

## Les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés

Muriel Nicolas, Marie-José Robert (Cnaf)

**P**ARMI l'ensemble des minima sociaux, l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ne fait pas l'objet de beaucoup de publications, bien qu'elle se situe en seconde position en termes de bénéficiaires, après le revenu minimum d'insertion (RMI) et devant l'allocation pour parent isolé (API). De fait, l'information statistique sur ce public se restreint bien souvent à des données administratives, notamment issues des fichiers de la branche famille de la Sécurité sociale. Ponctuellement, des enquêtes spécifiques ou bien portant sur le handicap en général – telles que l'enquête Insee-Drees Handicap, invalidité, dépendances (HID) – permettent toutefois de cibler plus qualitativement le public de l'AAH.

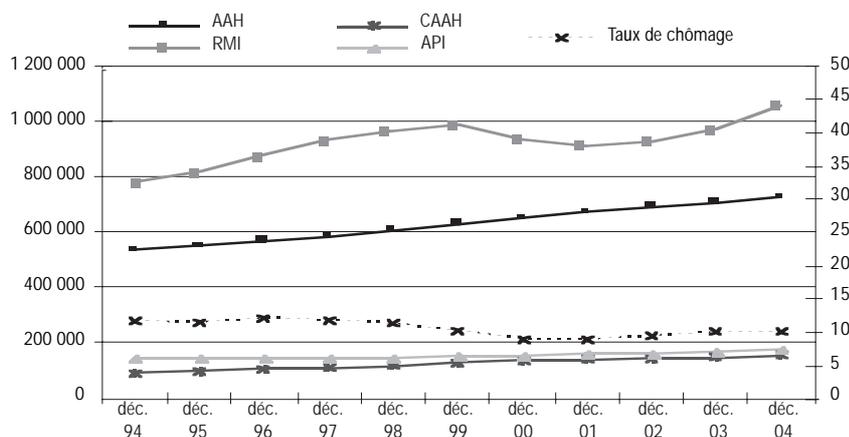
Dans cet article, la source mobilisée est essentiellement le Fichier des prestations légales et d'action sociale (Fileas) de la Cnaf, fichier exhaustif de l'ensemble des allocataires au 31 décembre de chaque année. Partant du constat de l'évolution régulière du nombre de bénéficiaires de l'AAH entre 1994 et 2004, un premier axe d'analyse porte sur les facteurs potentiels de l'accroissement du stock de bénéficiaires. Ensuite, l'article vise à dresser un portrait des bénéficiaires de l'AAH, tant concernant leur localisation que leurs caractéristiques socio-économiques ou leur taux d'incapacité. Enfin, les principaux éléments de la réforme de 2005 portant sur le handicap en général, et en particulier sur l'AAH, sont ici présentés.

## Le nombre de bénéficiaires de l'AAH est en constante progression et a augmenté de près de 28% entre 1994 et 2004

Entre 1994 et 2004, le nombre de bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés est passé de 536 000 à 741 000 en France métropolitaine (graphique 1). La progression est constante et régulière, d'environ 3% par an. Contrairement au RMI, la croissance du nombre de bénéficiaires de l'AAH est tendancielle et semble peu sensible aux fluctuations conjoncturelles.

Graphique 1

Évolution du nombre de bénéficiaires de l'AAH et du complément d'AAH entre 1994 et 2004, France métropolitaine



Sources : Cnaf, Insee.

Un premier élément explicatif de cette croissance régulière provient du basculement – à l'âge de 20 ans – des enfants handicapés bénéficiant de l'allocation d'éducation spéciale (AES) dans le dispositif AAH, eux-mêmes de plus en plus nombreux. 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 et à ce propos, 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 33 semaines)<sup>1</sup> d'une part, et, d'autre part, 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'en-

1. Les enfants prématurés représentent environ 50% des enfants porteurs d'une déficience sévère (25% pour les grands prématurés).

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

En dehors des entrées issues de l'AES<sup>2</sup>, une majorité de nouveaux bénéficiaires de l'AAH est préalablement connue des caisses d'allocations familiales. Par exemple, sur 5% d'entrants en AAH en 2004, près de 2% bénéficiaient de l'API l'année précédente, et près de 47% le RMI (calculs Cnaf). 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 correspond à une étape transitoire, le temps que la validation de leur handicap par la Commission technique d'orientation et de reclassement (Cotorep) soit effective et permette le bénéfice de l'AAH. De plus, les maladies psychologiques, notamment liées au stress, à l'isolement ou à l'estime de soi, sont de plus en plus fréquentes, et il n'est pas impossible que les bénéficiaires de minima sociaux y soient particulièrement sujets, du fait de leurs conditions de vie difficiles.

