

Le handicap en chiffres

Février 2004



Le handicap en chiffres

Février 2004

Synthèse réalisée par Cécile BROUARD (CTNERHI)

En coordination avec les membres du comité de pilotage :

Nathalie DUTHEIL, Pascale GILBERT, Hélène MICHAUDON
et Solveig VANOVERMEIR (DREES),

Pierrette TISSERAND et Catherine VASLIN (DGAS),
Marc MAUDINET, Annick PIQUET et Jésus SANCHEZ (CTNERHI)

Remerciements

Nous remercions tout d'abord toutes les personnes et les institutions qui nous ont permis de réunir les informations nécessaires à la réalisation de cette brochure.

Notre reconnaissance va également aux nombreux auteurs des études et recherches sur lesquelles nous nous sommes appuyés pour réaliser cette synthèse : M. Amar, S. Amira, V. Boissonnat, P. Bourderon, L. Caillot, C. Cans, J.-M. Chanut, P. de Colomby, N. Dutheil, M. Gadreau, A. Giami, C. Goillot, H. Grandjean, E. Hauet, C. Jagers, A. Jourdain, E. de Lacerda, A. Letourmy, H. Michaudon, C. Monteil, P. Mormiche et le groupe de Projet HID, J.-F. Ravaud, C. Razaki, P. Roussel, C. Rumeau-Rouquette, J. Sanchez, L. Sauvage, C. Trémoureux, A. Triomphe, I. Ville, S. Vanovermeir et E. Woittrain.

Sommaire

Avant-propos	5
Quelques chiffres-clefs	6
Concepts et indicateurs	9
Sources statistiques sur le handicap	13
I. Données de cadrage	15
- Le handicap se conjugue au pluriel	16
- Les déficiences	18
- Les incapacités	20
- Handicap et inégalités sociales	24
II. Les enfants handicapés	27
- Prévalence des handicaps chez l'enfant	28
- L'activité globale des Commissions départementales d'éducation spéciale (CDES)	30
- L'Allocation d'éducation spéciale	32
- Les établissements et services médico-sociaux	34
- Description d'ensemble de la population des établissements et services médico-sociaux	36
- La scolarisation	38
III. Reconnaissance administrative et allocations destinées aux adultes handicapés	41
- L'activité globale des Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel	42
- L'Allocation aux adultes handicapés	44
- L'Allocation compensatrice pour tierce personne et les autres mesures COTOREP	46
IV. Les adultes handicapés vivant à domicile	49
- Le logement	50
- Les aides humaines	52
- Les aides techniques	54
- Les restrictions de participation sociale	56
V. Les adultes pris en charge par les établissements médico-sociaux	59
- Les établissements médico-sociaux	60
- Description d'ensemble de la population des établissements médico-sociaux	62
- Les aides techniques	64
VI. L'emploi des personnes handicapées	67
- La situation des personnes handicapées par rapport à l'emploi	68
- Les mesures emploi des COTOREP	70
- Les établissements de travail protégé et de formation professionnelle adaptée	72
VII. Le budget social du handicap	75
Le compte social du handicap de 1995 à 2001	76

Avant-propos

A la demande du Secrétariat d'Etat aux personnes handicapées et dans le cadre des débats parlementaires sur la réforme de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées de 1975, le Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI), la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) et la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) ont pris en charge la rédaction de cette brochure intitulée « le handicap en chiffres ».

Cette synthèse vise à proposer une photographie rapidement lisible des principaux chiffres clefs disponibles sur le handicap. Elle a été effectuée à partir d'études publiées.

Composée de sept chapitres, cette synthèse présente dans un premier temps des données générales sur le thème du handicap, puis aborde plus spécifiquement les domaines des enfants et des adultes handicapés au travers des problématiques de la reconnaissance administrative et des allocations, de l'emploi et de la scolarisation, des établissements médico-sociaux, des conditions de vie en domicile ordinaire et du budget social du handicap.

Vingt-quatre fiches thématiques permettent d'accéder facilement à cette information.

Certaines de ces fiches sont issues de données administratives décrivant des dispositifs destinés aux personnes de moins de 60 ans. D'autres portent sur des thèmes qui ne concernent pas les personnes âgées : c'est le cas par exemple de la scolarisation ou de l'insertion professionnelle. Les analyses présentées dans ces fiches excluent donc de fait les personnes âgées de 60 ans et plus. En revanche, d'autres fiches s'appuient sur des sources qui ne comportent pas de limites d'âge. C'est le cas notamment des enquêtes en population générale – au premier rang desquelles figure l'enquête Handicaps, Incapacités, Dépendance – qui permettent d'adopter un angle plus large que celui qui ressort des données administratives. Le handicap n'ayant pas de frontière d'âge, la proportion de personnes âgées parmi la population décrite dans certaines fiches peut donc se trouver prédominante.

C'est pourquoi il convient lors de la lecture de garder présent à l'esprit que les champs couverts sont variables d'une fiche à l'autre, et que le portrait ainsi dressé de cette population que l'on nomme couramment « les personnes handicapées » découle d'angles et d'approches très diversifiés.

Quelques chiffres-clefs

■ ENFANTS

Prestations

Au 31 décembre 2002, 135 000 familles sont bénéficiaires de l'Allocation d'éducation spéciale (AES) au titre de leur(s) enfant(s) handicapé(s).

Etablissements et services médico-éducatifs

Au 31 décembre 2001, plus de 107 000 enfants et adolescents sont accueillis dans 1 981 établissements médico-éducatifs et plus de 23 000 sont suivis par 911 Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD). Environ 3 % de jeunes adultes n'ayant pas trouvé de place dans les structures pour adultes handicapés y sont maintenus au titre de l'amendement CRETON.

Décisions des commissions

Lors de l'année scolaire 1999/2000, les Commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES) ont rendu 290 000 décisions pour 185 000 enfants handicapés, dont 94 800 sont des décisions d'orientation vers les structures médico-éducatives et 77 600 des attributions d'AES.

■ ADULTES

Prestations

Au 31 décembre 2002, le nombre de bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) est de 752 900. Par ailleurs, 450 000 pensions d'invalidité ont été versées en 2001.

Etablissements médico-sociaux

Au 31 décembre 2001, on dénombre :

- 1 294 Foyers d'hébergement, qui accueillent 38 244 personnes
- 1 083 Foyers occupationnels, qui accueillent 34 142 personnes
- 278 Maisons d'accueil spécialisées (MAS), qui accueillent 14 037 personnes
- 360 Foyers d'accueil médicalisés (ex : Foyers à double tarification), qui accueillent 9 044 personnes.

Etablissements de travail protégé

Au 31 décembre 2001, on dénombre :

- 1 419 Centres d'aide par le travail (CAT), qui accueillent 96 651 personnes
- 468 Ateliers protégés, qui accueillent 16 651 personnes.

Décisions des commissions

En 2002, les Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) ont rendu 1 473 000 décisions pour 735 000 personnes, dont 211 200 attributions d'AAH et 34 400 décisions favorables d'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP).

■ COMPTE SOCIAL DU HANDICAP

En 2001, les prestations sociales versées au titre du handicap, de l'invalidité et des accidents du travail se sont élevées à 25,6 milliards d'euros, soit 6,1 % de l'ensemble des dépenses de prestations de protection sociale.

Concepts et indicateurs

**Sources statistiques sur
le handicap**

Concepts et indicateurs

Apparu dans le langage usuel au milieu des années 1950, le terme handicap a été consacré en France, par la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées de 1975. Cette loi abrogée en 2001, composante essentielle du système de protection sociale actuellement en vigueur, ne contenait ni définition du handicap, ni définition de la personne handicapée. Elle laissait aux COTOREP et CDES¹ le soin de définir qui a accès aux hébergements, services et prestations en nature du secteur.

Le terme de handicap est vite apparu comme une notion recouvrant des concepts plus ou moins polymorphes selon les interlocuteurs, chacun insistant préférentiellement sur une des dimensions de ce polymorphisme : chronicité, incapacité, insertion sociale, nature de l'atteinte organique ou psychique... Pour tous, les contours du concept et, par voie de conséquence, ceux de la population concernée, étaient flous. Finalement, en France tout du moins, la population handicapée était soit celle, qui ayant déposé un dossier en CDES ou COTOREP était reconnue comme telle au travers de l'attribution d'une prestation spécifique du handicap, soit celle qui se considérait spontanément comme handicapée.

En 1980, l'Organisation Mondiale de la Santé a aidé à la clarification de la notion de handicap en adoptant à titre expérimental une Classification Internationale des Handicaps (CIH). Celle-ci a rapidement été considérée comme une avancée conceptuelle. Remplacée en 2001 par la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), la CIH constitue cependant encore la trame de l'analyse actuelle de la notion de handicap, notamment dans l'acceptation que ce concept est pluri-dimensionnel et que les différentes dimensions sont liées par des relations multiples.

Selon la CIF, le **handicap**, comme son corollaire positif, le fonctionnement, comporte deux grands types de composantes : la composante de l'**organisme**, elle-même constituée de deux domaines (celui des fonctions organiques et celui des structures anatomiques) et la composante des **activités** et de la **participation** (deux façons d'envisager les tâches et actions de la vie). La forme prise, pour un individu donné, par chacune de ces composantes est elle-même le résultat de l'interaction entre des problèmes de santé (trouble, maladie) d'une part, et des facteurs environnementaux et personnels d'autre part. Ainsi deux individus présentant le même problème de santé peuvent-ils connaître des types ou des degrés de handicaps différents selon le milieu dans lequel ils vivent et leurs caractéristiques personnelles en termes d'âge, de sexe, d'origine sociale, d'expérience de vie préalable au trouble etc. Etudier le handicap suppose donc d'étudier les différentes composantes suivantes :

- Les **déficiences** : problèmes dans les fonctions organiques (fonctions physiologiques des systèmes organiques, y compris les fonctions psychologiques) ou les structures anatomiques (parties anatomiques du corps telles que les organes, les membres et leurs composantes), tels qu'un écart ou une perte importante.
- Les **limitations d'activité** : difficultés qu'une personne peut éprouver dans l'exécution d'une tâche ou d'une action. Cette limitation est généralement estimée en termes de capacité à faire, l'environnement étant supposé normalisé. On peut ainsi étudier les limitations à fixer son attention, à conduire un véhicule ou à soulever et porter des objets...
- Les **restrictions de participation** : problèmes qu'une personne peut rencontrer pour s'impliquer dans la vie réelle. Ces restrictions sont le plus souvent relevées en recourant à la notion de performance au sens de réalisation concrète. Plus encore que les notions précédentes, elles sont influencées par l'environnement qui rendra plus difficile ou, au contraire, aidera à la fixation de l'attention, à la conduite du véhicule ou au port des charges, mais aussi à l'insertion scolaire ou professionnelle, au déroulement d'une vie familiale.

¹ La COTOREP (commission technique d'orientation et de reclassement professionnelle) et la CDES (Commission départementale d'éducation spéciale) sont des commissions départementales réunissant différents professionnels du secteur ainsi que différents financeurs et ayant pour fonction de déterminer le taux d'incapacité de la personne, d'attribuer différentes prestations de solidarité nationale (AAH, AES notamment), de proposer l'orientation vers les établissements médico-sociaux qui semblent les plus appropriés, d'accorder la reconnaissance de travailleur handicapé.

Les tâches, ou actions prises en compte dans l'étude du handicap peuvent donc être spécifiques de la dimension des activités ou de celle de la participation : ainsi par exemple étudie-t-on plus souvent la tâche de « faire face au stress » ou celle de communiquer oralement en termes de capacité, et celle de participer à la vie politique ou d'établir des liens familiaux plutôt en termes de performance. D'autres activités, telles que le port de charge ou la recherche d'emploi peuvent faire l'objet d'un questionnement ou d'un examen sous l'une ou l'autre forme.

Tel qu'il relève de cette définition en phase de diffusion, le handicap est avant tout une notion pluri-dimensionnelle rendue dynamique par l'interaction entre les problèmes de santé personnels et l'environnement, chacun d'eux pouvant être fluctuant dans le temps. Chacune des dimensions du handicap a son intérêt propre et chacune peut connaître une gravité différente. La **sévérité** du handicap est par conséquent délicate à évaluer globalement. En effet, la question essentielle est-elle celle de la sévérité des restrictions des déficiences, celle de l'importance des incapacités ou celle de l'ampleur des restrictions de participation, et comment prendre en compte la variété des unes ou des autres en fonction de la variation de l'environnement ? Par ailleurs, qu'en est-il des situations où les individus connaissent une pluralité de déficiences, de limitations d'activité, de restrictions de participation, chacune d'ampleur différente ? Et comment comparer des personnes connaissant des déficiences similaires et des incapacités de gravité différente ? Malgré la multiplicité de ces questions, les chercheurs et acteurs sociaux du champ ont, de longue date, eu besoin d'apprécier la diffusion et l'ampleur des phénomènes de handicap.

Ils ont donc eu recours à des **indicateurs** chargés de synthétiser l'information. La plupart de ces indicateurs du handicap (ou de la dépendance) couramment utilisés dans les enquêtes ont été mis au point antérieurement à l'adoption de la CIF. Ils sont conçus soit sous forme d'items se référant à une activité mais sans précision du mode de questionnement (notamment pas d'explicitation de la question en termes de « pouvez-vous » ou « faites-vous ») soit sous des formes qui varient légèrement d'une enquête à l'autre. Il est donc difficile d'affirmer que leur intention était d'investiguer les limitations d'activité (au sens de la CIF) ou les restrictions de participation, même s'ils ont souvent été considérés comme des indicateurs d'incapacité. La plupart d'entre eux s'intéressent en fait simultanément à la notion de capacité à faire et au recours à une aide partielle ou totale pour faire et se trouvent ainsi simultanément sur les deux dimensions.

- L'**indicateur de KATZ** est le plus ancien des indicateurs largement diffusés. Bâti à partir de la sélection des activités de la vie quotidienne considérées comme essentielles (se laver, s'habiller, aller aux toilettes, entrer et sortir de son lit ou s'asseoir et se lever d'une chaise, contrôler ses selles et ses urines, manger des aliments déjà préparés), il comporte trois niveaux de réalisation : l'indépendance, le besoin partiel d'aide, la dépendance. A partir des réponses données pour chacune des six rubriques, les individus sont répartis en huit groupes dont les sept premiers correspondent à des degrés de sévérité croissants (indépendant pour les six activités, dépendant pour une seule des six activités, dépendant pour deux activités dont la première etc.).

- L'**indicateur de Colvez**, appliqué dans les années 1980 au secteur des personnes âgées, est un indicateur de mobilité dont la diffusion est désormais plus large, notamment depuis sa reprise par l'enquête Handicaps, Incapacités, Dépendance (HID) de l'INSEE. Il isole quatre groupes de personnes : celles confinées au lit ou au fauteuil, celles ayant besoin d'aide pour la toilette ou l'habillage, celles ayant besoin d'aide pour sortir, les autres cas.

Ces deux indicateurs identifient des personnes qui peuvent être considérées comme les plus handicapées, les personnes ayant besoin d'aide pour des tâches moins essentielles (activités « instrumentales » telles que faire les courses ou utiliser le téléphone ou activités correspondant à des exigences professionnelles spécifiques telles que stationner debout ou empiler des charges les unes sur les autres) n'y figurent pas.

Ces activités sont souvent incluses dans d'autres indicateurs (indicateur de Lawton, indicateur de Nagi, indicateur de l'OCDE...). Concernant une sphère plus large d'activités, l'utilisation de ces indicateurs a souvent eu pour objectif de délimiter une population dont les atteintes sont considérées comme moins sévères, mais occasionnent néanmoins un besoin d'aide, en particulier lorsque ces personnes vivent seules à domicile, ou en compagnie d'un conjoint lui-même susceptible de connaître des limitations d'activité, notamment dans le cas de couples âgés.

Le terme de **dépendance** est apparu en France dans les années 1970 pour caractériser la situation d'une fraction des personnes âgées, celle dont les difficultés de la vie quotidienne rendent le recours à une aide humaine nécessaire. Les difficultés concernées sont peu ou prou celles contenues dans l'indicateur de Katz, ainsi éventuellement que celles consécutives à des atteintes des fonctions supérieures à un niveau tel qu'elles nécessitent une surveillance (troubles de la cohérence, désorientation dans le temps et dans l'espace). Conceptuellement, cette notion n'est pas éloignée de celle du handicap sévère (avec toute la confusion des notions de limitations d'activités et de restrictions de participation que celle-ci contient), à ceci près, qu'en France du moins, cette notion n'est couramment utilisée que pour désigner la population âgée. La notion de dépendance est par contre régulièrement distinguée de celle d'**autonomie** qui correspond à la faculté de se gouverner seul et de décider soi-même, les différentes activités étant ensuite réalisées soit par soi-même, avec l'aide d'une tierce personne soit encore intégralement par un aidant.

La **reconnaissance du handicap** concerne potentiellement l'ensemble des personnes connaissant des limitations d'activités et/ou restrictions de participation quel que soit leur âge. Ce terme d'usage courant ne connaît pas de définition stricte. La notion qu'il recouvre est claire : il s'agit de la reconnaissance par une instance administrative ou assurantielle, de nature sociale, médicale, médico-sociale, voire médico-légale, de limitations d'activités ou restrictions de participation liées un état de santé durablement altéré ; cette reconnaissance ouvrant droit à prestations en nature ou en espèces, à dégrèvement d'impôt, à situation prioritaire pour l'accès à l'emploi etc. La liste des instances et types de prestations considérées comme décernant une reconnaissance de handicap est, elle, variable d'un auteur à l'autre. Il est possible de tenir compte de l'ensemble des ouvertures de droit au titre de difficultés durables : pensions militaires, prestations-invalidité, allocations aux adultes handicapés, allocations compensatrices pour frais professionnels, allocations compensatrices pour tierce personne... comme il est possible de se limiter aux formes de reconnaissance prévues par la loi de 1975, celles attribuées par les CDES et COTOREP. Encore faut-il, là aussi, définir le seuil d'incapacité ou le type de reconnaissance révélatrice du handicap : 50 ou 80 % d'incapacité, niveau d'allocation d'éducation spéciale, reconnaissance de travailleur handicapé etc.

Une fois le sujet étudié délimité, qu'il s'agisse d'une déficience précise, d'une limitation d'activité déterminée ou encore d'un handicap reconnu, il est souvent utile de connaître la diffusion du phénomène dans la population. La notion de prévalence, et dans une moindre mesure celle d'incidence, sont les plus souvent retenues.

- La **prévalence** d'un phénomène est le nombre de cas observés dans une population donnée, à un moment donné rapporté à l'ensemble de la population.
- L'**incidence** est le nombre de nouveaux cas apparus au sein d'une population donnée, sur une période de temps déterminée, généralement une année.

