

L'allocation aux adultes handicapés

Évolution et portrait des bénéficiaires de la prestation

Muriel Nicolas
Marie-José Robert

CNAF-Direction des statistiques, des études
et de la recherche.

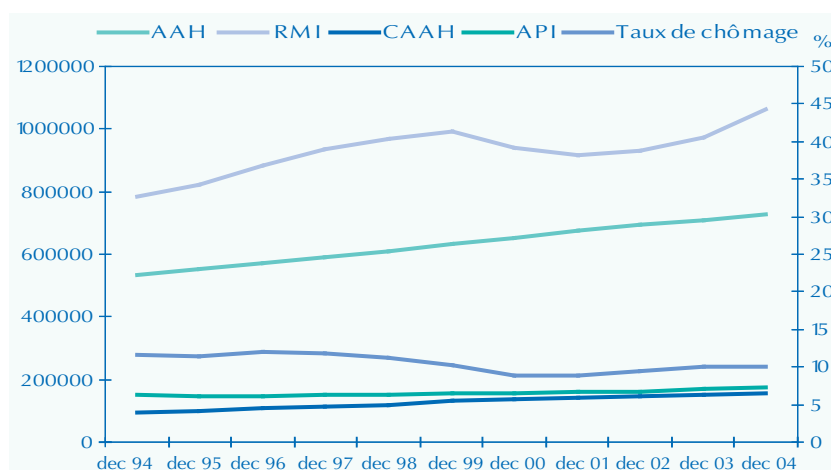
Parmi l'ensemble des minima sociaux, l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ne fait pas l'objet de beaucoup de publications, bien qu'elle se situe en seconde position en termes de bénéficiaires, après le revenu minimum d'insertion (RMI) et devant l'allocation de parent isolé (API). De fait, l'information 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 conjointe INSEE-Direction des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) « Handicap, invalidité et 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 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 d'AAH entre 1994 et 2004, un premier axe d'analyse porte sur les facteurs potentiels de l'accroissement du stock de bénéficiaires. Ensuite, l'étude vise à dresser un portrait des bénéficiaires de l'AAH, tant leur localisation que leurs caractéristiques socio-économiques ou leur taux d'incapacité. Enfin, les effets de la réforme de 2005 portant sur le handicap en général, sur le montant de l'AAH, sont ici présentés.

Un nombre de bénéficiaires en constante progression

Entre 1994 et 2004, le nombre de bénéficiaires de l'AAH est passé de 536 000 à 727 000 en France métropolitaine (graphique 1). La progression est constante et régulière, d'environ 3 % par an. Le nombre de bénéficiaires de cette prestation a ainsi augmenté de près de 28 % entre 1994 et 2004. Contrairement au RMI, la croissance du nombre de bénéficiaires de l'AAH est tendancielle et semble peu sensible aux fluctuations conjoncturelles. 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) (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

Graphique 1 – Évolution du nombre de bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés et du complément d'AAH entre 1994 et 2004



Source : CNAF – INSEE.

Champ : France métropolitaine.

AAH : allocation aux adultes handicapés ; RMI : revenu minimum d'insertion ; CAAH : complément d'AAH ; API : allocation de parent isolé.

(1) Depuis la loi du 11 février 2005, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) a remplacé l'AES.

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 aux 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.

En dehors des entrées issues de l'AES (3), une majorité de nouveaux bénéficiaires de l'AAH est préalablement connue des caisses d'Allocations familiales (CAF). Par exemple, sur 5 % d'entrants en AAH en 2004, près de 2 % bénéficiaient de l'API l'année précédente, et près de 47 % du RMI (source : calcul des auteures). 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. 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 en raison 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 (4), 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 élevés 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).

Par ailleurs, excepté 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

Encadré 1

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

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) a été créée en 1975. Son objectif est 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 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 de sa 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 cette dernière sera réduit (AAH dite « à taux réduit ») ; sinon, le montant est maximal (AAH à taux plein).