Si l'accroissement constant du stock 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 ans<sup>3</sup>, 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. De fait, il s'avère que les taux d'accord de la Cotorep sont particulièrement importants en cas de renouvellement, surtout pour les taux d'incapacité élevés. Par exemple, 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). De plus, à part la limite d'âge et le fait de faire valoir ses droits à la retraite, le dépassement du plafond de ressources représente le principal motif de sortie. Or les bénéficiaires de l'AAH sont en général très éloignés du marché de l'emploi. Plus souvent que les bénéficiaires des autres minima sociaux, ils sont inactifs ou en emploi précaire. Rares sont les sorties vers l'emploi, dans un contexte conjoncturel difficile où le handicap demeure un frein à l'embauche, malgré l'existence de mesures incitatives pour les entreprises (encadré 2). Les structures en milieu protégé, Esat par exemple, sont quasiment les seules issues possibles, face à un dispositif d'insertion professionnelle adapté encore insuffisant.

Jusqu'en 2004, la Cotorep est l'instance qui peut aider la personne handicapée à faire un bilan de ses aptitudes, l'orienter, décider d'aides financières et sociales. Cette commission se scinde en deux sections. La première concerne les relations de la personne handicapée avec le travail (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, orientation vers le travail en milieu ordinaire ou protégé, aides

---

2. Les dossiers d'enfants bénéficiaires de l'AES atteignant 20 ans représentent 14% des demandes d'AAH en 2004 (rapport Igas, 2004).

3. Le délai dans lequel la décision de la Cotorep doit être révisée ne peut excéder cinq ans ; il est porté à dix ans pour des personnes présentant un handicap irréversible ou non susceptible d'évoluer favorablement.

financières au retour à l'emploi) et la seconde attribue les allocations (AAH notamment), évalue le taux d'incapacité et oriente vers les établissements d'accueil spécialisés pour handicapés.

#### *Encadré 1*

##### **L'allocation aux adultes handicapés en 2004, avant la réforme**

L'allocation aux adultes handicapés (AAH), créée en 1975, est destinée à aider financièrement les personnes handicapées âgées d'au moins 20 ans (16 ans dans certaines conditions) remplissant 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 Commission technique d'orientation et de reclassement (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). Le plafond retenu pour le calcul de l'allocation dépend en outre de la situation familiale de la personne (nombre d'enfants à charge, en couple ou non).

Un calcul particulier est effectué si l'allocataire perçoit d'autres revenus en complément de sa pension ou rente, s'il travaille en centre d'aide par le travail (CAT), s'il est hospitalisé ou placé en maison d'accueil spécialisée, etc. Si l'allocataire dépasse le plafond de ressources pour l'attribution de l'AAH, le montant de l'AAH sera réduit (AAH à taux réduit) ; sinon, le montant est maximal (AAH à taux plein).

En plus de l'AAH, un complément d'AAH 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.

#### *Encadré 2*

##### **Les personnes handicapées et l'entreprise**

Depuis 1987, les entreprises de plus de vingt salariés sont soumises 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 au 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, qui existe depuis 1987 pour le secteur privé.

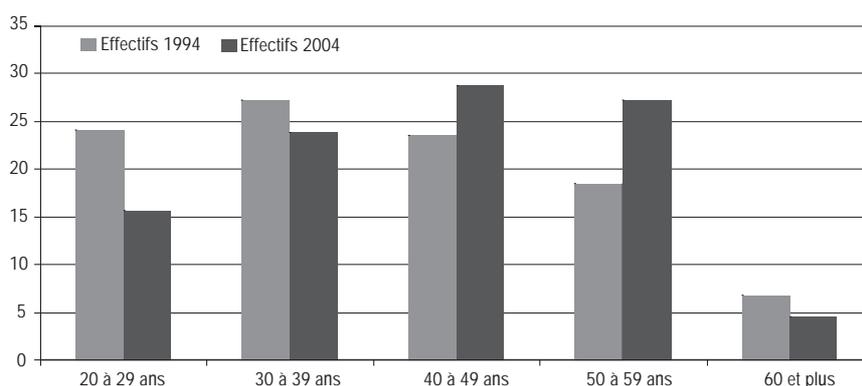
Définitions :

- 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 et 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.