Ces deux notions, toutes deux issues de l'épidémiologie, sont le plus souvent rapportées aux phénomènes les plus proches du monde médical : les déficiences et les incapacités. Rien n'exclut cependant de les utiliser pour quantifier les phénomènes plus sociaux, à condition que ceux-ci puissent être décomposés en variables singulières, l'incidence et la prévalence ayant un intérêt pour chacun d'entre eux.

Sources statistiques sur le handicap

On peut identifier trois principaux types de producteurs de données quantifiées sur le handicap :

- les administrations sociales, notamment la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées et du ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, la Direction de l'Evaluation et de la Prospective du ministère de la Jeunesse, de l'Education nationale et de la Recherche, la Direction de l'animation, de la recherche des études et des statistiques (DARES) du ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité. Elles fournissent les données recueillies dans le cadre du suivi de l'activité de leurs services nationaux ou déconcentrés ou d'enquêtes spécifiques,
- les systèmes de protection sociale : CNAF, CNAMTS, MSA, CNAV etc. Ils diffusent annuellement les données relatives aux prestations qu'ils servent, notamment celles pouvant être considérées comme relevant du domaine du handicap,
- quelques organismes réalisent des enquêtes relatives aux difficultés de santé ou au handicap sur des échantillons de population. Il peut s'agir d'organismes nationaux à vocation généraliste (CREDOC, INSEE) mais aussi d'organismes dont le champ d'activité est moins large (CREDES, CTNERHI, INSERM) ou locaux (CREAI, ORS).

Ces différentes sources fournissent des données portant sur des populations parfois similaires, parfois totalement différentes, parfois partiellement incluses l'une dans l'autre. Certaines informations concernent le nombre de prestations servies (une même personne pouvant percevoir différentes prestations), d'autres concernent les individus. Enfin ces données sont recueillies à des périodicités variables. Pour toutes ces raisons, elles ne sont pas toujours comparables.

La complexité de ce dispositif d'observation statistique découle de la pluralité de définitions possibles du « handicap ». De surcroît, les données issues de remontées administratives et celles qui proviennent d'enquêtes auprès des personnes ne fournissent pas le même type d'information. L'objectif des remontées administratives est le suivi des dispositifs ; elles ne comprennent donc que peu d'informations sur les personnes. Les enquêtes menées auprès des personnes, quant à elles, fournissent une description très riche des situations individuelles, notamment en termes de conditions de vie, mais leur caractère déclaratif conduit à des imprécisions et sous-déclarations sur la situation de santé ou la reconnaissance administrative par exemple.

L'essentiel des données présentées dans les pages qui suivent proviennent des sources suivantes :

- **L'enquête HID** : Elle a été réalisée par l'INSEE, en 1998 et 2000 pour la population résidant en institutions médico-sociales, et en 1999 et 2001 pour la population résidant à domicile. Il s'agissait de la première enquête exclusivement consacrée au phénomène du handicap auprès d'un échantillon représentatif de la population française. Cette enquête vise d'une part à permettre une meilleure connaissance des caractéristiques de la population de France métropolitaine en termes de déficiences, limitations d'activités et conditions de vie (ressources, scolarité, emploi, loisirs, transports) mais aussi d'environnement (logement) et d'aides (humaines et techniques), d'autre part, grâce à la réinterrogation des mêmes personnes deux ans après leur première interrogation, à mieux connaître les flux d'entrée, mais aussi les flux de sortie, de l'incapacité. Les réponses étaient fournies par les personnes concernées elles-mêmes, éventuellement avec l'aide d'un tiers, ou encore par un aidant familial ou professionnel. Les questionnaires relatifs aux institutions et au domicile sont similaires à l'exception des parties du questionnaire relatives à des préoccupations spécifiques du domicile (tâches domestiques, implication des aidants familiaux).

- **L'enquête ES** : Menée par les services statistiques du ministère de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées, elle fournit depuis vingt ans des données régulières sur l'activité et la clientèle des établissements sociaux et médico-sociaux. Cette enquête longtemps biennale, un peu moins fréquente désormais, s'adresse alternativement à l'ensemble des établissements et services pour enfants et adultes handicapés et à ceux destinés aux personnes en difficulté. Elle fournit des renseignements, collectés auprès des gestionnaires d'établissements et services, sur l'activité, les personnels et les caractéristiques de la clientèle ; sont notamment disponibles des informations relatives à l'âge, au sexe, à la déficience principale des personnes prises en charge en Foyers d'hébergement, Maisons d'accueil spécialisées (MAS), Foyers à double tarification (FDT) nouvellement nommés foyers d'accueil médicalisés, Centres d'aide par le travail (CAT)... La dernière enquête concernant les personnes handicapées est relative à la situation au 31 décembre 2001.

- **Les statistiques annuelles d'activité des COTOREP et l'enquête CDES** : Elles fournissent annuellement des données relatives à l'activité de ces commissions (nombre et nature des décisions : demandes, accords et refus des différentes reconnaissances administratives et prestations sous réserve du respect des conditions d'ouverture des droits auprès des organismes sociaux).

- **Les enquêtes du ministère de l'Education nationale** : Elles fournissent annuellement des données sur la scolarisation par sexe, âge, déficience principale, niveau d'enseignement et type d'établissement fréquenté des jeunes malades en long séjour et des handicapés :

- L'enquête 19 a pour but de recenser tous les ans et de façon exhaustive les effectifs et les caractéristiques des élèves dans les écoles maternelles et primaires sous tutelle du ministère, y compris les Classes d'intégration scolaire (CLIS).
- L'enquête 12 comptabilise les élèves handicapés bénéficiant d'une intégration individuelle ou collective dans les établissements du second degré sous tutelle du ministère.
- L'enquête 32, réalisée dans les établissements hospitaliers, médico-éducatifs et médico-sociaux, fournit entre autre des données sur la scolarisation des enfants malades et handicapés dans les établissements de santé.
- L'enquête relative aux étudiants handicapés scolarisés dans l'enseignement supérieur est réalisée tous les ans.

- **Les enquêtes de la DARES** : Elles portent d'une part sur l'emploi des personnes handicapées dans les établissements de plus de 19 salariés assujettis à l'obligation d'emploi et d'autre part, sur le chômage et la recherche d'emploi des personnes handicapées. Ces enquêtes comportent des informations sur l'âge, le sexe, la PCS, le type de handicap et les niveaux de diplôme et de qualification.

- **La CNAF, la MSA, la CNAMTS, la CNAV et les caisses de retraite complémentaire, les conseils généraux** fournissent annuellement le bilan de leur activité en termes de nombre et nature de prestations attribuées (AAH, AES, allocation compensatrice tierce personne, allocation compensatrice frais professionnels, pensions d'invalidité, majoration tierce personne, aide ménagère, allocation personnalisée autonomie etc.) parfois croisées avec le sexe et l'âge des personnes concernées.

1.

Données de cadrage

Le handicap se conjugue au pluriel

Les déficiences

Les incapacités

Handicap et inégalités sociales

Le handicap se conjugue au pluriel

« Combien y a-t-il de personnes handicapées en France ? ». Il n'y a pas de réponse unique à cette question, car la nature, l'origine et la gravité des atteintes peuvent être très diverses. On peut appréhender le handicap sous de multiples facettes : l'incapacité à accomplir certains actes simples de la vie quotidienne, la nécessité de recourir à une aide humaine ou technique, les limitations rencontrées dans certaines activités, le bénéfice d'une reconnaissance administrative, l'accès à une prestation sont autant d'indicateurs possibles, qui ne se recoupent pas nécessairement et délimitent donc des populations différentes.

Plus de 40 % des personnes vivant à domicile déclarent au moins une déficience

Parmi la population vivant en domicile ordinaire, 42 % des personnes* déclarent rencontrer des difficultés physiques (13 % des personnes déclarent des déficiences motrices, 10 % des déficiences organiques...), sensorielles (11 %), intellectuelles ou mentales (7 %) dans la vie quotidienne (Fig. 1). Outre leur nature très diverse, ces **déficiences** sont très hétérogènes sur le plan de la gravité (les déficiences motrices peuvent par exemple aller de l'arthrose à la tétraplégie) et de l'origine : 12 % des déficiences déclarées sont attribuées à des accidents, 10 % à des causes « précoces » (complications de grossesse ou d'accouchement, malformations congénitales, maladies héréditaires), 26 % au vieillissement... La proportion de personnes touchées croît avec l'âge.

Plus de 20 % des personnes vivant à domicile déclarent au moins une incapacité* et 10 % indiquent une limitation de leurs activités*

Ces incapacités peuvent se traduire par des limitations d'activité pouvant aller, dans le domaine de la mobilité par exemple, du besoin d'aide pour sortir du domicile (2,6 millions de personnes) au confinement au lit ou au fauteuil (280 000 personnes) en passant par l'incapacité à se laver ou à s'habiller seul (1,6 million). Les personnes âgées ne sont pas les seules touchées : 11 % des personnes confinées au lit ont moins de 60 ans.

Près de 10 % de la population vivant à domicile déclare un recours à une aide humaine régulière

9 % des personnes vivant en domicile ordinaire (5,4 millions) déclarent bénéficier de l'aide régulière d'une autre personne en raison d'un problème de santé. Inférieure à 7 % avant 60 ans, cette proportion dépasse 20 % après 70 ans.

Moins de 10 % des personnes vivant à domicile déclarent bénéficier d'une reconnaissance administrative de leur handicap*

Parmi la population vivant en domicile ordinaire, 8 % des personnes* déclarent bénéficier d'une reconnaissance administrative de leur handicap et 4 % (2,3 millions) d'une allocation, pension ou d'un autre revenu en raison de problèmes de santé.

Des populations handicapées...

Les présences d'au moins une déficience, d'au moins une incapacité, d'une restriction d'activité, la reconnaissance d'un taux d'incapacité ou d'invalidité sont des indicateurs du handicap. S'il semble cohérent avec le modèle conceptuel sous-tendant la **CIH** que la fréquence de ceux-ci aille en diminuant (une déficience pouvant être ou non à l'origine d'une incapacité, elle-même entraînant ou non une limitation des activités...), la logique de la CIH suppose que les sous-populations définies par les différents indicateurs s'emboîtent les unes dans les autres. Cependant, les données de l'enquête HID montrent que les différentes populations délimitées par les incapacités, les limitations d'activités et la reconnaissance d'une incapacité/invalidité ne se recoupent pas nécessairement et forment sept populations différentes (Fig. 2). L'une de ces populations est constituée des personnes âgées dépendantes ; les personnes âgées de plus de 60 ans sont en revanche sous-représentées au sein des autres populations (Fig. 3).

Il n'existerait pas ainsi une population handicapée homogène, mais différentes populations dont le croisement permet l'approche la plus globale et complète possible de la question du handicap [1], [2].

■ CHAMP

Population de tous âges (sauf pour les pourcentages repérés par un astérisque qui concernent les 16 ans et plus) vivant en domicile ordinaire en France métropolitaine, soit 57,4 millions de personnes.

■ DEFINITIONS

Les incapacités : difficultés ou impossibilités de réaliser des actes élémentaires comme se tenir debout, s'habiller, parler... Elles résultent en général d'une ou plusieurs déficiences.

Les déficiences : voir partie introductive « concepts et indicateurs ».

La CIH (Classification Internationale des Handicaps) : voir partie introductive « concepts et indicateurs ».

■ NOTE DE LECTURE

Ces résultats proviennent de l'enquête Handicaps, Incapacités, Dépendance (HID) menée par l'INSEE fin 1999 en métropole auprès des personnes vivant à leur domicile.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Goillot C., Mormiche P., *Enquête « Handicaps, incapacités, dépendance » en institution en 1998*, INSEE Résultats, collection Démographie-Société, n° 83-84, 2001.

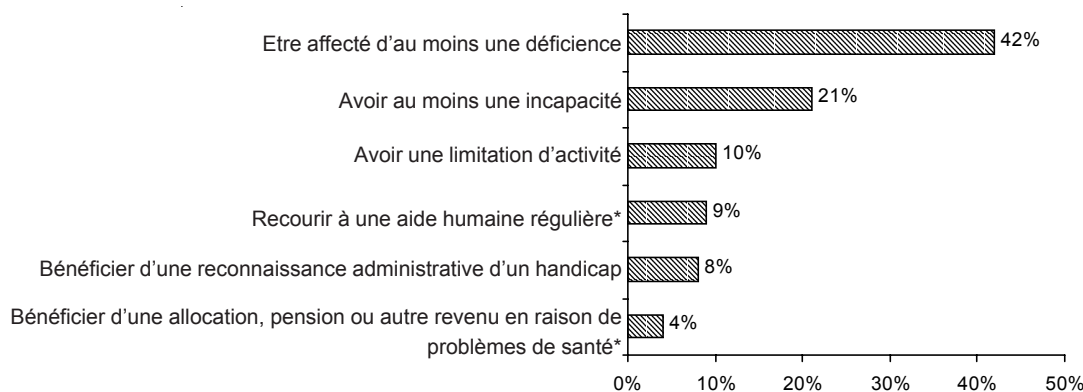
- Goillot C., Mormiche P., *Enquête « Handicaps, incapacités, dépendance » auprès des personnes vivant à domicile en 1999*, INSEE Résultats, collection Société, n° 6, 2002.

SOURCES

[1] Mormiche P. et le groupe de Projet HID, *Le handicap se conjugue au pluriel*, INSEE Première, n° 742, octobre 2000.

[2] Ville I., Ravaut J.-F., Letourmy A., *Les désignations du handicap, des incapacités déclarées à la reconnaissance administrative*, Revue Française des Affaires Sociales, n° 1-2, janvier-juin 2003.

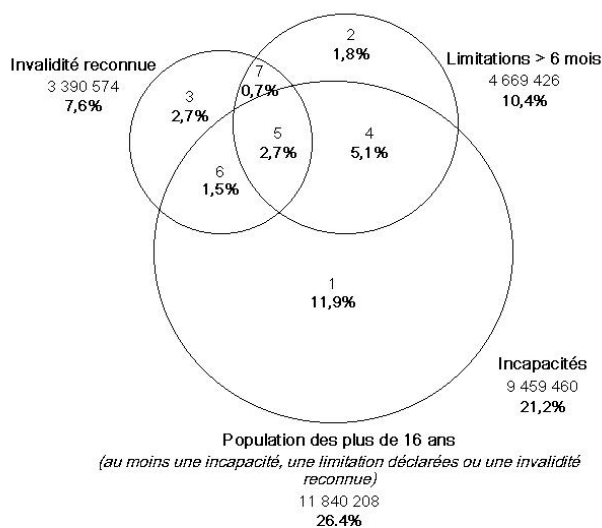
■ **Fig. 1 : Diverses approches du handicap (proportions de personnes déclarant :)**



Champ : population de tous âges (sauf pour les items repérés par une astérisque pour lesquelles les proportions ne concernent que les plus de 16 ans) vivant en domicile ordinaire en France métropolitaine.

Sources : [1], [2]

■ **Fig. 2 : Les sept populations handicapées obtenues par des approches en termes d'incapacité, de limitation et de reconnaissance sociale d'une incapacité ou invalidité et leurs intersections**



Champ : population de plus de 16 ans vivant en domicile ordinaire en France métropolitaine.

Source : [2]

■ **Fig. 3 : Caractérisation des sept « populations handicapées »**

Populations	Effectif (en milliers)	Caractérisation	Groupes d'âge sur ou sous-représentés
Population 1 : des incapacités isolées et mineures	5 300	personnes qui ne déclarent qu'une (ou plusieurs) incapacité, sans restriction d'activité ni reconnaissance administrative	
Population 2 : des incapacités diffuses non repérées	800	personnes qui ne déclarent qu'une limitation d'activité, sans incapacité ni reconnaissance administrative	moins de 30 ans sur-représentés
Population 3 : des modes de reconnaissance aux critères disparates	1 200	personnes qui déclarent une reconnaissance d'un taux d'invalidité ou d'incapacité, sans incapacité ni limitation	moins de 40 ans sur-représentés
Population 4 : les personnes âgées dépendantes	2 300	personnes qui déclarent une (ou plusieurs) incapacité et une restriction de leurs activités, sans reconnaissance administrative	croît avec l'âge
Population 5 : le noyau dur du handicap	1 200	personnes qui déclarent à la fois une ou plusieurs incapacités, une limitation des activités et une reconnaissance d'un taux d'incapacité ou d'invalidité	30-59 ans sur-représentés
Population 6 : les personnes présentant des déficiences intellectuelles ou mentales	650	personnes qui déclarent avoir une (ou plusieurs) incapacités avec reconnaissance d'un taux d'invalidité mais sans limitation	moins de 70 ans sur-représentés
Population 7 : des maladies limitantes	325	personnes qui déclarent une limitation avec reconnaissance d'un taux d'incapacité ou d'invalidité, sans incapacité	30-59 ans sur-représentés

Champ : population de plus de 16 ans vivant en domicile ordinaire en France métropolitaine.

Source : [2]

Les déficiences

Près de 40 % des personnes vivant en domicile ordinaire déclarent rencontrer dans la vie de tous les jours des difficultés, qu'elles soient physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales, ces dernières étant liées à une *déficience*. Cependant, toutes ne présentent pas un handicap : seule une minorité des déficiences entraîne une limitation d'activité.

En domicile ordinaire, près de 4 personnes sur 10 déclarent au moins une déficience

Cette proportion atteint 98 % en institution

- En domicile ordinaire, près de 40 % des personnes déclarent au moins une déficience (Tab. 1). Cette proportion est inférieure à 25 % chez les personnes de moins de 40 ans, puis s'élève à près de 40 % pour les 40-59 ans pour atteindre près des trois quarts des personnes de 60 ans et plus. La quasi-totalité des personnes de moins de 20 ans déclarant au moins une déficience indiquent une seule déficience. Au fur et à mesure que l'âge avance, la part de personnes déclarant plusieurs déficiences parmi les personnes déclarant au moins une déficience augmente, atteignant environ 50 % pour les 60 ans et plus.

- En institution, la proportion de personnes déclarant au moins une déficience s'élève à 98 % et est relativement stable quel que soit l'âge. Plus de 4 personnes sur 10 souffrent d'une seule déficience, le plus souvent intellectuelle ou mentale exclusivement (24 %). La part de personnes déclarant plusieurs déficiences parmi les personnes déclarant au moins une déficience augmente avec l'âge : 74 % des 0-19 ans déclarent une seule déficience et 20 % au moins deux déficiences ; ces proportions atteignent respectivement 33 % et 62 % pour les 60 ans et plus.