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. 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 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.

(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.

Encadré 2

Les personnes handicapées et l'entreprise

Depuis 1987, les entreprises de plus de vingt 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.

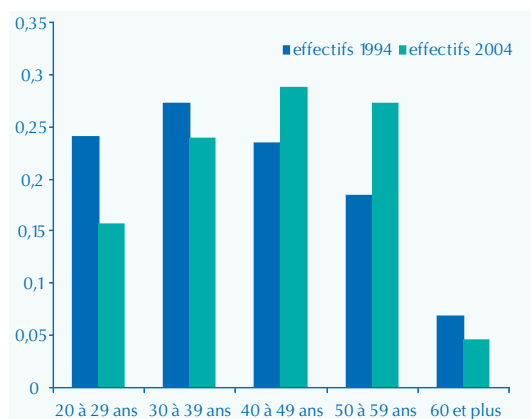
Créé par la loi, le fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (FIPH) vise à favoriser l'accès du secteur public aux plus grand nombre de personnes handicapées. Il est alimenté par la contribution des ministères, des collectivités territoriales et des hôpitaux publics ne respectant pas l'obligation d'emploi de

6 % de travailleurs handicapés. Le FOPH 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.

un frein à l'embauche, et ce malgré l'existence de mesures incitatives pour les entreprises (encadré 2). Les structures en milieux protégés, les établissements ou services d'aide par le travail (ESAT), par exemple, sont quasiment les seules issues possibles face à un dispositif d'insertion professionnelle adapté encore insuffisant. 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 dix 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 débuter après l'âge de 30, 40 ou 50 ans.

Graphique 2 – Répartition par tranche d'âge des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés en 1994 et 2004



Source : CNAF – Échantillon national des allocataires.

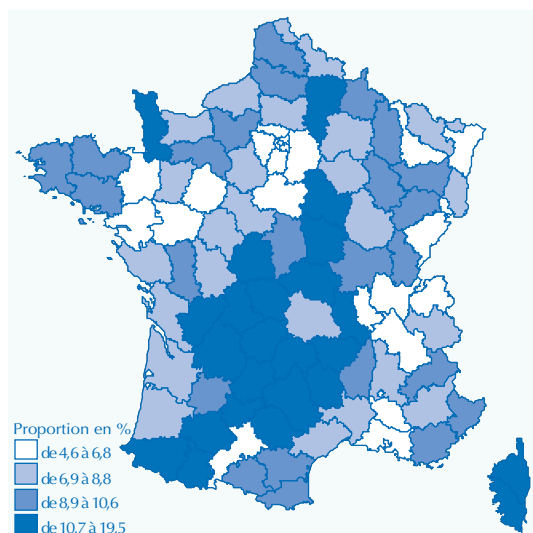
Parallèlement à l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'AAH sur la période 1994-2004, il convient d'observer celle du nombre de bénéficiaires du complément d'AAH. Destiné aux personnes handicapées vivant dans un logement indépendant, sa mise en place en 1994, a permis à 93 000 bénéficiaires de l'AAH de percevoir cette aide, soit 17,5 % des bénéficiaires de l'AAH. Après une forte croissance les cinq premières années (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'AAH est très inégale sur le territoire (carte). 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 d'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 d'AAH affichent des taux supérieurs à 11 %.

Cette répartition géographique est à relier aux disparités existantes au niveau des établissements pour

Proportion de bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés âgés de 20 à 60 ans au 31 décembre 2004



Source : CNAF-Direction des statistiques, des études et de la recherche, FILEAS.

adultes handicapés. Ainsi, tant pour les établissements de travail protégés (ESAT et ateliers protégés), les foyers d'hébergement ou encore les foyers occupatonnaux 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 ‰). 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, 2004).