De 1994 à 2004, la structure par âge des allocataires de l'AAH s'est en outre déformée de façon significative (graphique 2). La population bénéficiaire de l'allocation a ainsi 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 10 points de plus qu'en 1994. 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 débiter après l'âge de 30, 40 ou 50 ans.

Graphique 2

Répartition par tranches d'âge des bénéficiaires de l'AAH, en 1994 et 2004, en %



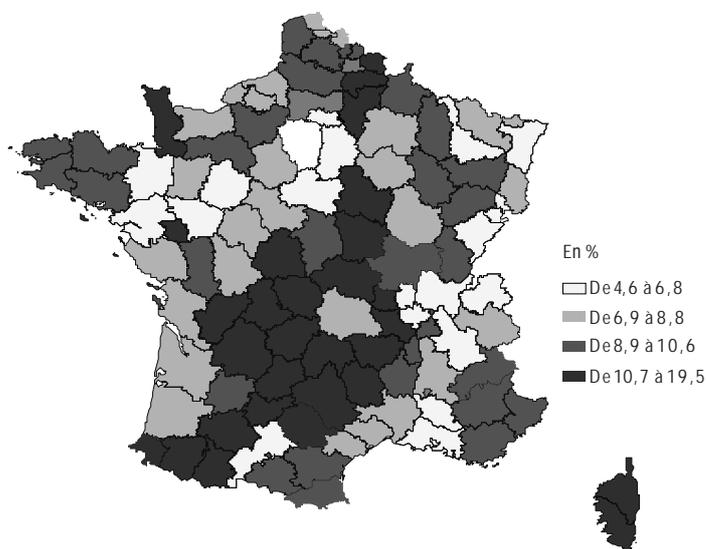
Sources : Cnaf, Ena.

Parallèlement à l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'AAH sur la période 1994-2004, il convient de remarquer celle du nombre de bénéficiaires du complément d'AAH. En 1994, la mise en place de celui-ci, destiné aux personnes handicapées vivant dans un logement indépendant, 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 les cinq premières années (soit 40 % d'augmentation), le nombre de bénéficiaires se stabilise. En 2004, ils sont 155 000 à recevoir ce complément, soit 21,4 % des bénéficiaires de l'AAH.

### Des disparités sur le territoire métropolitain

La répartition des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés est très inégale sur le territoire (carte 1). Si la proportion de bénéficiaires de l'AAH par département parmi les allocataires âgés de 20 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 des 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 %), le reste des départements à forte concentration d'allocataires de l'AAH affichant des taux supérieurs à 11 %.

Carte 1  
Proportion de bénéficiaires de l'AAH entre 20 et 60 ans au 31 décembre 2004



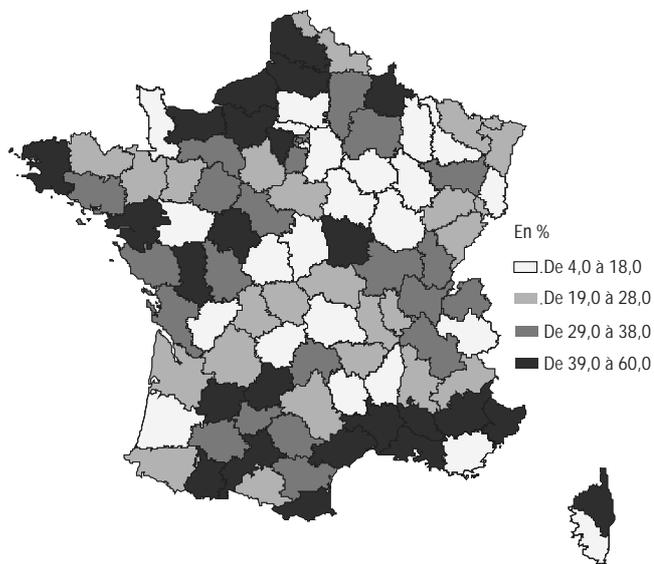
Sources : Cnaf, fichier Fileas.

Cette répartition géographique est en fait à relier avec les disparités existantes concernant les établissements pour adultes handicapés. Ainsi, que ce soit pour les établissements de travail protégé (Esat et ateliers protégés), les foyers d'hébergement ou encore les foyers occupationnels, maisons d'accueil spécialisées et foyers d'accueil médicalisés, la Lozère affiche systématiquement le taux d'équipement le plus élevé (respectivement 15, 9 et 16 places pour 1 000 habitants de 20 à 60 ans). De même, la part des bénéficiaires de l'AAH en maisons d'accueil spécialisées est la plus élevée dans ce département (93,3 pour 1 000), devant la Corrèze (62,1 pour 1 000) et le Gers (46,8 pour 1 000). À 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, 2005).