En domicile ordinaire, les déficiences physiques sont à tous âges plus fréquentes que les déficiences intellectuelles ou mentales exclusives

En institution, les déficiences intellectuelles/mentales exclusives prédominent largement jusqu'à 60 ans

- Pour les personnes vivant en domicile ordinaire, les prévalences des déficiences intellectuelles ou mentales sont assez faibles (Fig. 1-2). Ceci est particulièrement vrai pour les déficiences intellectuelles/mentales exclusives et les déficiences intellectuelles ou mentales associées à des difficultés physiques autres que motrices pour lesquelles les prévalences sont à tous âges inférieures à 5 %. Les proportions de personnes déclarant à la fois des déficiences intellectuelles ou mentales et motrices sont en revanche plus élevées à partir de 70 ans atteignant 15 % pour les 90 ans et plus. De façon générale, les déficiences physiques sont plus fréquentes que les déficiences intellectuelles ou mentales. Les mono-déficiences motrices et autres physiques ont des prévalences proches et des évolutions assez comparables à partir de 20 ans.

Chez les jeunes et les enfants, les déficiences motrices pures sont très rares (1 % chez les 0-9 ans et 2 % chez les 10-19 ans) tandis que les mono-déficiences physiques autres concernent 7-8 % des individus. A partir de 20 ans, les prévalences de ces deux mono-déficiences augmentent jusqu'à 12 % pour les

déficiences motrices et près de 17 % pour les autres difficultés physiques chez les 60-69 ans, puis diminuent à partir de 70 ans. La pluri-déficience motrice et autre physique concerne moins de 5 % des individus jusqu'à 50 ans, puis sa prévalence s'élève de façon importante pour atteindre 42 % pour les 90 ans et plus.

- Les personnes vivant en institution souffrent jusqu'à 60 ans majoritairement d'une déficience intellectuelle ou mentale exclusive. A partir de cet âge, la prévalence de cette mono-déficience décroît sensiblement jusqu'à moins de 10 % pour les 90 ans et plus (Fig. 3-4). Cette évolution s'explique par le développement d'autres types de déficiences chez les personnes appartenant initialement à ce groupe, mais aussi par l'arrivée dans les établissements hébergeant des personnes âgées de personnes touchées par les conséquences physiques du vieillissement. Ainsi, la proportion de personnes déclarant des déficiences uniquement motrices passe de 9 % chez les 50-59 ans à 18 % chez les 70-79 ans et la prévalence de la pluri-déficience motrice et autre physique augmente très fortement, passant de 2 % chez les 50-59 ans à 31 % chez les 90 ans et plus [1], [2].

■ CHAMP

Population de tous âges vivant en domicile ordinaire (57,4 millions de personnes) ou en institution (660 000 personnes).

■ DEFINITIONS

La déficience : correspond à un problème des fonctions organiques (fonctions physiologiques des systèmes organiques, y compris les fonctions psychologiques) ou des structures anatomiques (parties anatomiques du corps telles que les organes, les membres et leurs composantes) sous forme d'écart ou de perte importante. La notion de déficience ne comporte pas à proprement parler de notion de gravité.

Les groupes exclusifs de déficiences : désignent une classification, établie par le groupe de projet HID, des individus dans des groupes exclusifs de déficiences caractérisés par le fait que chaque personne appartient à un seul groupe. Trois groupes correspondent à des mono-déficiences, quatre à des pluri-déficiences, un à des déficiences non précisées et un à une absence de déficience.

■ NOTE DE LECTURE

Ces résultats proviennent des enquêtes Handicaps, Incapacités, Dépendance (HID) menées par l'INSEE fin 1998 et fin 1999 en métropole respectivement auprès de personnes vivant dans des institutions sanitaires ou médico-sociales et de personnes vivant en domicile ordinaire.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Ralle P., *La mesure des déficiences dans l'enquête « Handicaps, incapacités, dépendance »*, Revue Française des Affaires Sociales, n° 1-2, janvier-juin 2003.

- Roussel P., Sanchez J., *Les groupes exclusifs de personnes déficientes : mode de constitution, apports et limites*, Séminaire de recherche HID, Dourdan, 2001.

SOURCES

[1] Goillot C., Mormiche P., *Enquête « Handicaps, incapacités, dépendance » auprès des personnes vivant à domicile en 1999*, INSEE Résultats, collection Société, n° 6, 2002.

[2] Goillot C., Mormiche P., *Enquête « Handicaps, incapacités, dépendance » en institution en 1998*, INSEE Résultats, collection Démographie-Société, n° 83-84, 2001.

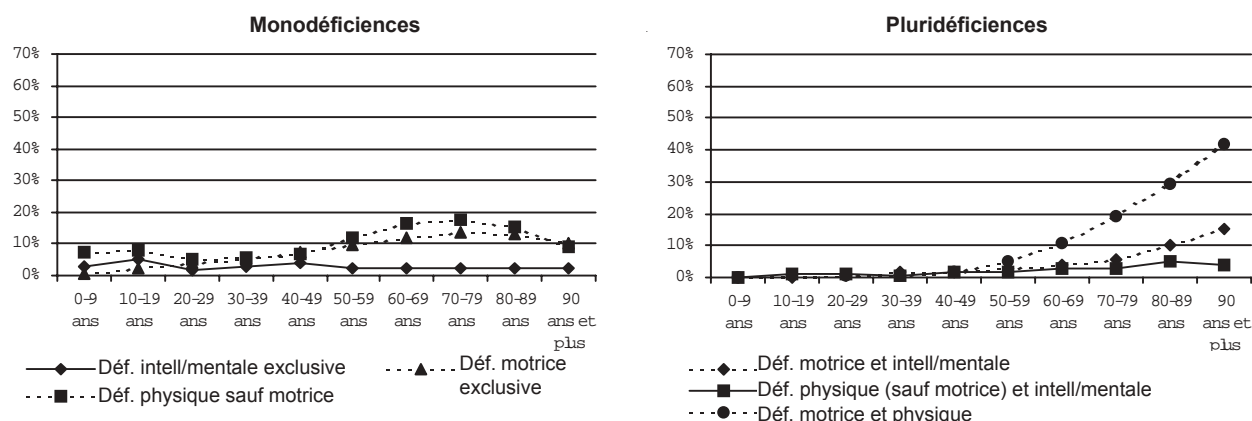
■ Tab. 1 : Répartition des individus en groupes exclusifs de déficiences et selon le lieu de vie et l'âge

	Mono-déficiences			Pluri-déficiences				Ensemble			
	Déficiences intellectuelles/mentales exclusives	Déficiences motrices exclusives	Déficiences physiques autres que motrices	Déficiences motrices et intellectuelles/mentales	Déficiences physiques (sauf motrices) et intellectuelles/mentales	Déficiences physiques et motrices	Pluri-déficiences physiques (autres que motrices)	Déficiences non précisée	Absence de déficience	%	Effectifs
Domicile ordinaire											
0-19 ans	4 %	1 %	8 %	0 %	1 %	0 %	0 %	12 %	74 %	100 %	14 770 000
20-39 ans	2 %	5 %	5 %	1 %	1 %	0 %	0 %	10 %	76 %	100 %	16 170 000
40-59 ans	3 %	8 %	9 %	2 %	2 %	3 %	1 %	11 %	61 %	100 %	14 910 000
60 ans et plus	2 %	13 %	17 %	6 %	3 %	17 %	5 %	11 %	26 %	100 %	11 570 000
Ensemble	3 %	6 %	9 %	2 %	2 %	5 %	1 %	11 %	61 %	100 %	57 410 000
Institution											
0-19 ans	63 %	5 %	6 %	13 %	6 %	1 %	0 %	2 %	4 %	100 %	48 600
20-39 ans	56 %	8 %	2 %	20 %	8 %	2 %	0 %	2 %	2 %	100 %	69 200
40-59 ans	50 %	7 %	2 %	22 %	11 %	2 %	1 %	2 %	3 %	100 %	58 600
60 ans et plus	12 %	16 %	5 %	30 %	7 %	23 %	2 %	3 %	2 %	100 %	483 800
Ensemble	24 %	14 %	4 %	27%	8 %	17 %	1 %	3 %	2 %	100 %	660 200

Champ : population vivant en domicile ordinaire ou en institution.

Sources : [1], [2]

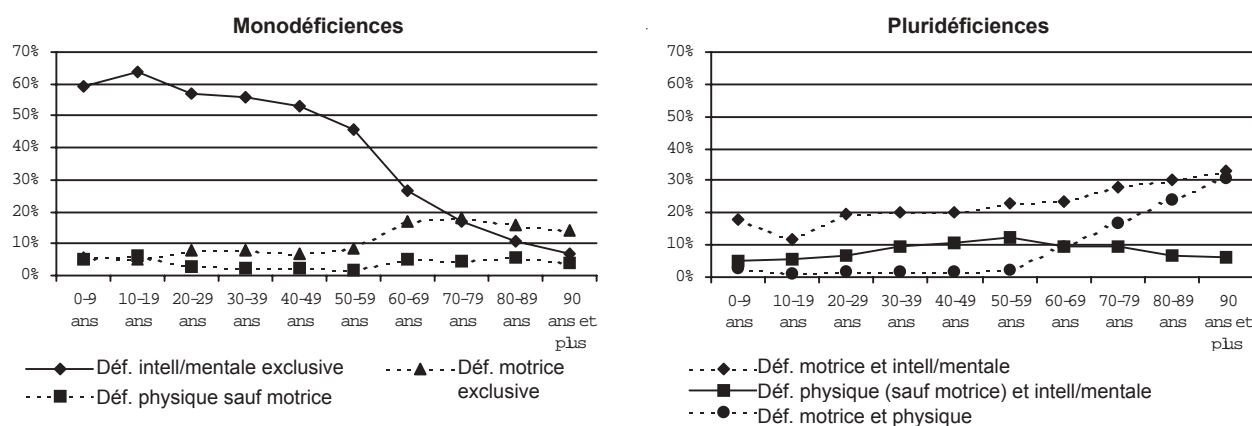
■ Fig. 1-2 : Prévalence de certains groupes exclusifs de déficiences selon l'âge pour les individus vivant en domicile ordinaire



Champ : population vivant en domicile ordinaire.

Sources : [1], [2]

■ Fig. 3-4 : Prévalence de certains groupes exclusifs de déficiences selon l'âge pour les individus vivant en institution



Champ : population vivant en institution.

Sources : [1], [2]

Les incapacités

*Les déficiences peuvent entraîner des **incapacités**, c'est-à-dire des difficultés à accomplir certains actes de la vie quotidienne. En domicile ordinaire, les incapacités déclarées sont relativement rares avant 60 ans hormis pour les domaines de la mobilité et des déplacements, et celui des tâches ménagères. En institution, les proportions de personnes déclarant avoir besoin d'aide pour au moins une activité sont élevées dès 10 ans pour tous les domaines et augmentent fortement avec l'âge.*

A domicile, les activités qui posent le plus souvent problème sont celles liées au déplacement extérieur, à la souplesse et à la vue et l'ouïe

En institution, il s'agit également des activités liées au déplacement extérieur et à la souplesse, mais aussi de l'habillage et de la toilette

- En domicile ordinaire, les personnes sont, tous âges confondus, plus de 90 % à effectuer sans difficulté la majorité des activités quotidiennes (Fig. 1-2).

Au total, en considérant la proportion de personnes ne pouvant réaliser sans aide au moins une activité d'un domaine donné, les domaines posant le plus souvent problème en domicile ordinaire sont ceux qui concernent la mobilité et le déplacement (8 %), les tâches ménagères et leur gestion (6 %) puis la souplesse et la manipulation (5 %). Mais ces proportions élevées sont principalement dues aux personnes de 60 ans et plus, hormis pour les domaines mobilité/déplacements et tâches ménagères pour lesquels plus de 5 % des 40-59 ans ne peuvent réaliser sans aide au moins une activité (Tab. 1). Si les différences hommes/femmes sont faibles jusqu'à 59 ans, elles deviennent importantes à partir de 60 ans : pour le domaine des déplacements et de la mobilité, les femmes sont près de deux fois plus nombreuses que les hommes à déclarer ne pas pouvoir effectuer sans aide au moins une activité de ce domaine (30 % contre 16 %).

- En institution, les proportions de personnes n'éprouvant pas de difficulté de réalisation des activités quotidiennes sont logiquement plus faibles, allant de 19 % à 80 % selon les activités (Fig. 1-2). De plus, la part de personnes ne pouvant pas effectuer sans aide ces activités parmi les personnes rencontrant des difficultés est généralement importante.

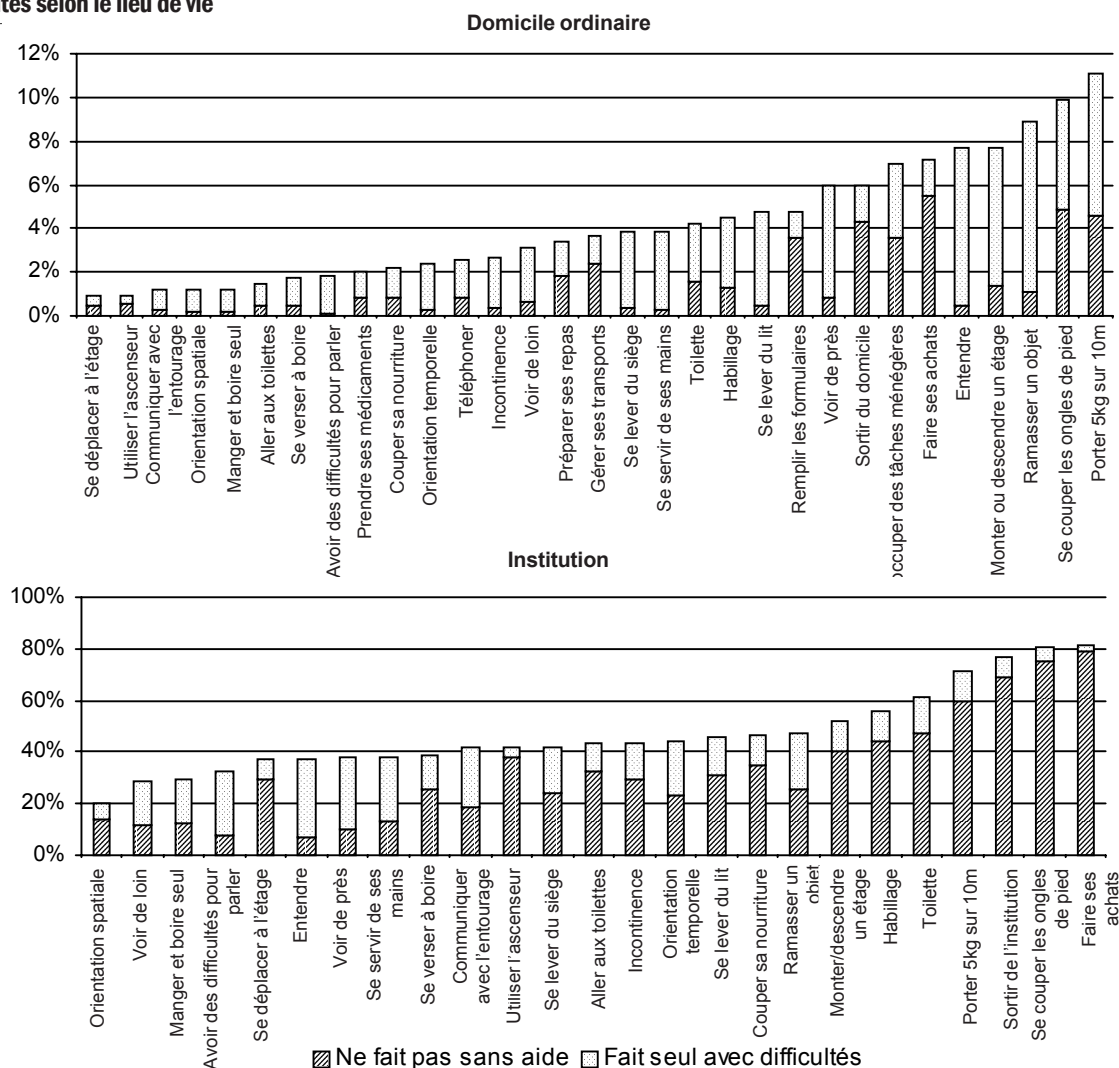
Les actions qui posent le plus souvent problème sont celles liées au déplacement extérieur, à la souplesse et à l'habillage et la toilette.

Les proportions de personnes ne pouvant effectuer sans aide au moins une activité d'un domaine sont élevées dès 10 ans (particulièrement pour les domaines mobilité/déplacements, souplesse/manipulation et communication) et augmentent régulièrement avec l'âge. A tous âges, les femmes sont plus nombreuses à ne pas pouvoir effectuer sans aide au moins une activité d'un domaine.

En domicile ordinaire comme en institution, les proportions d'individus ayant au moins une incapacité dans un domaine donné augmentent globalement avec l'âge

- En milieu ordinaire, l'impossibilité de réaliser sans aide au moins une activité d'un domaine donné commence selon les domaines entre 50 et 80 ans à l'exception des tâches ménagères et des déplacements/mobilité pour lesquels elle commence plus tôt (Fig. 3-4). Ainsi, 3 % des 40-49 ans ont au moins une incapacité (impossibilité de réaliser sans aide au moins une activité d'un domaine donné) pour les tâches domestiques, principalement pour les activités ménagères et administratives. Pour le domaine déplacements/mobilité, 5 % des personnes de 40-49 ans indiquent avoir au moins une incapacité. Ces incapacités concernent uniquement les déplacements extérieurs et les activités d'effort : sortir du domicile (2 %), faire ses achats (4 %) et porter une charge de 5 kg sur une distance de 10 mètres (3 %). Les incapacités liées à la mobilité proche n'apparaissent que vers 70 ans. Dès l'âge de 50 ans, deux groupes s'individualisent, d'une part les domaines mobilité/déplacements, tâches ménagères et souplesse/manipulation pour lesquels les proportions d'individus ayant au moins une incapacité augmentent dès cet âge et de façon importante pour atteindre plus de 70 % chez les 90 ans et plus, d'autre part, les autres domaines pour lesquels ces prévalences augmentent surtout après 70 ans jusqu'à 20-40 % pour les 90 ans et plus. Les proportions d'individus déclarant au moins une incapacité dans un domaine donné ont également des profils différents selon le sexe et le milieu social. Par exemple, pour les domaines toilette/habillage/alimentation et hygiène de l'élimination urinaire ou fécale, les femmes sont moins nombreuses à déclarer au moins une incapacité que les hommes jusqu'à 79 ans puis la tendance s'inverse. De façon générale, les personnes des milieux ouvriers et les « inactifs » sont ceux qui déclarent le plus souvent au moins une incapacité tandis que les cadres et les professions intellectuelles supérieures sont ceux qui indiquent le moins fréquemment ne pas pouvoir réaliser au moins une activité d'un domaine donné sans aide.