Selon un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'avril 2006 consacré à l'AAH, les différences de pratiques entre les COTOREP selon les départements expliqueraient également, 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, engendrant des prises de décisions non homogènes sur le territoire métropolitain. Par ailleurs, 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 p. 110) 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'apprécia-

tion 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. C'est ce que montre effectivement une étude de la Direction de la recherche, des études et de l'évaluation statistique (DREES–ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité) dans une étude parue en 2004 (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.

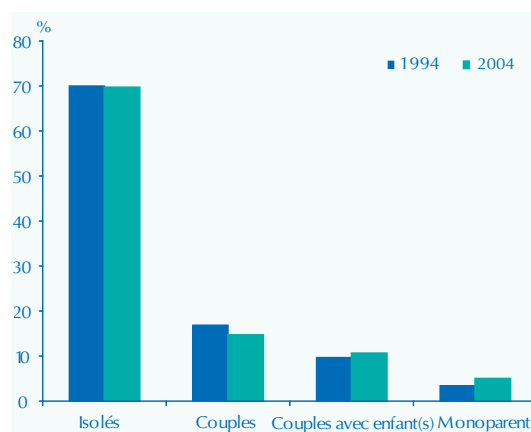
Les disparités géographiques sont encore plus marquées parmi les bénéficiaires dont le taux est supérieur ou égal à 80 %. Alors que la proportion de bénéficiaires d'AAH s'étend de 0,3 % à 6,3 % selon les départements et parmi ceux ayant des taux d'incapacité compris entre 50 % et 79 %, la proportion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

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 couples, sans enfant. Seuls 16 % ont au moins un enfant à charge, la moitié les élevant seuls (graphique 3). En outre, la situation fami-

Graphique 3 – Situation familiale des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés en 1994 et 2004.



Source : CNAF-Direction des statistiques, des études et de la recherche, FILEAS.

liale 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'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 personnes âgées de 20 à 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 autant pour les hommes que pour les femmes (Chanut et 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.

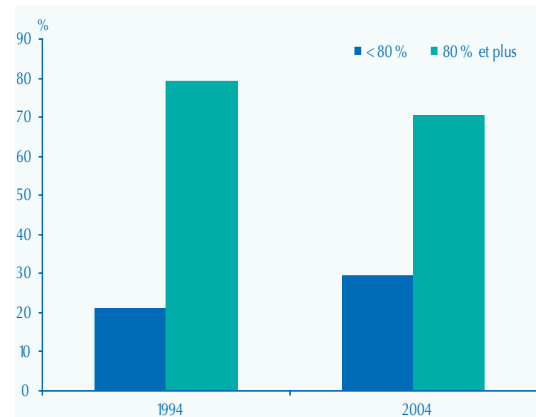
Une incapacité majoritairement supérieure à 80 %

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

Revenus et activité professionnelle

Les adultes handicapés percevant l'AAH et exerçant une activité professionnelle sont minoritaires. Ainsi, moins d'un quart des bénéficiaires de l'AAH (23,2 %) en décembre 2004 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 (source : CNAF-ENA). Le marché du travail reste donc relativement peu accessible à ces personnes, malgré l'émergence de mesures incitatives pour les entreprises (encadré 3 p. 114) et l'alternative réside essentiellement dans les milieux protégés. Aussi, au 31 décembre 2004, 11 % des

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



Source : CNAF – Direction des statistiques, des études et de la recherche, FILEAS.