Selon un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales d'avril 2006 consacré à l'allocation aux adultes handicapés, les différences de pratiques entre les Cotorep selon les départements expliqueraient pour une grande part les disparités géographiques mises en évidence. En effet, la gestion de l'AAH par les Cotorep souffrirait d'un manque de pilotage au plan national comme au plan local, qui engendrerait des prises de décisions non homogènes sur le territoire métropolitain. De plus, les conditions d'attribution de la prestation sont pour partie difficiles à évaluer (en particulier, le critère de l'impossibilité de se procurer un emploi) [encadré 1] et peuvent faire l'objet d'interprétations diverses, donnant finalement lieu à des pratiques départementales propres. 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 du fait 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. C'est ce que montre effectivement une étude de la Drees. Selon une de ses études parue en 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 1 000 habitants de 20 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 1 000 habitants de 20 à 59 ans, est bien corrélé négativement, et très significativement, au niveau du premier quartile de revenu fiscal par département.

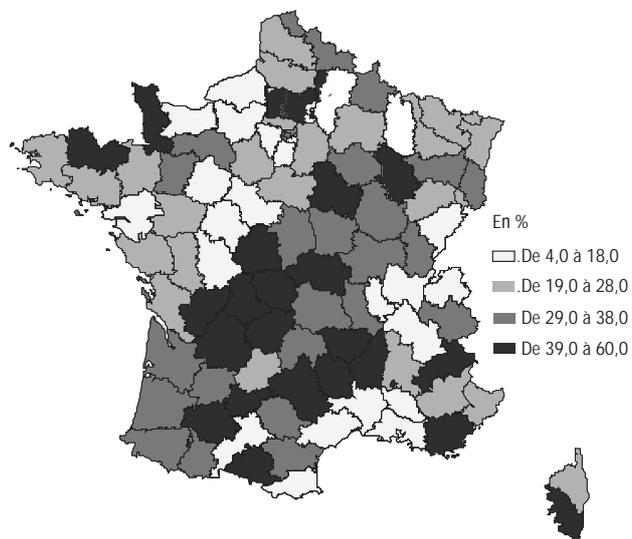
Les disparités géographiques sont encore plus marquées parmi les bénéficiaires dont le taux est supérieur ou égal à 80% (cartes 2 et 3). Alors que la proportion de bénéficiaires de l'AAH s'étend de 0,3% à 6,3% selon les départements parmi ceux ayant des taux d'incapacité compris entre 50% et 79%, celle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

Carte 2  
Proportion des bénéficiaires de l'AAH  
avec un taux d'incapacité compris entre 50 et 79 %



Sources : Cnaf, fichier Fileas.

Carte 3  
Bénéficiaires de l'AAH avec un taux d'incapacité à 80 % par rapport au nombre  
d'allocataires au 31 décembre 2004



Sources : Cnaf, fichier Fileas.

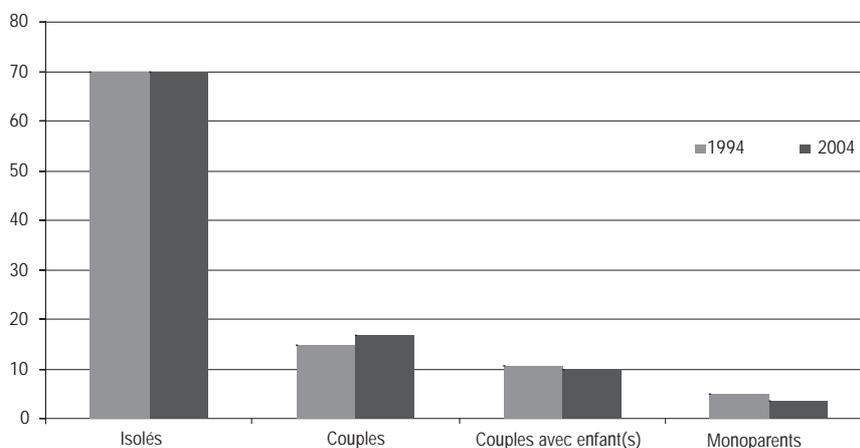
## Caractéristiques socio-économiques des bénéficiaires de l'AAH en 2004

### Une majorité d'isolés sans enfant

En 2004, 70% des bénéficiaires de l'AAH sont des isolés, et 15% vivent en couple, sans enfants. Seuls 16% ont au moins un enfant à charge, la moitié les élevant seuls (graphique 3). En outre, la situation familiale des bénéficiaires de l'AAH a peu évolué entre 1994 et 2004.