■ Fig. 1-2 : Proportion de personnes effectuant seules avec difficultés ou n'effectuant pas sans aide les activités quotidiennes suivantes selon le lieu de vie



Note : Les structures d'âge et de sexe des personnes vivant en domicile ordinaire et en institutions sont différentes. Attention, ces deux graphiques ont des échelles très différentes.

Champ : population vivant en domicile ordinaire ou en institution.

Sources : [1], [2]

■ Tab. 1 : Proportion de personnes ne pouvant réaliser sans aide au moins une activité de chaque domaine selon l'âge, le sexe et le lieu de vie

	Toilette/habillage/alimentation		Hygiène de l'élimination urinaire ou fécale		Mobilité/déplacements		Communication à distance/cohérence/orientation		Vue/ouïe / parole		Souplesse/manipulation		Tâches ménagères et gestion	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Domicile														
10-19 ans	1	0	1	0	3	2	7	3	4	2	2	4	2	2
20-39 ans	1	0	0	0	2	1	1	0	0	0	1	1	2	1
40-59 ans	2	2	0	0	6	8	1	1	1	1	2	4	5	6
60 ans et +	7	7	2	2	16	30	4	4	5	6	15	23	17	23
Ensemble	2	2	1	1	6	10	1	1	1	2	4	7	5	7
Institution														
10-19 ans	18	23	11	14	40	50	23	30	14	20	29	38	-	-
20-39 ans	31	36	14	21	71	79	33	43	19	24	46	56	-	-
40-59 ans	34	44	14	21	73	97	26	43	16	22	54	69	-	-
60 ans et +	58	63	37	44	82	92	31	39	21	27	79	87	-	-
Ensemble	45	59	26	41	73	90	30	39	19	27	63	82	-	-

H : Hommes, F : Femmes

Champ : population vivant en domicile ordinaire ou en institution.

Sources : [1], [2]

• En institution, les proportions d'individus ayant au moins une incapacité suivent globalement la même évolution selon l'âge pour tous les domaines mais avec des niveaux différents : les prévalences sont minimales chez les 10-19 ans, puis augmentent, surtout à partir de 70 ans (Fig. 3-4).

C'est pour les activités liées à la mobilité, aux déplacements, à la souplesse et à la manipulation que l'impossibilité de réaliser sans aide au moins une activité d'un domaine donné est à tous âges la plus fréquente que pour les autres domaines. Dès 20 ans, près de 3 personnes sur 4 ont au moins une incapacité relative au déplacement ou à la mobilité (il s'agit majoritairement de difficultés liées au déplacement, mais environ 10 % des 20-29 ans ont besoin d'assistance pour se lever d'un siège ou d'un lit).

C'est pour les activités sensorielles, l'hygiène de l'élimination urinaire ou fécale et les gestes liés à la communication, la cohérence et l'orientation que les incapacités sont à tous âges les moins fréquentes.

De façon générale, les femmes déclarent plus fréquemment que les hommes au moins une incapacité, suggérant que leur institutionnalisation se ferait pour des niveaux d'incapacité plus élevés.

Les « inactifs » sont ceux qui déclarent le plus souvent au moins une incapacité pour l'ensemble des domaines. Les salariés sont d'autant plus nombreux à ne pas pouvoir réaliser sans aide au moins une activité d'un domaine donné que leur position sociale est élevée, témoignant d'un seuil de sévérité des incapacités pour l'entrée en institution d'autant plus important que la catégorie sociale est élevée.

A domicile comme en institution, ce sont les personnes souffrant de plusieurs déficiences qui présentent les incapacités les plus sévères

• En domicile ordinaire, ce sont les individus atteints de pluri-déficiences qui ont globalement les incapacités les plus sévères, principalement ceux souffrant à la fois de déficiences intellectuelle ou mentale et motrice (Fig. 5-6). Pour les personnes mono-déficientes, les scores moyens d'incapacité¹ augmentent régulièrement avec l'âge, surtout à partir de 70 ans. En ce qui concerne les pluri-déficiences, les scores d'incapacité diminuent entre 10 et 39 ans, puis augmentent.

• En institution, de la même façon qu'en domicile ordinaire, ce sont les personnes souffrant de plusieurs déficiences qui ont les scores moyens d'incapacité les plus élevés avec une dominante pour les pluri-déficiences motrices et intellectuelles [1], [2].

■ CHAMP

Population de tous âges vivant en domicile ordinaire (57,4 millions de personnes) ou en institution (660 000 personnes).

■ DEFINITION

Les incapacités : ce sont les difficultés ou impossibilités de réaliser des actes élémentaires comme se tenir debout, s'habiller, parler... Elles résultent en général d'une ou plusieurs déficiences.

Ici, l'incapacité dans un domaine donné correspond à l'impossibilité de réaliser sans aide au moins une activité du domaine concerné.

■ NOTE DE LECTURE

Ces résultats proviennent des enquêtes Handicaps, Incapacités, Dépendance (HID) menées par l'INSEE fin 1998 et fin 1999 en métropole respectivement auprès de personnes vivant dans des institutions sanitaires ou médico-sociales et de personnes vivant en domicile ordinaire. Ces enquêtes ont permis de mesurer vingt-cinq incapacités regroupées en six groupes pour les personnes en institution et trente et une regroupées en sept groupes pour les ménages :

- Toilette/habillage/alimentation,
- Hygiène de l'élimination urinaire et fécale,
- Mobilité/déplacement,
- Communication à distance/cohérence/orientation,
- Vue/ouïe/parole,
- Souplesse/manipulation,
- Tâches ménagères et gestion (ce domaine n'est pas exploré pour les personnes institutionnalisées non concernées par les tâches domestiques).

POUR EN SAVOIR PLUS

Ralle P., *La mesure des déficiences dans l'enquête « Handicaps, incapacités, dépendance »*, Revue Française des Affaires Sociales, n°1-2, janvier-juin 2003.

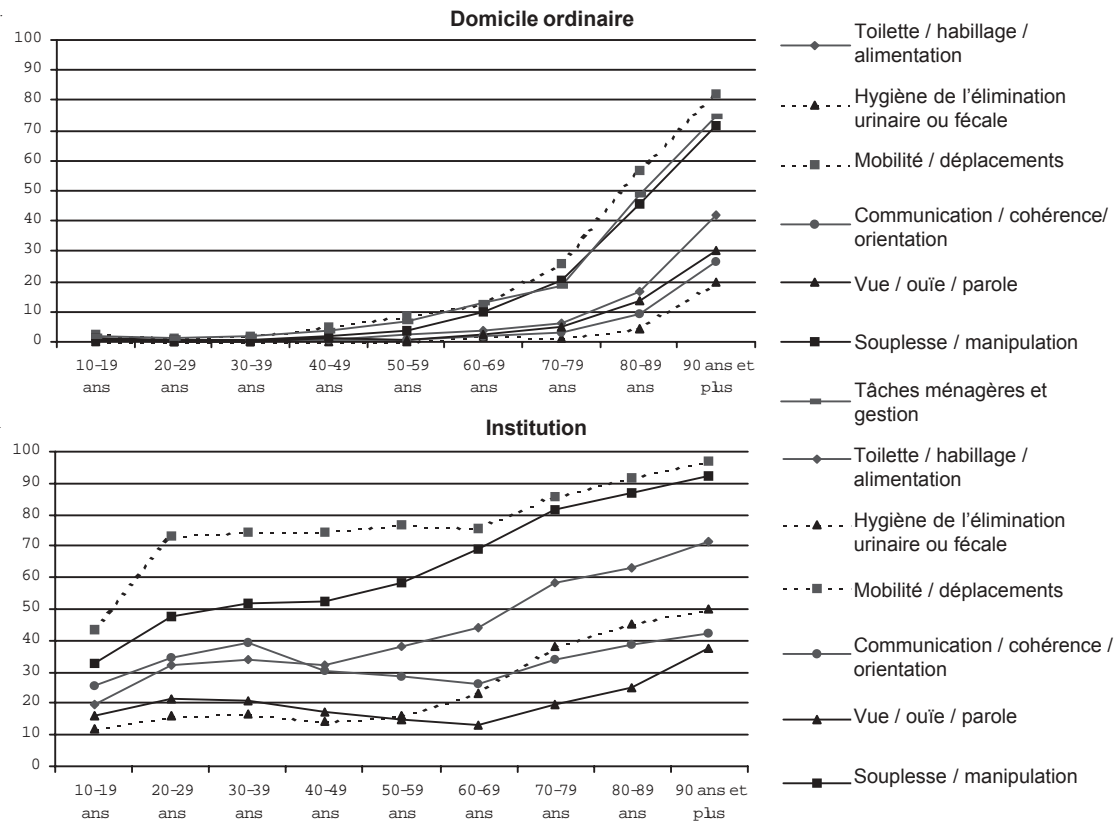
SOURCES

[1] Goillot C., Mormiche P., *Enquête « Handicaps, incapacités, dépendance » auprès des personnes vivant à domicile en 1999*, INSEE Résultats, collection Société, n°6, 2002.

[2] Goillot C., Mormiche P., *Enquête « Handicaps, incapacités, dépendance » en institution en 1998*, INSEE Résultats, collection Démographie-Société, n°83-84, 2001.

¹Les scores moyens d'incapacité sont théoriquement compris entre 0 et 7 pour le domicile ordinaire et 0 et 6 pour les institutions. Plus le score moyen est élevé, plus le niveau d'incapacité est important.

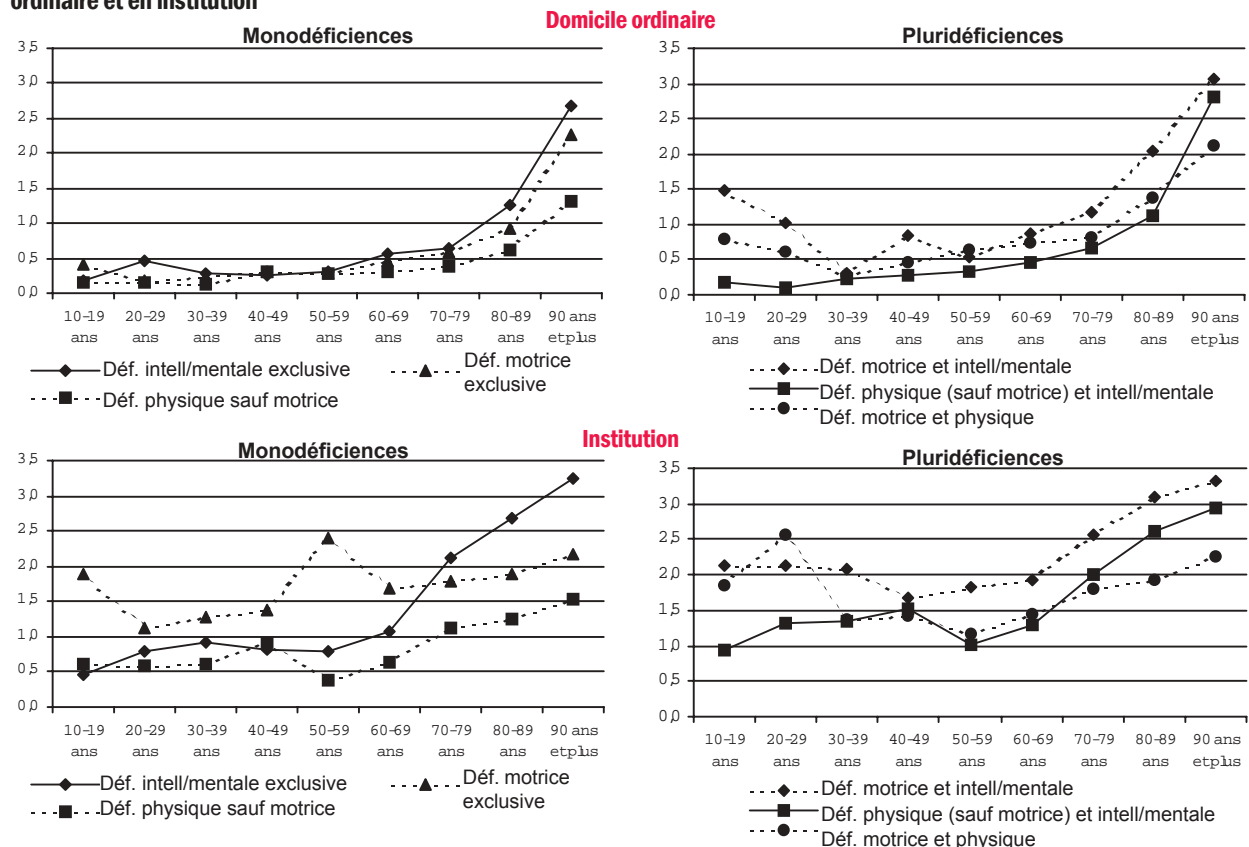
■ Fig. 3-4 : Proportion d'individus ayant au moins une incapacité selon l'âge et le domaine



Champ : population vivant en domicile ordinaire ou en institution.

Sources : [1], [2]

■ Fig. 5-6 : Score moyen d'incapacité selon l'âge et le groupe exclusif de déficiences pour les personnes vivant en domicile ordinaire et en institution



Champ : population vivant en domicile ordinaire ou en institution.

Sources : [1], [2]

Handicap et inégalités sociales

Le handicap ne touche pas également toutes les catégories sociales : les ouvriers courent nettement plus que les cadres le risque d'être en situation de handicap. La prévalence de la déficience elle-même dépend de la position sociale, et les inégalités s'amplifient encore lorsqu'on passe des déficiences aux incapacités puis aux désavantages.

Les ouvriers déclarent plus souvent des déficiences que les cadres

Le fait de souffrir d'une ou plusieurs déficiences n'est pas, comme on pourrait s'y attendre, le fruit du hasard ou de l'hérédité : les ouvriers sont ainsi deux fois plus nombreux que les cadres à déclarer au moins deux déficiences à âge et sexe standardisés (Fig. 1). Les résultats se situent entre les deux extrêmes pour la catégorie des professions intermédiaires et pour celle des employés. Les écarts sont moins sensibles pour les femmes que pour les hommes.

Le seuil de sévérité des atteintes entraînant une institutionnalisation semble plus élevé pour les enfants de cadres que pour les enfants d'ouvriers

Pour les adultes et pour les enfants, le taux d'institutionnalisation varie fortement selon la catégorie socioprofessionnelle : tous âges confondus, les ouvriers et employés se retrouvent plus de deux fois et demi plus en institution que les cadres et professions intermédiaires (Fig. 2). Cet écart s'amenuise aux âges élevés. Les enfants issus de familles d'ouvriers se retrouvent six fois plus souvent en institution que les enfants de cadres, indépendamment du fait qu'ils sont, de surcroît, plus souvent atteints de déficiences. En outre, les enfants hébergés en institution et dont les parents sont cadres ou exercent une profession libérale sont plus **sévèrement atteints** que les enfants d'ouvriers : pour les atteintes les plus graves, une prise en charge institutionnelle s'impose dans tous les milieux sociaux ; en revanche, en deçà d'un certain seuil de sévérité des atteintes, les familles de cadres évitent le recours à l'institutionnalisation plus souvent que les familles d'ouvriers.

La traduction des déficiences en incapacités et en désavantages dépend elle aussi du milieu social

Comme pour les déficiences, la prévalence des incapacités est d'autant plus faible que le milieu social est élevé : à sexe et âge standardisés, les personnes déclarant au moins deux incapacités sont trois fois plus nombreuses dans le milieu ouvrier que chez les cadres supérieurs (Fig. 3). A priori, ce résultat n'est pas surprenant : les ouvriers déclarant plus de déficiences, il est normal qu'ils aient également plus d'incapacités. Mais ce constat d'inégalité se vérifie même à nombre de déficiences égal : la traduction de déficiences en incapacités diffère selon les catégories socioprofessionnelles, indépendamment de l'inégale répartition des déficiences. Les disparités s'atténuent toutefois lorsque le nombre d'incapacités déclarées augmente : ce résultat suggère qu'un milieu social favorable permet de surmonter certaines déficiences tant qu'elles ne sont pas trop nombreuses, mais que cet effet ne joue plus au-delà d'un certain seuil.

Pour ce qui est du désavantage examiné ici à travers la seule dimension du **non-emploi pour raison de santé**, les inégalités selon les milieux sociaux sont encore plus importantes puisque la proportion de personnes de 20 à 59 ans déclarant être sans emploi pour raison de santé est 6,4 fois plus élevée chez les ouvriers que chez les cadres (Fig. 4). Pour la même classe d'âge, ce rapport (ouvriers/cadres) est de 2,1 et 4,5 respectivement pour les nombres moyens de déficiences et d'incapacités. Ainsi, les écarts entre catégories socio-professionnelles se creusent à chaque niveau du handicap comme si l'inégalité sociale cumulait ses effets à chaque étape du « processus de production du handicap » [1].

■ CHAMP

Population vivant en domicile ordinaire (57,4 millions de personnes) et en institution (660 000 personnes).

■ DEFINITIONS

La sévérité des atteintes est ici estimée à l'aide de trois indicateurs : nombre moyen de déficiences des enfants hébergés en institutions, fréquence des déficiences intellectuelles ou mentales et proportion d'enfants confinés au lit ou ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillage ou ayant besoin d'aide pour sortir de l'institution (niveaux 1, 2 et 3 de l'échelle de Colvez).

L'indicateur de non-emploi pour raison de santé utilisé ici pour étudier la relation entre désavantage et inégalités sociales, permet à partir des données de l'enquête HID en domicile ordinaire (1999) de dénombrer les personnes qui, pour une raison de santé, n'ont jamais travaillé ou ont perdu leur dernier emploi parmi les personnes de 20 à 59 ans vivant en domicile ordinaire et ayant déclaré au moins une déficience ou une incapacité.

L'indicateur retenu pour qualifier le milieu social des personnes est la catégorie socio-professionnelle de la personne de référence du ménage.

■ NOTE DE LECTURE

Ces résultats proviennent des enquêtes Handicaps, Incapacités, Dépendance (HID) menées par l'INSEE en métropole d'une part auprès des personnes vivant à leur domicile (fin 1999), d'autre part auprès des pensionnaires d'institutions sanitaires ou médico-sociales (fin 1998).