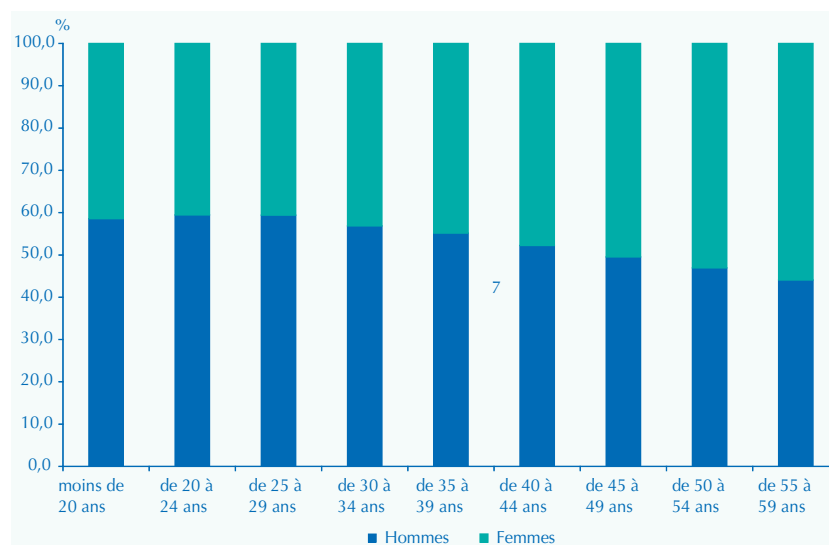
bénéficiaires de l'AAH travaillaient en ESAT et près de 13 % en milieux protégés (autres que ESAT) (source : CNAF-FILEAS).

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. 64 % reçoivent l'allocation à taux plein, contre 36 % à taux réduit.

Les effets 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, p. 114). Dans ce cadre global, l'allocation aux adultes handicapés a été modifiée, notamment, par la création de nouveaux compléments. 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 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 d'AAH : celui-ci est en effet

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



Source : CNAF-Direction des statistiques, des études et de la recherche, FILEAS

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 :

- le droit à la compensation : la prestation de compensation couvre les besoins en aide humaine, technique ou animalière, aménagement du logement ou du véhicule, en fonction du projet de vie formulée 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 vingt 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 maximum de dix ans ;
- les maisons départementales des personnes handicapées : 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. 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 caisse d'Allocations familiales). 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 %.

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 (5) (après la réforme) permet de mettre en évidence l'effet de la réforme sur le montant. En effet, les facteurs explicatifs introduits dans le modèle statistique sont le revenu du foyer (en euros constants), les indicatrices de vie en couple, de présence d'enfant(s), du taux d'incapacité (supérieur ou égal à 80 %), et de l'année (2006 ou 2004). La significativité ainsi que le signe du coefficient associé à l'indicatrice de 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, en moyenne de 13 euros mensuels.

Bibliographie

Auvigne F., Basteri A.-M., Clavreul G., Maigne G. et Picard S., 2006, « Rapport sur l'allocation aux adultes handicapés », Inspection générale des Affaires sociales.

Belleville A., 2004, « Insertion sociale et conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux », *Études et résultats*, n° 300.

Belleville-Pla A., 2004, « Les trajectoires professionnelles des bénéficiaires de minima sociaux », *Études et résultats*, n° 320.

Chanut J.-M. et Grollemund P., 2004, « L'activité des COTOREP en 2003 », *Études et résultats*, n° 363.

Chanut J.-M. et Michaudon H., 2004, « L'AAH, un minimum social destiné aux adultes handicapés », *Études et résultats*, n° 344.

Demoly E., 2006, « L'activité des COTOREP en 2005 : une augmentation liée à la création du complément de ressources », *Études et résultats*, n° 527.

Embersin C. et Gremy I., 2006, « Handicap et périnatalité en Île-de-France », rapport de l'Observatoire régional de la Santé d'Île-de-France.

Observatoire régional de la Santé, 2006, « Guide des établissements et des services pour enfants et adultes handicapés », rapport.

Scheidegger S. et Raynaud P., 2007, « Les caractéristiques des handicaps en fonction de leur période de survenue », *Études et résultats*, n° 559.

Trémoureux C., 2003, « L'activité des CDES et l'Allocation d'éducation spéciale », *Études et résultats*, n° 268.

Vanovermeir S., 2005, « L'implantation départementale des établissements pour adultes handicapés », *Études et résultats*, n° 419.

Vanovermeir S., 2004, « Les établissements pour adultes handicapés au 31 décembre 2001 », *Études et résultats*, n° 308.

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