Graphique 3

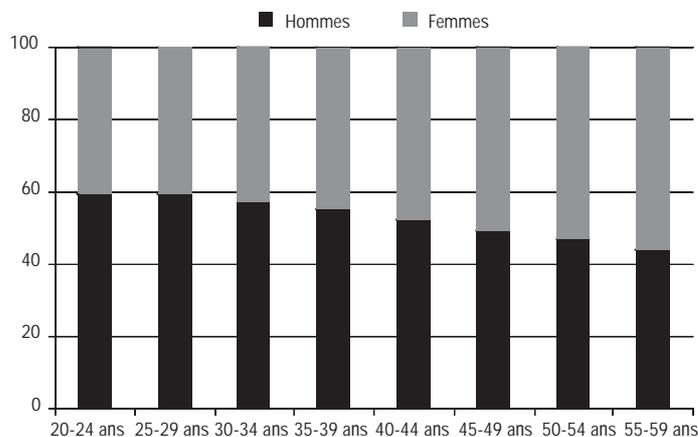
Situation familiale des bénéficiaires de l'AAH en 1994 et 2004, en %



Sources : Cnaf, fichier Fileas.

Bien qu'en moyenne la répartition des bénéficiaires selon le sexe soit relativement équilibrée, celle-ci varie selon la tranche d'âges considérée (graphique 4). La proportion des femmes parmi les bénéficiaires de l'AAH s'accroît en effet plus on avance en âge. Par exemple, alors que parmi les 20-24 ans leur part n'est que de 41 %, elle atteint 53 % parmi les 55-59 ans. Pour autant, le nombre d'accords donnés par la Cotorep progresserait avec l'âge pour les hommes autant que pour les femmes (Chanut, Michaudon, 2004). À partir d'un certain âge, les hommes ne rempliraient donc plus les conditions de ressources exigées pour le bénéfice de l'allocation ou bien seraient plus nombreux à bénéficier de pensions d'invalidité au titre de leur activité professionnelle passée.

Graphique 4  
 Âge et sexe des bénéficiaires de l'AAH en 2004, en %

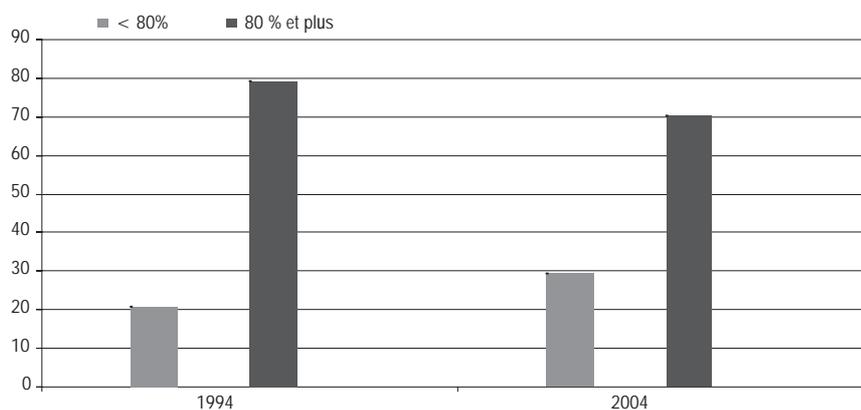


Sources : Cnaf, fichier Fileas.

### Une incapacité majoritairement supérieure à 80 %

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 9 points en dix ans, atteignant environ 30 % en 2004 (graphique 5).

Graphique 5  
 Taux d'incapacité des bénéficiaires de l'AAH en 1994 et 2004, en %



Sources : Cnaf.

### Revenus et activité

Les adultes handicapés exerçant une activité professionnelle sont minoritaires. Ainsi, moins d'un quart (23,2%) des bénéficiaires de l'AAH en décembre 2004 ont 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 (sources : Cnaf, Ena). Le marché du travail reste donc relativement peu accessible à ces personnes, malgré l'émergence de mesures incitatives pour les entreprises (encadré 2) et l'alternative réside essentiellement dans les milieux protégés. Aussi, au 31 décembre 2004, 11% des bénéficiaires de l'AAH travaillaient en Esat et près de 13% en milieux protégés (autres que Esat) [sources : Cnaf, fichier Fileas].