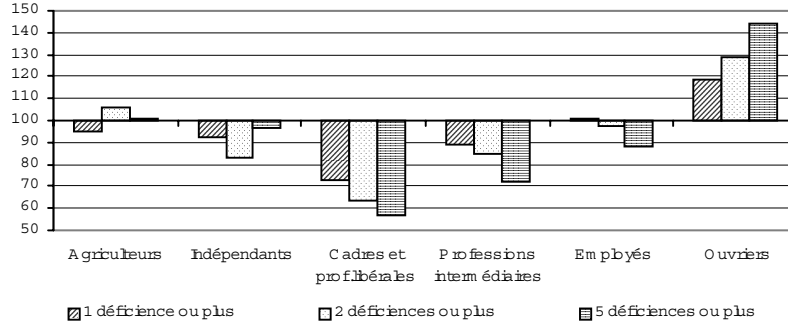
POUR EN SAVOIR PLUS

- Hunt K., Macintyre S., *Genre et inégalités sociales en santé*, 2000, in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H. et al., *Les inégalités sociales de santé*, Inserm-La Découverte, 2000.
- Ravaud J.-F., Mormiche P., *Handicaps et incapacités*, 2000, in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H. et al., *Les inégalités sociales de santé*, Inserm-La Découverte, 2000.

SOURCE

[1] Mormiche P., Boissonnat V., *Handicap et inégalités sociales : premiers apports de l'enquête "Handicaps, incapacités, dépendance"*, Revue Française des Affaires Sociales, n° 1-2, janvier-juin 2003.

■ Fig. 1 : Distribution du nombre de déficiences déclarées selon le milieu social (indices à sexe et âges standardisés)

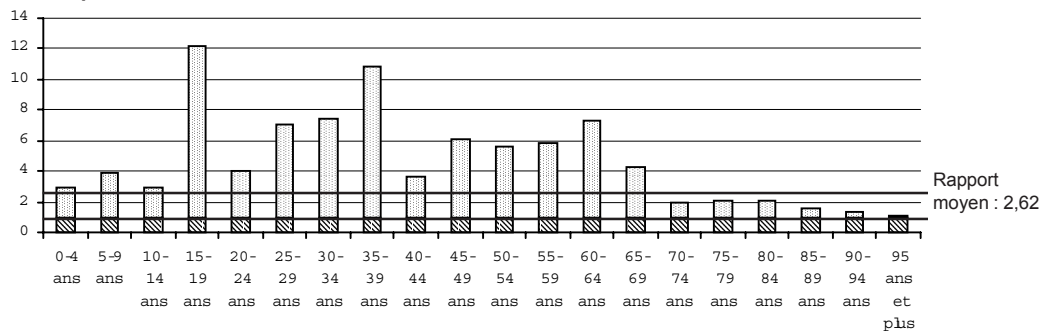


Note de lecture : L'indice 100 qui figure en ordonnée correspond à une absence de différence liée aux catégories socio-professionnelles : au-dessus de ce chiffre, la proportion de personnes déclarant des déficiences (au moins une, au moins deux, au moins cinq) est supérieure à ce qu'elle serait s'il n'y avait pas de différence spécifiquement liée aux catégories socio-professionnelles ; au-dessous, elle est inférieure.

Champ : population vivant en domicile ordinaire.

Source : [1]

■ Fig. 2 : Taux d'institutionnalisation selon le milieu social et l'âge (rapport entre les taux ouvriers-employés / cadres-professions intermédiaires)

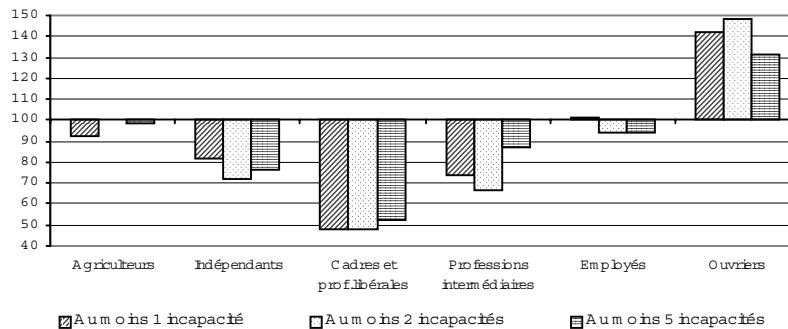


Note de lecture : Un rapport de 1 correspond à une absence de différence entre les taux d'institutionnalisation des familles d'ouvriers-employés et des familles de cadres-professions intermédiaires. Un rapport au-delà de 1 signifie que, pour une classe d'âge donnée, les personnes de milieu ouvriers-employés sont plus souvent institutionnalisées que celles de milieu cadres-professions intermédiaires.

Champ : population vivant en domicile ordinaire ou en institution.

Source : [1]

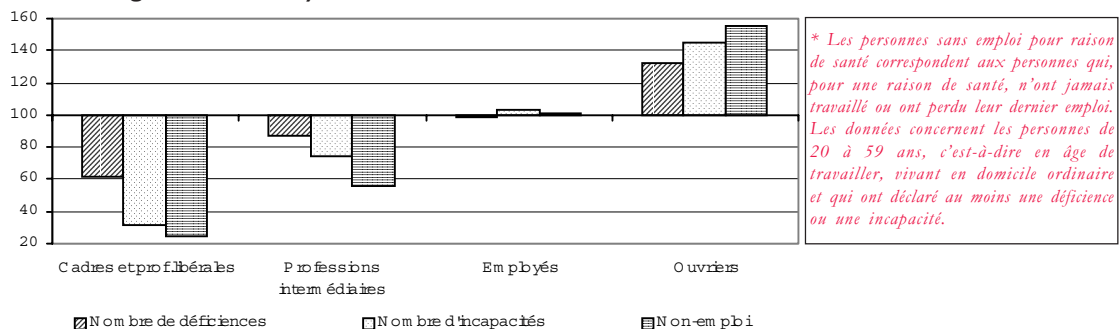
■ Fig. 3 : Distribution des incapacités selon le milieu social (indices à sexe et âges standardisés)



Champ : population vivant en domicile ordinaire.

Source : [1]

■ Fig. 4 : Distribution des déficiences, des incapacités et des personnes sans emploi pour raison de santé* selon le milieu social (indices à sexe et âges standardisés)



* Les personnes sans emploi pour raison de santé correspondent aux personnes qui, pour une raison de santé, n'ont jamais travaillé ou ont perdu leur dernier emploi. Les données concernent les personnes de 20 à 59 ans, c'est-à-dire en âge de travailler, vivant en domicile ordinaire et qui ont déclaré au moins une déficience ou une incapacité.

Champ : population vivant en domicile ordinaire.

Source : [1]

2.

Les enfants handicapés

Prévalence des handicaps chez l'enfant

L'activité globale des Commissions départementales
d'éducation spéciale (CDES)

L'Allocation d'éducation spéciale

Les établissements et services médico-sociaux

Description d'ensemble de la clientèle des
établissements et services médico-sociaux

La scolarisation

La prévalence des handicaps chez l'enfant

Quelles que soient les définitions considérées et les méthodologies employées, la plupart des enquêtes épidémiologiques concluent à une **prévalence des handicaps chez l'enfant autour de 2 %**.

Une prévalence des handicaps chez l'enfant autour de 2 %

Selon différentes enquêtes menées au début des années 1990, la prévalence des handicaps chez l'enfant (0-19 ans) passe de 1,1 % selon une enquête s'intéressant à la population handicapée de Saône-et-Loire [1] à 1,2 % ou 2,9 % d'après les données relatives à l'éducation spéciale (Education nationale et Affaires sociales) selon que l'on exclut ou non les déficiences mentales légères et les difficultés relationnelles ou comportementales et à 2,9 % d'après l'enquête décennale sur la santé de l'INSEE qui s'intéresse aux personnes vivant à domicile ayant au moins une gêne ou une difficulté dans la vie quotidienne liées à un problème de santé [2].

D'après une autre enquête menée en 1992-1993 auprès de la population de trois départements, la proportion d'enfants déficients est proche de 2 % [3]. Les déficiences sévères concernent plus de 8 enfants pour 1000 : près de 1 p. 1000 pour les trisomies 21, 2,6 p. 1000 pour les **autres retards mentaux sévères**, 1,8 p. 1000 pour les paralysies cérébrales, 0,7 p. 1000 pour les **cécités et amblyopies bilatérales**, 0,7 p. 1000 pour les **surdités sévères ou profondes bilatérales**, 0,5 p. 1000 pour les autismes et 1,4 p. 1000 pour les autres psychoses (Tab. 1). Pour ces pathologies sévères pour lesquelles l'enregistrement des Commissions départementales d'éducation spéciale (CDES) est considéré comme exhaustif, les prévalences estimées par cette étude sont compatibles avec les résultats d'autres enquêtes, notamment étrangères.

Par ailleurs, plus de 1 % des enfants sont atteints d'autres anomalies, pour l'essentiel des troubles mentaux (6,7 p. 1000). Leurs prévalences sont très variables selon les départements probablement du fait des différentes pratiques des CDES.

La prévalence des paralysies cérébrales est plus forte chez les plus jeunes tandis que celle des trisomies 21 est stable quelle que soit l'année de naissance

Cette enquête subdivise les enfants en trois groupes selon qu'ils sont nés en 1976-1978, 1979-1981 ou 1982-1984 et étudie la prévalence des déficiences sévères dans chaque groupe d'âge.

La prévalence des trisomies 21 est stable dans les trois groupes d'âge malgré l'augmentation des interruptions médicales de grossesse (Fig. 1). Ce résultat s'explique probablement en partie par l'augmentation de la survie des enfants trisomiques et par le fait que les grossesses sont de plus en plus tardives.

Pour les autres retards intellectuels sévères, on observe en revanche une diminution significative du taux de prévalence en

fonction de l'année de naissance, de 2,4 à 2,3 puis à 1,9 p. 1000. L'interprétation de cette évolution est cependant délicate en raison de la survenue de modifications de diagnostic et de classification des retards intellectuels sévères.

Quant aux déficiences sensorielles (auditives et visuelles), leurs prévalences ne varient pas de façon significative.

Malgré des efforts de prévention pendant la période périnatale, la prévalence des paralysies cérébrales est passée de 1,5 p.1000 chez les 14-16 ans à 1,7 chez les 11-13 ans, puis à 1,9 p. 1000 chez les 8-10 ans. Cette hausse pourrait s'expliquer par la prise en charge de plus en plus précoce de cette pathologie [3].

■ CHAMP

Pour l'enquête [3] : les 6 100 enfants déficients nés entre 1976 et 1985, dont les parents résidaient en Haute-Garonne, Isère et Saône-et-Loire.

■ DEFINITIONS

La prévalence : voir partie introductive « concepts et indicateurs ».

Pour l'enquête [3], le taux de prévalence est calculé en rapportant le nombre d'enfants déficients nés entre le 1^{er} janvier 1976 et le 31 décembre 1985 enregistrés par les Commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES)¹ et vivant dans ces départements (n=6100) au nombre d'enfants de même âge recensés dans les départements en 1990 (n=325 350).

Les autres retards mentaux sévères : correspondent à un QI inférieur ou égal à 50 (à l'exclusion des cas de trisomies 21).

Les cécités et amblyopies bilatérales : correspondent à une acuité visuelle <3/10 avec la meilleure correction.

Les surdités sévères ou profondes bilatérales : se définissent par un niveau >70 dB.

■ NOTE DE LECTURE

Ces résultats proviennent pour l'essentiel d'une étude réalisée en 1992-1993 auprès de la population de trois départements : Haute-Garonne, Isère et Saône-et-Loire. Elle a consisté en un enregistrement de tous les enfants handicapés nés entre le 01/01/1976 et le 31/12/1985 grâce à la collaboration des CDES, des hôpitaux de jour et des centres de transfert néonatal.

POUR EN SAVOIR PLUS

Rumeau-Rouquette C., Du Mazaubrun C., Verrier A., Mlika A., *Prévalence des handicaps. Evolution dans trois générations d'enfants 1972-1976-1981*. INSERM, 1994.

SOURCES

[1] Sanchez J., Triomphe A., Bourderon P., Sauvage L., *Les personnes handicapées en Saône-et-Loire : enquête CITEVA-CPAM-CTNERHI*. CTNERHI, 1991.

[2] Gadreau M., Mormiche P., Jourdain A. et al., *Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992*. INSEE résultats. Consommation et modes de vie. INSEE, 1994.

[3] Rumeau-Rouquette C., Cans C., Grandjean H. et al., *Résultats d'une enquête épidémiologique sur les déficiences sévères à l'âge scolaire, Handicaps et inadaptations, Les cahiers du CTNERHI, n°79-80, 1998*.

¹ Des enquêtes ont également été menées auprès des hôpitaux de jour et les centres de long séjour afin d'améliorer l'exhaustivité de l'enregistrement des CDES. Cependant, ces deux sources ne représentent que 1,5 % de l'ensemble des cas.

La prévalence des handicaps chez l'enfant

■ Tab. 1 : Prévalence* des déficiences (enfants dont les parents résident dans les départements de l'enquête et nés de 1976 à 1985)

	Nombre de cas	Prévalence* p. 1000
Premier groupe : déficiences sévères**		
Nombre d'enfants	2 700	8,4
Trisomies 21	320	1
Retards mentaux importants (trisomies 21 exclues)	840	2,6
Paralysies cérébrales	600	1,8
Cécités ou amblyopies bilatérales	220	0,7
Surdités sévères ou profondes bilatérales	230	0,7
Autismes	170	0,5
Autres psychoses	460	1,4
Deuxième groupe : autres anomalies**		
Nombre d'enfants	3 400	10,4
Malformations	240	0,7
Maladies somatiques	520	1,6
Autres troubles mentaux (maladies somatiques exclues)	2190	6,7
Autres déficiences (à l'exclusion des précédentes)	450	1,4
Nombre total d'enfants	6 100	18,8
Nombre d'enfants dans la population	325 350	

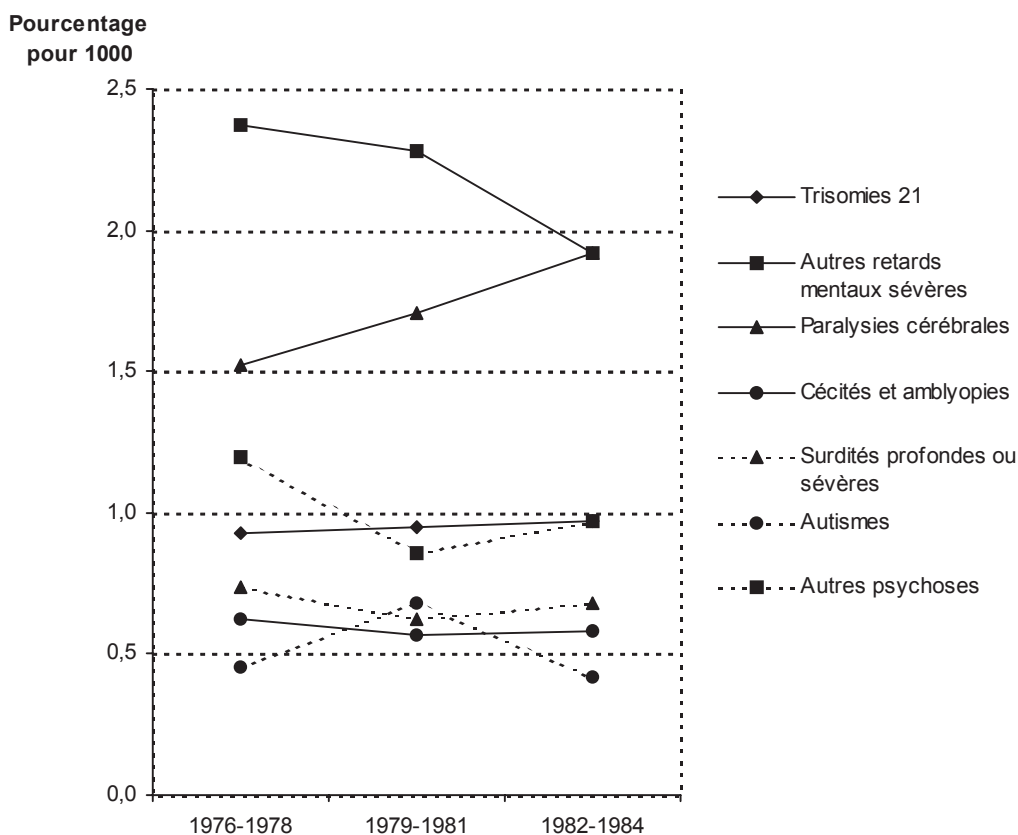
* Les prévalences sont calculées par rapport à la population des enfants appartenant aux mêmes générations et résidant dans les départements lors du recensement de 1990.

** Le même enfant peut être compté plusieurs fois à l'intérieur de chaque groupe s'il est affecté de plusieurs déficiences. Le nombre total de déficiences est donc supérieur au nombre d'enfants. Par contre, le même enfant ne peut figurer à la fois dans le premier et le second groupe.

Champ : enfants dont les parents résident dans les départements de l'enquête et qui sont nés de 1976 à 1985.

Source : [3]

■ Fig. 1 : Evolution de la prévalence des déficiences sévères en fonction de la période de naissance



Champ : enfants dont les parents résident dans les départements de l'enquête et qui sont nés de 1976 à 1985.

Source : [3]

L'activité globale des Commissions départementales d'éducation spéciale

Au cours de l'année scolaire 1999/2000, les Commissions départementales d'éducation spéciale (CDES) ont rendu 290 000 décisions et avis concernant 185 000 enfants et adolescents handicapés. Ces décisions et avis portent principalement sur l'orientation vers le secteur médico-éducatif, sur l'Allocation d'éducation spéciale (AES, cf. fiche suivante), et sur la carte d'invalidité. La part d'enfants orientés en Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) est en hausse depuis le début des années 1990 ; la prise en charge des jeunes handicapés se fait de moins en moins en internat au profit des SESSAD.

Le nombre annuel de demandes auprès des CDES a augmenté d'environ 20 % au cours des dix dernières années, atteignant 290 000 en 1999/2000 pour 185 000 enfants, dont près de 20 % faisaient une demande pour la première fois (Fig. 1). Le nombre d'enfants faisant une ou plusieurs demandes a augmenté de 35 000 entre 1989/1990 et 1999/2000, alors que dans le même temps, le nombre d'enfants de moins de 20 ans a légèrement diminué.

Les demandes reçues par les CDES concernent en premier lieu l'orientation (40 %), puis l'allocation d'éducation spéciale (environ 30 %), la carte d'invalidité (10 %) et d'autres avis (plus de 20 %). Les analyses concernant l'AES font l'objet de la fiche suivante.

