembre.
- Mansuy M., Guist'hau J., 2011, « Rapport du groupe d'expérimentation ADF-Drees "Indicateurs sociaux départementaux" », *Document de travail, Série Sources et Méthodes*, DREES, n° 25, septembre.
- Mormiche P., 2000, « Le handicap se conjugue au pluriel », *Insee Première*, n° 742, INSEE, octobre.
- Nicolas M., Robert M.-J., 2008, « L'allocation aux adultes handicapés – Évolution et portrait des bénéficiaires de la prestation », *Politiques sociales et familiales*, n° 91.
- Organisation mondiale de la santé (OMS), et Banque mondiale, 2011, *Rapport mondial sur le handicap*, 2011, Éditions de l'OMS, pp. 44-45.

DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ

Directeur de la publication : Franck von Lennep

Secrétariat de rédaction : Catherine Demaison

ISSN : 1958-587X