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, ce qui équivaut au montant médian annuel d'AAH perçu. Le montant moyen mensuel d'AAH perçu par les bénéficiaires en décembre 2004 est de 522 euros. 87% reçoivent l'allocation à taux plein, contre 13% à taux réduit.

### L'AAH depuis la réforme de 2005

#### 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 des évolutions fondamentales pour répondre aux attentes des personnes handicapées :

- Le droit à la compensation : la prestation de compensation couvre les besoins en aide humaine, technique ou animale, aménagement du logement ou du véhicule, en fonction du projet de vie formulé par la personne handicapée ;
- La scolarité : tout enfant porteur d'un handicap a le droit d'être inscrit en milieu scolaire ordinaire, dans l'école la plus proche de son domicile ;
- L'emploi : la loi réaffirme l'obligation d'emploi d'au moins 6% de travailleurs handicapés pour les entreprises de plus de 20 salariés, renforce les sanctions, crée des incitations et les étend aux employeurs publics ;
- L'accessibilité : les bâtiments et les transports doivent être mis en accessibilité dans un délai maximal de dix ans ;
- Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) : elles exercent, dans chaque département, une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement, et de conseil des personnes handicapées et de leurs proches, d'attribution des droits ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap.

En particulier, 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 (MVA). D'un montant forfaitaire – 101,80 euros par mois en 2006 –, elle 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 (GRPH). 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 MDPH, la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) a pris 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 %.

### L'AAH en 2006

Au 31 décembre 2006, 745 140 personnes bénéficient de l'AAH, dont 70 % avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %. Parmi ces dernières, 21 % perçoivent la majoration pour vie autonome, et 9 % la garantie de ressources pour personne handicapée. 1,5 % bénéficient toujours de l'ancien complément d'AAH : celui-ci est en effet 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).

L'étude du montant moyen d'AAH prédit (AAH + compléments, en euros constants 2006) sur la population composée du stock de bénéficiaires d'AAH au 31 décembre 2004 (avant la réforme) et au 31 décembre 2006<sup>4</sup> (après la réforme) permet de mettre en évidence l'effet de la réforme sur le montant. En 2006, les bénéficiaires de l'AAH perçoivent un montant significativement supérieur à celui en 2004 au titre de l'allocation.

---

4. Du stock de bénéficiaires au 31 décembre 2006 sont retirés les allocataires percevant encore l'ancien complément d'AAH.

## Bibliographie

- BELLEVILLE A., 2004 « Insertion sociale et conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux », *Études et Résultats*, n° 300, Drees, mars.
- BELLEVILLE-PLA A., 2004, « Les trajectoires professionnelles des bénéficiaires de minima sociaux », *Études et Résultats*, Drees, n° 320, juin.
- CHANUT J.-M., GROLLEMUND P., 2004, « L'activité des Cotorep en 2003 », *Études et Résultats*, Drees, n° 363, décembre.
- CHANUT J.-M., MICHAUDON H., 2004, « L'AAH, un minimum social destiné aux adultes handicapés », *Études et Résultats*, Drees, n° 344, octobre.
- DEMOLY E., 2006 « L'activité des Cotorep en 2005: une augmentation liée à la création du complément de ressources », *Études et Résultats*, Drees, n° 527, octobre.
- EMBERSIN C., GRÉMY I., 2005, *Handicap et périnatalité en Île-de-France*, ORS Île-de-France.
- IGAS, 2006, *Rapport sur l'allocation aux adultes handicapés*, avril.
- ORS ÎLE-DE-FRANCE, 2006, *Guide des établissements et des services pour enfants et adultes handicapés*.
- SCHIEDEGGER S., RAYNAUD P., 2007, « Les caractéristiques des handicaps en fonction de leur période de survenue », *Études et Résultats*, Drees, n° 559, mars.
- TRÉMOUREUX C., 2003, « L'activité des CDES et l'allocation d'éducation spéciale », *Études et Résultats* n° 268, Drees, octobre.
- VANOVERMEIR S., 2005, « L'implantation départementale des établissements pour adultes handicapés », *Études et Résultats*, Drees, n° 419, août.
- VANOVERMEIR S., 2004, « Les établissements pour adultes handicapés au 31 décembre 2001 », *Études et Résultats*, Drees, n° 308, mai.