De plus en plus d'orientations vers les Services d'éducation spéciale et de soins à domicile, et moins de prises en charge en internat

Au cours de la dernière décennie, le nombre d'orientations vers les structures médico-éducatives a augmenté, passant de 82 800 en 1989/1990 à 94 800 en 1999/2000. La répartition des orientations par type de structure a également évolué. On observe globalement une diminution des prises en charge en internat sur la dernière décennie. En revanche, en 1999/2000, plus de 20 % des enfants et adolescents handicapés ont été orientés en Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) contre moins de 10 % en 1989/1990 (Fig. 2). La part des orientations en établissements pour enfants déficients intellectuels et en établissements pour enfants polyhandicapés a diminué, passant de 66 % en 1989/1990 à 53 % en 1999/2000. Ces changements d'orientation reflètent dans une large mesure les évolutions structurelles du secteur médico-éducatif : les possibilités de prise en charge en SESSAD ont fortement augmenté, ainsi que le nombre de places en établissement pour polyhandicapés (cf. fiche sur les établissements et services médico-sociaux).

Plus de 25 000 demandes de cartes d'invalidité

Au cours de l'année scolaire 1999/2000, 25 100 demandes de cartes d'invalidité ont été déposées auprès des CDES, les deux tiers étant des renouvellements. Moins de 10 % de ces demandes ont été rejetées. Ces données ont peu évolué au cours des dix dernières années.

Les CDES rendent également des avis concernant l'usage des transports ou le tiers temps pour examen

Les CDES prononcent également environ 65 000 avis dits « sans orientation » : prise en charge par le Conseil Général des trans-

ports vers un établissement de l'Éducation Nationale (11 000), temps supplémentaire pour passer un examen (12 000), passage en COTOREP (6 000), exonération de vignette¹ (18 000)... [1]

■ CHAMP

Les 290 000 décisions et avis rendus par les CDES au cours de l'année scolaire 1999/2000.

■ DEFINITIONS

Les Commissions départementales d'éducation spéciale (CDES) : créées par la loi d'orientation du 30 juin 1975, ont pour rôles de reconnaître le handicap, de définir le taux d'incapacité, d'attribuer l'Allocation d'Éducation Spéciale (AES), d'orienter vers les structures médico-éducatives les enfants et jeunes handicapés de moins de 20 ans (et de notifier le type d'accueil le plus approprié), de rendre divers avis et de traiter les recours.

L'Allocation d'éducation spéciale (AES) : voir fiche « L'Allocation d'éducation spéciale ».

Les Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) : sont des structures ambulatoires, autonomes ou rattachées à un établissement médico-éducatif, assurant un accompagnement à la fois éducatif, pédagogique et thérapeutique, articulé au sein du projet individualisé de chaque enfant ou adolescent, quels que soient son âge et le niveau de son handicap. Ils interviennent dans leurs différents lieux de vie des jeunes : à domicile, à l'école dans le cadre d'une intégration scolaire, en centre de vacances et de loisirs, en crèche, en halte-garderie,...

La carte d'invalidité : peut être attribuée sans condition de ressources à des enfants dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 %. Elle n'ouvre pas droit à allocation mais offre des avantages fiscaux ou autres (transports).

■ NOTE DE LECTURE

Ces résultats proviennent d'une enquête menée en France métropolitaine et dans les DOM par la DREES auprès des CDES en 1999/2000. Cette enquête est répétée chaque année depuis 1988. L'objectif de ce recueil de données administratives est d'abord de rendre compte de l'activité des CDES, c'est pourquoi les données décrivant les situations individuelles y sont en petit nombre.

POUR EN SAVOIR PLUS

Woitrain E., *Les établissements et services médico-sociaux pour enfants handicapés*. Document de travail, série Statistiques n° 8, DREES, août 2000.

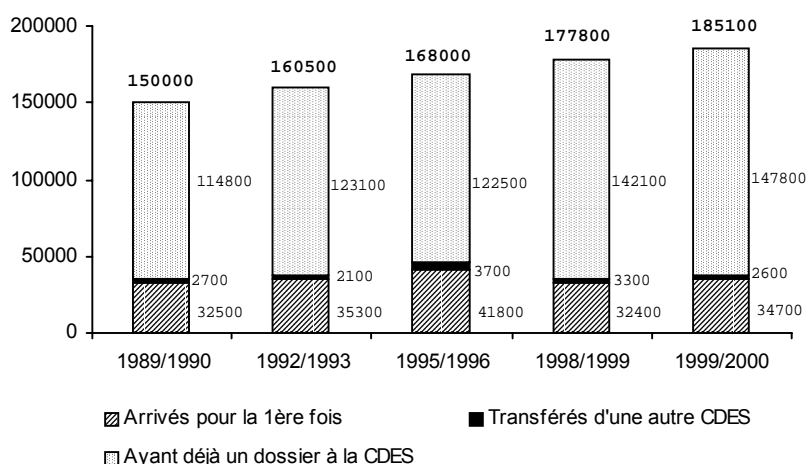
SOURCE

[1] Trémoureux C., *L'activité des CDES et l'Allocation d'éducation spéciale*, Etudes et résultats n° 268, DREES, octobre 2003.

¹ La vignette automobile a été supprimée pour les particuliers en 2001.

L'activité globale des Commissions départementales d'éducation spéciale

■ Fig. 1 : Evolution du nombre d'enfants concernés par une ou plusieurs demandes auprès des CDES

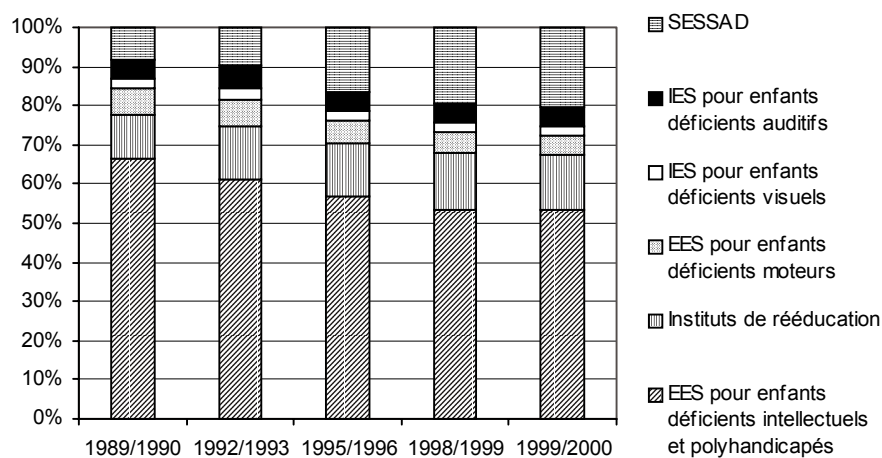


Note : L'informatisation a pu entraîner une surestimation des parts de jeunes arrivés pour la première fois au milieu des années 90. Les transferts correspondent aux déménagements des responsables légaux des jeunes handicapés dans un nouveau département.

Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [1]

■ Fig. 2 : Evolution de la répartition des orientations en structures médico-éducatives



IES : Instituts d'éducation sensorielle / EES : Etablissements d'éducation spéciale

Note : Les orientations vers les établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients intellectuels et celles vers les établissements pour enfants polyhandicapés ne sont dissociées que depuis l'année scolaire 1997/1998 dans les statistiques des CDES (les orientations vers les établissements pour enfants polyhandicapés représentent 3-4 % des orientations en structures médico-éducatives).

Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [1]

L'Allocation d'éducation spéciale

L'Allocation d'éducation spéciale (AES) est attribuée sur décision des CDES et versée par les Caisses d'Allocations Familiales. Au 31 décembre 2002, 135 000 familles étaient bénéficiaires de cette allocation, qui fait chaque année l'objet d'environ 20 000 nouvelles demandes.

Au cours de la dernière décennie, les demandes d'AES déposées auprès des CDES n'ont cessé d'augmenter, passant de 70 900 en 1989/1990 à 85 100 en 1999/2000 (Fig. 1). La part des rejets étant globalement stable à 10 % sur l'ensemble de la période, la hausse des demandes s'est traduite par une progression du nombre d'attributions de près de 10 000 en dix ans, progression due non pas aux premières demandes mais aux renouvellements. Dans le même temps, le nombre d'enfants et d'adolescents de moins de 20 ans, classe d'âge des bénéficiaires potentiels, a légèrement diminué : la progression globale des décisions d'attribution et du nombre de bénéficiaires n'est donc pas imputable à une hausse du nombre d'enfants éligibles. On peut avancer plutôt l'hypothèse d'une diminution de l'âge moyen d'entrée dans le dispositif, induisant mécaniquement une hausse de la durée moyenne de perception de l'allocation et donc un accroissement des renouvellements à traiter par les CDES.

La part des AES simples attribuées a diminué au cours des années 1990

Autre évolution notable, la proportion des AES simples parmi les AES attribuées est passée de 57 % en 1989/1990 à 48 % en 1999/2000 (Fig. 2). À l'inverse, les proportions d'AES avec complément 2 et d'AES avec complément 3 (apparue au début des années 1990) ont augmenté tandis que la part de l'AES avec complément 1 a stagné autour de 22 % [1].

Une progression du nombre de familles bénéficiaires

L'Allocation d'éducation spéciale a été réformée à compter du 1^{er} avril 2002 : elle comprend désormais non plus trois mais six compléments, les transitions d'une législation à l'autre se faisant progressivement et à un rythme variable selon les départements. Les données disponibles au 31 décembre 2002 englobent donc des situations relevant des deux législations. On constate toutefois une progression globale du nombre de familles bénéficiaires : au 31 décembre 2002, l'AES est versée pour près de 113 000 enfants et adolescents (pour le régime général), soit environ 109 000 familles, auxquelles s'ajoutent 12 000 familles allocataires d'autres régimes et 14 000 familles bénéficiaires pour des périodes de retour au foyer. Plus de la moitié de ces enfants bénéficient de l'AES simple (Tab. 1) [2].

Des disparités départementales marquées

Au 31 décembre 2002, pour la France métropolitaine et les DOM, on compte en moyenne 7,3 familles bénéficiaires de l'AES pour 1 000 enfants et adolescents de moins de 20 ans. Les

départements des régions Nord-Pas de Calais, Alsace et Corse se caractérisent par une proportion élevée de familles bénéficiaires, de même que la majorité des départements d'Auvergne et de Champagne-Ardenne. L'allocation moyenne par enfant bénéficiaire, de 214 euros pour le régime général au 31 décembre 2002, varie également fortement selon les départements : le quart sud-ouest a des allocations moyennes parmi les plus élevées, contrairement à certains départements de l'Est et du Nord. Il n'y a toutefois pas de relation générale significative entre la proportion de familles bénéficiaires et le montant moyen des allocations versées [1].

■ CHAMP

Décisions relatives à l'AES rendues par les CDES au cours de l'année scolaire 1999/2000 et nombre de familles bénéficiaires de l'AES au 31 décembre 2002.

■ DEFINITION

L'Allocation d'éducation spéciale (AES) : est une prestation familiale sans condition de ressources versée mensuellement par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF). Elle est destinée à l'éducation de jeunes de moins de 20 ans qui présentent un handicap entraînant une incapacité permanente d'au moins 80 % ou entre 50 et 80 % lorsqu'ils bénéficient d'une éducation spéciale. L'allocation n'est pas due lorsque l'enfant est placé en internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour par l'assurance maladie, l'Etat ou l'aide sociale sauf pour les périodes de congés. L'AES comprend une allocation de base (« AES simple ») à laquelle peuvent s'ajouter des compléments si la nature ou la gravité du handicap imposent l'aide d'une tierce personne ou des dépenses particulièrement coûteuses. Jusqu'au début des années 1990, il n'existait que deux compléments, puis le complément 3 a été créé en octobre 1991. Depuis le 1^{er} avril 2002, il existe 6 compléments possibles.

■ NOTE DE LECTURE

Ces résultats proviennent principalement d'une enquête menée en France métropolitaine et dans les DOM par la DREES auprès des CDES en 1999/2000. Cette enquête est répétée chaque année depuis 1988, et rend compte de l'activité des commissions.

POUR EN SAVOIR PLUS

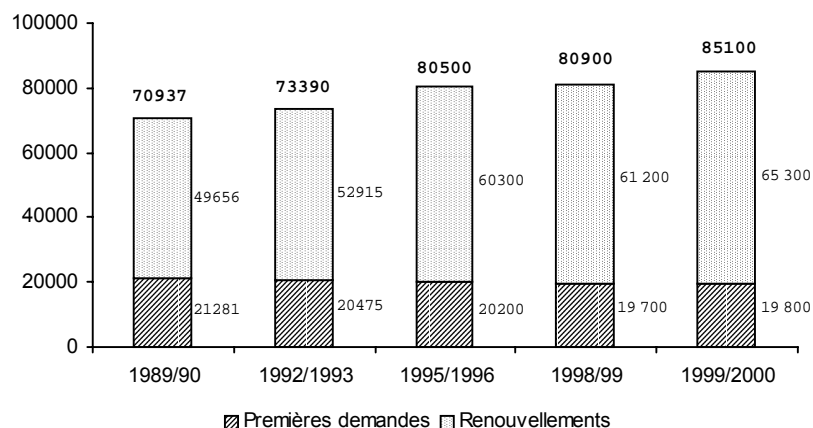
Enquête SESI, 1996.

SOURCES

[1] Trémoureux C., *L'activité des CDES et l'Allocation d'éducation spéciale*, Etudes et résultats n°268, DREES, octobre 2003.

[2] CNAF, *Prestations légales, aides au logement, RMI au 31 décembre 2002*, Direction des Statistiques, des Etudes et de la Recherche.

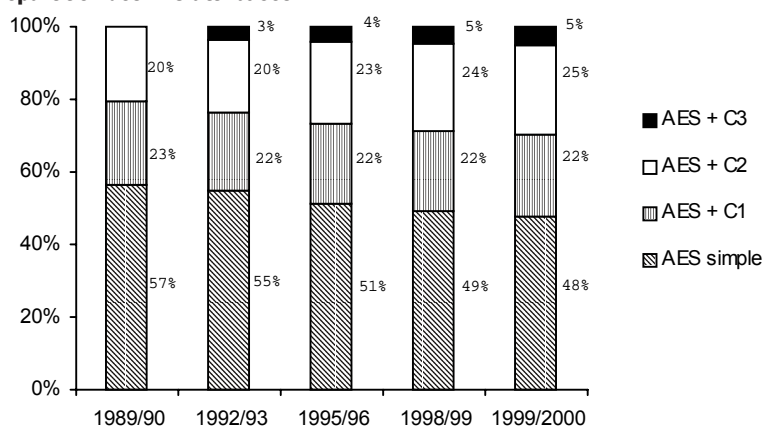
■ **Fig. 1 : Evolution du nombre de demandes d'AES (premières demandes et renouvellements)**



Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [1]

■ **Fig. 2 : Evolution de la répartition des AES attribuées**



Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [1]

- AES simple : allocation de base

- AES + C1 = Allocation + complément 1 : aide quotidienne mais discontinue d'une tierce personne ou dépenses d'un niveau comparable.

- AES + C2 = Allocation + complément 2 : aide quotidienne continue d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

- AES + C3 = Allocation + complément 3 : soins continus de haute technicité rendus nécessaires par un handicap particulièrement grave. L'attribution de ce complément est subordonnée à la cessation d'activité d'un des parents ou au recours à une tierce personne rémunérée.

A compter du 1^{er} avril 2002, le nombre de compléments possibles est de 6. Les montants des premier et dernier compléments sont inchangés. Les montants intermédiaires sont gradués avec notamment l'introduction d'un critère de compensation de perte de salaire lié au passage à temps réduit de l'activité d'un des parents.

■ **Tab. 1 : Enfants et familles du régime général bénéficiaires de l'AES au 31 décembre 2001 et 2002**

	2001	2002
Enfants - AES sans complément	58 680	60 270
Enfants - AES avec complément (ancien et nouveau)	53 110	52 630
Enfants - AES avec complément nouvelle législation		20 860
Complément 1ère catégorie	///	2 720
Complément 2ème catégorie	///	5 960
Complément 3ème catégorie	///	4 700
Complément 4ème catégorie	///	4 460
Complément 5ème catégorie	///	600
Complément 6ème catégorie	///	2 420
Enfants - AES avec complément ancienne législation	53 110	31 770
Complément 1ère catégorie	23 780	15 090
Complément 2ème catégorie	24 790	14 520
Complément 3ème catégorie	4 530	2 150
Ensemble des ENFANTS bénéficiaires de l'AES	111 780	112 890
Ensemble des FAMILLES bénéficiaires de l'AES	106 890	108 980

Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [2]

Les établissements et services médico-sociaux

La prise en charge des enfants et adolescents au sein des structures médico-sociales s'organise autour d'établissements, spécialisés dans l'accueil, en internat, en externat ou en **semi-internat**, d'une population spécifique (jeunes atteints d'une déficience intellectuelle, d'une déficience sensorielle, d'une déficience motrice), et de **Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)**, qui accompagnent les enfants sur leurs différents lieux de vie et jouent un rôle important pour l'**intégration scolaire**. Au 31 décembre 2001, on comptait en France métropolitaine 2 892 structures de ce type, offrant 131 070 places installées.

42 % des établissements sont des établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients intellectuels

Au 31 décembre 2001, les établissements pour enfants et adolescents déficients intellectuels sont les plus nombreux, 42 % des établissements et 54 % des places dans l'ensemble des structures (Tab. 1). À l'inverse, les établissements pour enfants déficients visuels représentent moins de 2 % des établissements. L'ensemble des 131 070 places se répartissent en 44 995 places en internat, 63 240 places en externat ou en semi-internat et 22 835 places en SESSAD. Entre 1987 et 2001, les modes de prise en charge ont évolué : 14 600 places d'internat ont été fermées ou reconverties alors que 17 000 places en SESSAD et 7 000 places en semi-internat ont été créées.

Un secteur en mutation

Ces établissements et services se sont développés à partir des années 1950, essentiellement du fait de la croissance du nombre d'établissements pour enfants déficients intellectuels. Après une baisse au milieu des années 1970, le nombre total de places d'éducation spéciale est resté stable à hauteur de 130 000 depuis les années 1980. Néanmoins, la répartition du nombre de places entre les différents établissements et services a connu des modifications. Le nombre de places offertes en SESSAD a augmenté, passant de 6 577 en 1987 à 22 835 en 2001 (Tab. 1). Par ailleurs, l'offre en nombre de places des **établissements pour polyhandicapés** a augmenté de 522 en 1987 à 4 215 en 2001 suite notamment à des reconversions ou requalifications d'établissements d'éducation spéciale pour enfants et adolescents déficients intellectuels.

Le **taux d'équipement** pour l'ensemble des structures est de 8,4 places pour 1 000 jeunes de 0 à 19 ans. Il a augmenté de 7 % depuis 1987.

Des inégalités géographiques de prise en charge

Les établissements médico-éducatifs sont inégalement implantés sur le territoire français. Les établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients intellectuels sont les structures les moins inégalement réparties sur le territoire, alors que les établissements pour enfants déficients sensoriels et moteurs présentent la plus forte dispersion sur le territoire [1].

■ CHAMP

Population des enfants et adolescents et jeunes adultes qui bénéficient d'une éducation spéciale au 31 décembre 2001 en France métropolitaine et dans les DOM.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Woitrain E., *Les établissements et services médico-sociaux pour enfants handicapés - série chronologique 1985 à 1998*, document de travail n°7, DREES, août 2000.

- Trémoureux C., Woitrain E., *Les établissements pour personnes handicapées entre 1988 et 1998 : réduction globale des disparités départementales*, Etudes et Résultats n°58, avril 2000.

SOURCE

[1] Monteil C., *Les établissements et services médico-sociaux pour enfants et adolescents handicapés*, Etudes et Résultats, à paraître.

■ DEFINITIONS

Le semi-internat : l'enfant reste le midi au sein de l'établissement mais pas la nuit.

Les Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) : voir fiche « L'activité globale des Commissions départementales d'éducation spéciale ».

L'intégration scolaire : voir fiche « La scolarisation ».

Les établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients intellectuels : également appelés Instituts médico-éducatifs (IME), ils accueillent des enfants et adolescents déficients intellectuels, quel que soit le degré de leur déficience. On distingue les SEES (sections d'éducation et d'enseignement spécialisés) parfois aussi appelées Instituts médico-pédagogiques (IMP) pour les plus jeunes, axées sur les savoirs de base, des SIPIPro (sections d'initiation et de première formation professionnelle) connues aussi sous le nom d'Instituts médico-professionnels (IMPRO) qui peuvent être proposées aux jeunes à partir de 14 ans.

Les établissements pour enfants polyhandicapés : ces établissements accueillent des enfants souffrant d'un polyhandicap, associant une déficience mentale grave à une déficience motrice importante entraînant une restriction extrême de leur autonomie.

Les instituts de rééducation (IR) : ils accueillent des jeunes dont les manifestations et les troubles du comportement rendent nécessaire, malgré des capacités intellectuelles normales ou quasi-normales, la mise en œuvre de moyens médico-éducatifs spécialisés.

Les établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients moteurs : aussi appelés Instituts d'éducation motrice (IEM), ils accueillent des enfants présentant une déficience motrice associée ou non à d'autres déficiences.

Les instituts d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences visuelles ou auditives : Il s'agit soit d'établissements de soins et d'éducation spéciale ayant une section pour déficients auditifs ou une section pour déficients visuels, soit d'un établissement de soins et d'éducation spéciale pour sourds aveugles.

Le taux d'équipement : nombre de places rapporté à la population des jeunes de 0 à 19 ans.

■ NOTE DE LECTURE

Ces résultats proviennent d'exploitations réalisées à partir de l'enquête Etablissements Sociaux (ES) menée par la DREES. Cette enquête interroge l'ensemble des établissements et services médico-sociaux au 31 décembre 2001 en France métropolitaine et dans les DOM sur leur activité et leur personnel ainsi que sur les enfants et adolescents qu'ils prennent en charge.

Les établissements et services médico-sociaux

■ Tab. 1 : Evolution des établissements et services d'éducation spéciale pour enfants et adolescents handicapés entre le 31 décembre 1987 et le 31 décembre 2001

	Structures		Places				Taux d'équipements (TE)			
	Nombre		Nombre de places installées		Évolution du nombre de places		TE pour 1 000 habitants 0-19 ans		Évolution du TE moyen	
	1987	2001	1987	2001	1987/2001	1987/2001	1987	2001	1987/2001	
Établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients intellectuels	1 265	1 208	83 228	71 207	-12 021	-14 %	5,3	4,6	-13 %	
Établissements pour enfants polyhandicapés	14	159	522	4 387	3 865	740 %	0	0,3	833 %	
Instituts de rééducation	265	342	13 363	15 617	2 254	17 %	0,8	1	19 %	
Établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients moteurs	128	123	8 231	7 363	-868	-11 %	0,5	0,5	-10 %	
Instituts d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences visuelles ou auditives	144	149	12 759	9 661	-3 098	-24 %	0,8	0,7	-23 %	
Services autonomes et non autonomes d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)	279	911	6 577	22 835	16 258	247 %	0,4	1,5	256 %	
Ensemble	2 095	2 892	124 680	131 070	6 390	5 %	7,86	8,40	7 %	

Note : en 1987, certains services étaient rattachés à des établissements d'éducation spéciale, on parlait dans ce cas de SESSAD non autonomes. Les places de ces derniers sont comptabilisées avec les SESSAD et non pas avec les établissements auxquels ils sont rattachés.

Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [1]

Description d'ensemble de la population des établissements et services médico-sociaux

Les établissements et services médico-sociaux accueillent, au 31 décembre 2001, plus de 130 000 enfants et adolescents parmi lesquels 4 % ont plus de 20 ans. La moitié de ces enfants et adolescents présentent, pour déficience principale, une déficience intellectuelle. Un tiers des enfants et adolescents qui sont dans ces établissements sont internes.

La majorité des enfants et adolescents sont dans un établissement d'éducation spéciale pour enfants déficients intellectuels

Au 31 décembre 2001, plus de 130 000 enfants ou adolescents étaient pris en charge par les établissements et services médico-sociaux. Plus de la moitié des enfants et adolescents sont accueillis dans des **établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients intellectuels** (55 %), 18 % sont suivis par des **SESSAD**, 12 % sont dans des **instituts de rééducation (IR)**, 6 % dans des **établissements pour déficients moteurs**, la même proportion dans des **établissements pour déficients sensoriels** et 3 % dans des **établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés**.

La majorité des enfants et adolescents accueillis sont des garçons

Les garçons représentent 63 % de la population de ces établissements et services. La présence de garçons est beaucoup plus importante dans les IR puisqu'ils représentent 81 % de la population accueillie dans ce type d'établissement. Par contre, dans les établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés, le pourcentage de garçons est de 55 %.

La moitié de la population prise en charge a moins de 13 ans

Les deux cinquièmes des enfants et adolescents fréquentant ces établissements et services ont entre 11 et 15 ans et environ 4 % plus de 20 ans. Il existe cependant des différences d'âges significatives des enfants accueillis selon le type d'établissement ou de service. Ainsi, les SESSAD suivent des enfants et adolescents qui ont pour 60 % d'entre eux moins de 11 ans tandis que, dans les instituts de rééducation, 57 % de la population a entre 11 et 15 ans (Tab. 1). Environ 3 % de la population accueillie dans ces établissements ou services sont maintenus dans ces derniers au titre de l'**« amendement Creton »**. Par ailleurs, la CDES peut prononcer une prolongation au-delà de 20 ans par dérogation d'âge simple, pour permettre de faire aboutir un projet individuel. C'est pourquoi des jeunes de plus de 20 ans en établissement pour enfants handicapés peuvent ne pas y avoir été maintenus au titre du maintien Creton.

La moitié des enfants et adolescents ont pour déficience principale une déficience intellectuelle

La moitié des enfants et adolescents ont, pour déficience principale, une déficience intellectuelle (51 %) et 21 % présentent des troubles du psychisme (Tab. 2). 51 % des enfants et adolescents ont une déficience associée.

Un tiers des enfants et adolescents en établissement y sont également hébergés

62 % des enfants et adolescents rentrent dans leur famille le soir et 5 % dans une famille d'accueil. Un tiers sont hébergés en internat. Le mode de prise en charge est très variable selon le type d'établissement.

POUR EN SAVOIR PLUS

- **Woitrain E.**, *Les établissements et services médico-sociaux pour enfants handicapés - série chronologique 1985 à 1998*, document de travail n°7, DREES, août 2000.
- **Trémoureux C., Woitrain E.**, *Les établissements pour personnes handicapées entre 1988 et 1998 : réduction globale des disparités départementales*, Etudes et Résultats n°58, avril 2000.

SOURCE

[1] **Monteil C.**, *Les établissements et services médico-sociaux pour enfants et adolescents handicapés*, Etudes et Résultats, à paraître.

sement. Ainsi, les enfants et adolescents accueillis dans un IR sont 62 % à être internes et seulement 31 % à être dans leur famille le soir. L'internat est également le mode d'accueil majoritaire pour les enfants et adolescents présents dans les établissements sensoriels (58 %). Les enfants et adolescents sont beaucoup moins souvent internes dans les établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients intellectuels (33 % d'entre eux).

L'internat est, dans le cas des établissements sensoriels, souvent la conséquence de l'éloignement des établissements par rapport au domicile des enfants et adolescents. En effet, 40 % des enfants et adolescents sont dans un établissement qui n'est pas situé au sein du département de résidence des parents. Pour l'ensemble des établissements, ce pourcentage est de 10 % et 4 % des enfants sont accueillis dans un département non limitrophe à celui des parents [1].

■ CHAMP

Population des enfants, adolescents et jeunes adultes qui bénéficient d'une éducation spéciale au 31 décembre 2001 en France métropolitaine et dans les DOM.

■ DEFINITIONS

Les établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients intellectuels : voir fiche « Les établissements et services médico-sociaux ».

Les SESSAD : voir fiche « L'activité globale des CDES ».

Les instituts de rééducation : voir fiche « Les établissements et services médico-sociaux ».

Les établissements pour déficients moteurs : voir fiche « Les établissements et services médico-sociaux ».

Les établissements pour déficients sensoriels : voir fiche « Les établissements et services médico-sociaux ».

Les établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés : voir fiche « Les établissements et services médico-sociaux ».

L'« amendement Creton » : l'article L242-4 du Code de l'action sociale et des familles, plus connu sous le nom d'« Amendement Creton » permet qu'un jeune soit maintenu dans son établissement pour enfants handicapés même au-delà de 20 ans en l'absence de place dans un établissement pour adulte adapté à sa situation. Des jeunes de moins de 20 ans peuvent être maintenus au titre de l'amendement Creton dans leur établissement si l'agrément de ce dernier ne va que jusqu'à 16 ou 18 ans.

■ NOTE DE LECTURE

Ces résultats proviennent d'exploitations réalisées à partir de l'enquête Etablissements Sociaux (ES) menée par la DREES. Cette enquête interroge l'ensemble des établissements et services médico-sociaux de France métropolitaine et des DOM au 31 décembre 2001 sur leur activité et leur personnel ainsi que sur les enfants et adolescents qu'ils prennent en charge.

Description d'ensemble de la population des établissements et services médico-sociaux

■ **Tab. 1 : Répartition par groupe d'âge des enfants et adolescents pris en charge par les établissements et services médico-sociaux au 31 décembre 2001**

	moins de 6 ans	6 à 10 ans	11 à 15 ans	16 à 19 ans	20 ans et plus	Ensemble
Établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients intellectuels	1%	18%	43%	33%	5%	100%
Établissements pour enfants polyhandicapés	7%	29%	33%	21%	10%	100%
Instituts de rééducation	1%	27%	57%	14%	1%	100%
Établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients moteurs	4%	22%	34%	30%	10%	100%
Instituts d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences visuelles ou auditives	8%	25%	36%	26%	5%	100%
Services autonomes et non autonomes d'éducation spéciale et de soins à domicile	17%	43%	31%	8%	1%	100%
Ensemble des établissements et services	5%	28%	39%	24%	4%	100%
Nombre d'enfants et adolescents présents au 1er janvier 2002	6 533	36 587	50 961	31 360	5 227	130 668

Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [1]

■ **Tab. 2 : Répartition par déficience principale des enfants et adolescents pris en charge par les établissements et services médico-sociaux au 31 décembre 2001**

Déficience principale	%
Retard mental profond et sévère	7
Retard mental moyen	20
Retard mental léger	24
Autres déficiences de l'intelligence	0
Déficiences de la conscience	1
Troubles du caractère et du comportement	12
Déficiences du psychisme en rapport avec des troubles psychiatriques graves	5
Autres déficiences du psychisme	3
Déficiences du langage	1
Déficiences auditives	7
Surdi-cécité	0
Déficiences visuelle totale	1
Autre déficience visuelle	2
Déficiences motrices	8
Plurihandicap	1
Déficiences viscérales, métaboliques, nutritionnelles	0
Polyhandicap	5
Autre déficience	1
nd	1
ENSEMBLE	100%

Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [1]

La scolarisation

L'article L112-1 du code de l'éducation affirme le droit à l'éducation pour les enfants et adolescents handicapés, prioritairement en milieu scolaire ordinaire quand cela est possible, ou en milieu spécialisé.

Environ 52 000 jeunes handicapés sont scolarisés dans une classe ordinaire

A la rentrée 1999, le nombre de jeunes handicapés « **intégrés individuellement** » s'élève à 27 900 dans le premier degré, 17 200 dans le second degré et 7 000 dans l'enseignement supérieur, représentant ainsi 0,4 % de la population scolaire dans le premier degré et 0,3 % dans le second degré et l'enseignement supérieur (Tab. 1). Ces chiffres englobent toutefois des situations très hétérogènes allant de la scolarisation à temps plein dans une classe « ordinaire » à la présence dans cette classe quelques heures par semaine (Fig. 1). Les enfants déficients mentaux ou psychiques sont sous-représentés parmi les jeunes handicapés intégrés individuellement dès le premier degré et plus encore dans le secondaire.

A la rentrée 1999, 51 000 jeunes handicapés sont scolarisés dans des classes spécialisées

La quasi-totalité des enfants « **intégrés collectivement** » (96 %) relèvent du premier degré et fréquentent une **Classe d'Intégration Scolaire** (CLIS). Ils représentent 0,8 % des élèves du premier degré. Seuls 2 800 jeunes handicapés sont scolarisés dans des classes spécialisées dans le second degré : les **Unités Pédagogiques d'Intégration** (UPI), destinées à permettre la poursuite de la scolarité des enfants issus de CLIS, sont encore trop peu nombreuses pour remplir pleinement cet objectif (303 en 2000 contre 4 714 CLIS). Les enfants handicapés scolarisés en CLIS ou en UPI sont généralement plus âgés que l'ensemble des élèves, présentent par rapport à eux un retard scolaire important et sont plus souvent des garçons. 1 200 élèves handicapés fréquentent un **Etablissement Régional d'Enseignement Adapté** (EREA).

70 000 jeunes handicapés sont scolarisés à temps plein dans un établissement médico-éducatif

Au 31 décembre 1995, les structures médico-sociales accueillait 115 000 enfants dont 76 % étaient scolarisés (soit 87 400 enfants) : 60 % scolarisés à temps plein dans ces structures (soit 70 000 enfants), 13 % intégrés à temps plein dans une classe d'un établissement de l'Education nationale et 4 % à temps partiel. La non-scolarisation pour 24 % d'entre eux est-elle due aux lacunes de la prise en charge ou à des limitations découlant de l'état de santé des enfants ? L'absence de scolarisation est très liée à la déficience : en établissement, 94 % des enfants ayant un polyhandicap et 78 % de ceux qui ont un retard mental profond et sévère ne sont pas scolarisés. Ces proportions sont plus faibles pour les enfants souffrant d'une déficience visuelle totale (13 % de non scolarisés en établissement), d'un retard mental léger (8 %), ou d'un trouble du comportement (11 %), mais plus difficiles à expliquer.

Les enfants hospitalisés pendant de longues périodes se trouvent dans une situation de handicap dans la mesure où certains d'entre

eux souffrent de maladies chroniques invalidantes, qui entravent de façon majeure leur scolarisation. Près de 13 000 élèves sont accueillis dans des établissements hospitaliers qui ont une fonction d'enseignement, pour toute l'année pour la moitié d'entre eux.

Enfin, certains enfants ne sont ni scolarisés, ni accueillis en établissements médico-éducatifs. Leur nombre est difficile à évaluer, probablement de l'ordre de quelques milliers [1].

■ CHAMP

Population des jeunes handicapés scolarisés, accueillis dans des établissements médico-sociaux ou hospitalisés.

■ DEFINITIONS

L'intégration scolaire : elle désigne la scolarité d'enfants et d'adolescents handicapés au sein d'établissements scolaires qui ne leur sont pas strictement dédiés. Elle peut être individuelle ou collective.

L'intégration individuelle : ce terme désigne la scolarisation d'un jeune handicapé dans une classe non spécialisée d'un établissement de l'Education Nationale.

L'intégration collective : ce terme désigne la scolarisation d'un jeune handicapé dans une classe spécialisée dans laquelle l'enseignement est dispensé par un personnel spécialisé. L'admission dans ces classes spécialisées est subordonnée à la décision d'une Commission départementale de l'éducation spéciale.

Les Classes d'intégration scolaire (CLIS) : elles ont vocation à accueillir dans certaines écoles élémentaires, ou exceptionnellement en maternelles, des élèves présentant un handicap mental (CLIS 1), auditif (CLIS 2), visuel (CLIS 3) ou moteur (CLIS 4).

Les Unités pédagogiques d'intégration (UPI) : elles ont été créées dans certains collèges pour accueillir des préadolescents ou des adolescents de 11 à 16 ans présentant différentes formes de handicap mental. Elles se sont progressivement étendues aux élèves présentant des déficiences sensorielles ou motrices.

Les Etablissements régionaux d'enseignement adapté (EREA) : ils ont succédé aux écoles nationales de perfectionnement créées pour recevoir les élèves ne pouvant fréquenter utilement les classes normales d'enseignement général ou professionnel. Actuellement, 8 EREA sur 80 sont destinés aux jeunes handicapés.

■ NOTE DE LECTURE

Ces résultats proviennent d'un état des lieux réalisé par la DREES et la DEP grâce à un rapprochement des données statistiques des ministères de l'Education nationale et des Affaires sociales dans le cadre du plan Handiscol.

POUR EN SAVOIR PLUS

Cellule Handiscol', *Les statistiques sur la scolarisation des jeunes en situation de handicap, présentation des enquêtes des ministères de tutelle et de leurs modes de description des déficiences des enfants et adolescents*, document de travail, DREES, à paraître.

SOURCE

[1] de Lacerda E., Jagers C., Michaudon H., Monteil C., Trémoureux C., *La scolarisation des enfants et adolescents handicapés*, Etudes et résultats n°216, DREES, janvier 2003.

■ Fig. 1 : Scolarisation des jeunes en situation de handicap

LIEUX DE SCOLARISATION (la scolarisation d'un enfant peut s'appuyer sur un ou plusieurs lieux de scolarisation)	Etablissements scolaires				Familles ²	Etablissements sanitaires (y compris psychiatrie) ²	Etablissements médico-éducatifs ²	
	Classes dites « ordinaires »		Adaptation scolaire ¹	Intégration scolaire collective ³				Adaptation scolaire « handicapés »
	<ul style="list-style-type: none"> • Sections du pré-élémentaire • Ecole • Collège • Lycée • Enseignement supérieur 	<ul style="list-style-type: none"> • Classes d'adaptation • Sections d'Enseignement Général et Professionnel Adapté (SEGPA) • Etablissements Régionaux d'Enseignement Adapté (EREA) non spécialisés 	<ul style="list-style-type: none"> • Classes d'Intégration Scolaire (CLIS) • Unités Pédagogiques d'Intégration (UPI) 	<ul style="list-style-type: none"> • EREA spécialisés pour adolescents atteints de déficiences physiques (sensorielles ou motrices) 				<ul style="list-style-type: none"> • La famille peut être amenée à prendre en charge tout ou partie de la scolarisation d'un enfant lors d'une année scolaire
SANS accompagnement en classe ³	AVEC accompagnement en classe ³							
TYPE DE SCOLARISATION	Intégration individuelle		Intégration collective	En établissement scolaire pour « handicapés »	Hors établissement scolaire	Hors établissement scolaire	Hors établissement scolaire	
	Intégration scolaire ⁴							

(1) L'adaptation scolaire s'adresse à des jeunes qui présentent de graves difficultés scolaires. Des enfants handicapés sont également accueillis dans ces classes qui ne leur sont pas strictement dédiées.

(2) Lorsque les enfants et adolescents ne peuvent être scolarisés au sein des établissements scolaires, d'autres formes de scolarisation adaptées à la nature de leurs besoins doivent être proposées. Selon les cas, il s'agira d'une prise en charge par un système d'assistance pédagogique à domicile ou dans un établissement sanitaire, ou encore dans un établissement médico-éducatif.

(3) Cette distinction « avec ou sans accompagnement » en classe peut également exister dans le cadre de l'adaptation scolaire.

(4) L'intégration scolaire désigne la scolarité d'enfants et d'adolescents handicapés au sein d'établissements scolaires qui ne leur sont pas strictement dédiés. Elle revêt diverses formes en fonction de sa dimension individuelle ou collective, de son caractère partiel ou total, de l'éventuel bénéfice d'une aide humaine ou matérielle.

Source : [1]

■ Tab. 1 : Les différents modes de scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap

Niveaux d'enseignement	Etablissements scolaires (a)		Etablissements et services médico-sociaux (b)	Etablissements sanitaires (c)
	Intégration individuelle	Intégration collective		
Premier degré	27 900	48 200		
Second degré	17 200	2 800		
premier cycle	11 300	2 800 (1)		
second cycle	5 900			
Supérieur	7 000	-		
Total	52 100	51 000	87 400 (2)	6 700 (3)

Note : des doubles comptes figurent dans ce tableau dans la mesure où environ 20 % des élèves présents dans des établissements et services médico-sociaux en 1995 suivaient une scolarisation partielle ou non dans des établissements scolaires.

(1) Hors SEGPA et EREA non spécialisés.

(2) Enfants de 6 ans et plus scolarisés ; 95 % d'entre eux ont moins de 20 ans.

(3) Enfants présents toute l'année.

(a) Source : Ministère de l'Éducation nationale, enquêtes 12, 19 et enseignement supérieur, 1999 (sauf UPI et supérieur : 2000).

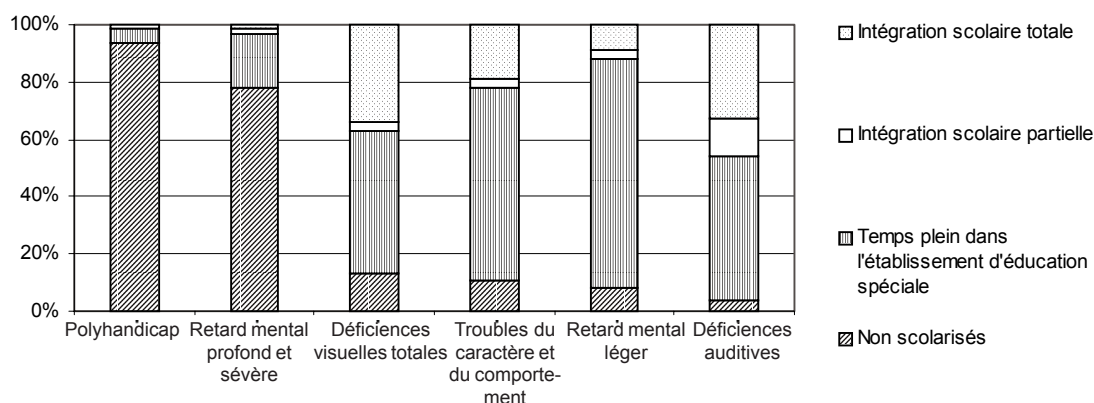
(b) Source : Ministère de l'Éducation nationale, enquête ES, 1995.

(c) Source : Ministère de l'Éducation nationale, enquête 32, 2000.

Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [1]

■ Fig. 2 : Types de scolarisation des enfants de 6 ans et plus accueillis en structures médico-éducatives en fonction de leur déficience principale



Source : [1]

3.

Reconnaissance administrative et allocations destinées aux adultes handicapés

L'activité globale des Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP)

L'Allocation aux adultes handicapés

L'Allocation compensatrice pour tierce personne
et les autres mesures COTOREP

L'activité globale des COTOREP

Au cours de l'année 2002, les Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) ont rendu 1 473 000 décisions concernant 735 000 adultes. Les deux tiers de ces décisions sont de nature sociale : attribution d'une allocation (AAH, ACTP, ACFP), orientation en établissement spécialisé, attribution de la carte d'invalidité, de la carte de stationnement pour personnes handicapées, assurance vieillesse de la personne aidante. Les autres décisions concernent des mesures liées au travail (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, orientation professionnelle...).

En 2002, 1 473 000 décisions pour 735 000 demandeurs

Au cours de l'année 2002, les COTOREP ont reçu 1 500 000 demandes et ont rendu 1 473 000 décisions¹ pour 735 000 demandeurs (60 % d'entre eux ont déposé au moins deux demandes). Par rapport à l'année 2001, le nombre de décisions rendues a globalement augmenté de 1,6 % : 0,7 % pour les mesures relatives au travail et 2,1 % pour celles de nature sociale (Tab. 1).

Dans 2 cas sur 3, les décisions concernent des mesures liées à l'environnement social

Parmi les décisions rendues par les COTOREP en 2002, un tiers, soit 497 000 décisions, concernent les mesures liées au travail. 19 % du total des décisions concernent ainsi la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (286 000) et 13 % l'orientation professionnelle (197 000). Les deux tiers, soit 976 000 décisions, sont de nature sociale. 22 % du total des décisions concernent ainsi l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) (320 000) et 27 % la carte d'invalidité (399 000). L'orientation en établissement spécialisé ne représente que 2,5 % des décisions rendues.

Près de la moitié des demandes examinées en 2002 correspondent à des demandes de renouvellement² (49 %). La part des demandes de renouvellement est forte pour les orientations en établissement spécialisé (62 %) et pour les allocations : 58 % pour l'AAH et 55 % pour l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) (Fig. 1).

Jusqu'à 55 ans, les demandeurs sont d'autant plus nombreux que l'âge augmente, puis leur nombre diminue, surtout à partir de 60 ans. À partir de cet âge, la plupart des mesures, notamment celles liées au travail, cessent et la COTOREP ne statue plus guère que sur les demandes de carte d'invalidité et de stationnement.

Les hommes sont plus nombreux que les femmes à s'adresser aux COTOREP jusqu'à 65 ans (55 % contre 45 %), puis la tendance s'inverse, en partie pour des raisons démographiques.

Près des trois quarts des décisions prises sont des accords

Les décisions prises en 2002 sont favorables dans 73 % des cas : 65 % pour les premières demandes et 81 % pour les demandes de renouvellement. Ainsi, 638 000 demandeurs (87 %) ont obtenu l'accord de la COTOREP pour au moins une de leurs demandes.

C'est pour les mesures liées à l'emploi que la proportion d'accords est la plus importante : 81 % contre 69 % pour les mesures de nature sociale. La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé est accordée pour 82 % des premières demandes et 86 % des demandes de renouvellements (Fig. 2). Pour l'orientation professionnelle, ces proportions sont res-

pectivement de 71 % et 84 %. Pour les mesures autres que celles liées à l'emploi, la part d'accords parmi les décisions prises est particulièrement importante pour les orientations en établissement spécialisé : 80 % pour les primo-demandes et 95 % pour les demandes de renouvellement.

Environ la moitié des accords sont valables pour une durée de 5 ans (50 % pour les premières demandes et 53 % pour les demandes de renouvellement) et 20 % pour 10 ans. La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé est attribuée en moyenne pour 5 ans. Ce sont les cartes d'invalidité et de stationnement qui sont accordées pour les durées moyennes les plus longues (entre 6 et 6,5 ans) [1].

■ CHAMP

Les 1 473 000 décisions rendues par les COTOREP au cours de l'année 2002.

■ DEFINITIONS

Les Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) : implantées dans chaque département et créées par la loi d'orientation du 30 juin 1975, elles ont pour rôles de reconnaître le handicap des adultes (à partir de 20 ans), de définir leur taux d'incapacité, de faire le bilan de leurs aptitudes, de les orienter vers le milieu du travail ou vers des établissements médico-sociaux et de leur permettre d'obtenir des allocations. Au total, elles statuent sur treize types de demandes, six liées au travail et sept de nature sociale (Tab. 1). Les COTOREP ne sont pas les seules instances à reconnaître le handicap : outre l'Office National des Anciens Combattants et les sociétés d'assurance, la Sécurité Sociale joue également ce rôle en attribuant un taux d'incapacité aux personnes victimes d'un accident du travail, et en versant des pensions d'invalidité à tout assuré social de moins de 60 ans qui, victime d'une maladie ou d'une infirmité d'origine non professionnelle, voit sa capacité de travail ou de gain réduite au moins des deux tiers. Ainsi, 450 000 pensions d'invalidité ont été versées en 2001.

L'AAH : voir fiche « L'Allocation aux adultes handicapés ».

L'ACTP et l'ACFP : voir fiche « L'ACTP et les autres mesures COTOREP ».

■ NOTE DE LECTURE

Ces résultats proviennent d'une exploitation par la DREES depuis 2001 des fichiers informatiques de l'ensemble des COTOREP de France métropolitaine et des DOM grâce au système de gestion informatisé des COTOREP, dénommé ITAC (Informatisation des Traitements Administratifs des COTOREP) qui contient toutes les informations relatives à la gestion de la demande.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Chanut J-M, Paviot J., *L'activité des COTOREP en 2001*, document de travail n°42, DREES, décembre 2002.
- Chanut J-M, Paviot J., *L'activité des COTOREP en 2000*, document de travail n°32, DREES, mars 2002.

SOURCE

[1] Chanut J-M., *L'activité des COTOREP en 2002*, Etudes et résultats n°267, DREES, octobre 2003.

¹ Dont 15 000 demandes estimées pour douze COTOREP dont les chiffres concernant la carte de stationnement pour personnes handicapées sont manquants. Ces estimations ne seront pas prises en compte pour les résultats suivants qui porteront donc sur 1 458 000 décisions rendues.

² Un renouvellement concerne une mesure que l'on a déjà demandée au moins une fois et sur laquelle la COTOREP a déjà statué par un accord ou un rejet.

■ Tab. 1 : Demandes traitées par les COTOREP

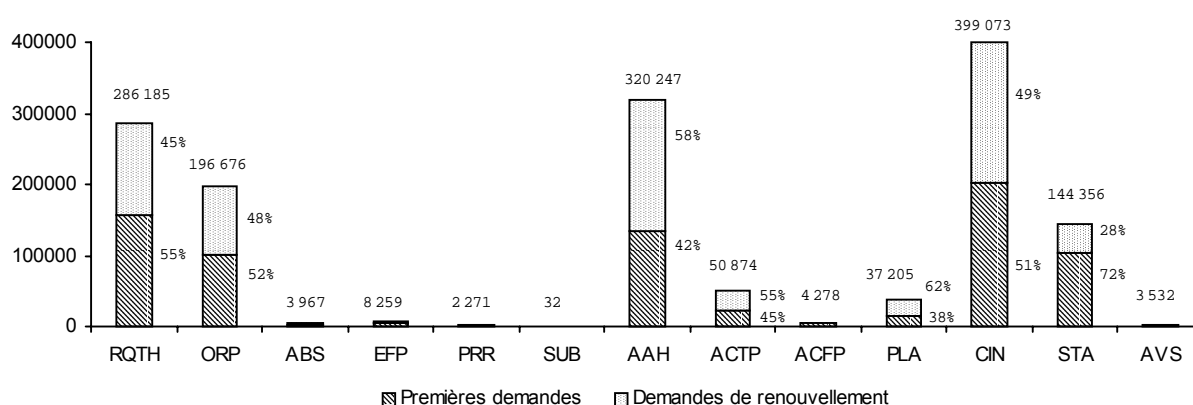
6 mesures relatives au travail	7 mesures de nature sociale			
	3 types d'allocations	1 mesure de placement	2 types de cartes	Autre mesure
RQTH : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ORP : Orientation professionnelle ABS : Abattement de salaire EFP : Emploi dans la fonction publique PRR : Prime de reclassement SUB : Subvention d'installation	AAH : Allocation aux adultes handicapés ACTP : Allocation Compensatrice pour tierce personne ACFP : Allocation Compensatrice pour frais professionnels	PLA : placement en établissement spécialisé	CIN : Carte d'invalidité STA : Carte de stationnement pour personnes handicapées	AVS : Assurance vieillesse de la personne aidante

Note : ces mesures seront explicitées et détaillées dans les fiches « L'Allocation aux adultes handicapés », « L'ACTP et les autres mesures COTOREP » et « Les mesures emploi des COTOREP ».

Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [1]

■ Fig. 1 : Nombre de décisions prises en 2002 par les COTOREP par type de mesures et selon le type de demandes

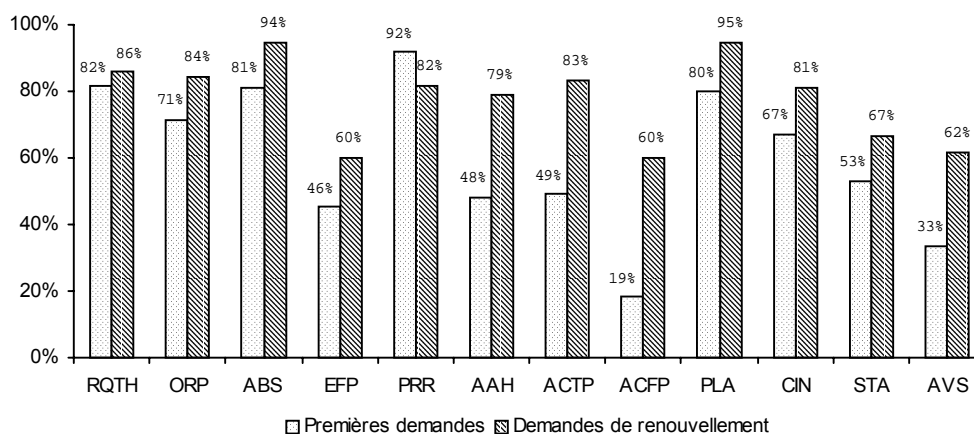


Note : pour la signification des sigles des différentes mesures, se reporter au Tab. 1.

Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [1]

■ Fig. 2 : Part d'accords parmi les décisions prises par les COTOREP en 2002 par type de mesures et selon le type de demandes



Note : pour la signification des sigles des différentes mesures, se reporter au Tab. 1.

Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [1]

L'Allocation aux adultes handicapés (AAH)

L'Allocation aux adultes handicapés (AAH) est versée sous certaines conditions aux personnes à qui la COTOREP a attribué un taux d'incapacité supérieur à 80 % ou compris entre 50 % et 79 %, et dont les ressources sont inférieures à un certain plafond. Près de 753 000 allocataires la perçoivent et environ 65 000 nouvelles allocations sont accordées chaque année par les COTOREP.

Au 31 décembre 2002, le nombre de bénéficiaires de l'AAH, allocataires de la CNAF et de la MSA, était de 752 900 (France métropolitaine et DOM), soit une augmentation de 2,5 % par rapport à l'année précédente. Un peu plus de 70 % des bénéficiaires perçoivent l'AAH au titre de l'article L.821-1. Environ un quart des allocataires vivent en couple ; 16 % ont des enfants à charge, situation plus fréquente en cas de vie en couple, mais concernant également 6 % des allocataires sans conjoint [1].

320 000 décisions relatives à l'AAH en 2002

Au cours de l'année 2002, les COTOREP ont reçu 322 000 demandes d'AAH et ont rendu 320 241 décisions relatives à cette prestation. Dans 42 % des cas, ces décisions concernent des premières demandes (Tab. 1). Près des deux tiers des décisions sont des accords, ces derniers étant plus fréquents pour les renouvellements (79 % d'accords) que pour les premières demandes (48 % d'accords).

L'AAH et la carte d'invalidité sont souvent sollicitées ensemble : 59 % des demandeurs d'AAH sollicitent l'obtention de la carte d'invalidité et 47 % des personnes demandant cette carte adressent en même temps une demande d'AAH.

Les décisions d'attribution d'AAH sont prises pour une durée moyenne de 4,2 ans pour les premières demandes et de 5 ans pour les demandes de renouvellement.

Le nombre d'accords d'AAH pour 1000 habitants évolue avec l'âge de manière parallèle pour les deux types d'accords : il augmente jusqu'à 55 ans, puis diminue fortement surtout à partir de 60 ans, âge à partir duquel l'AAH est suspendue dès lors que la personne perçoit une pension de vieillesse (Fig. 1).

Le nombre d'accords d'AAH est en augmentation sur la dernière décennie

Depuis 1995, le nombre de décisions d'attribution d'AAH a augmenté en moyenne de 5 % par an (2,2 % entre 2001 et 2002). Cette hausse concerne principalement les accords pour un taux d'incapacité compris entre 50 et 79 % dont l'augmentation annuelle moyenne dépasse 6 % depuis 1995. Le nombre d'accords d'AAH au titre d'un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % est en revanche resté relativement stable au cours de cette période (Fig. 2).

Parmi les 211 000 accords enregistrés en 2002, 59 % le sont au titre de l'article L.821-1. Cette proportion est légèrement plus élevée pour les demandes de renouvellement (61 % d'accords au titre du L.821-1) que pour les premières demandes (57 %).

Les pratiques des COTOREP concernant l'attribution de l'AAH sont hétérogènes : parmi les premières demandes, 10 % des COTOREP dépassent 85 % d'accords au titre du L.821-1 (quatre d'entre elles sont au-delà de 90 %) et 10 % d'entre elles sont en-deçà de 43 % [2].

■ CHAMP

Les 320 000 décisions d'attribution d'AAH rendues par les COTOREP au cours de l'année 2002.

■ DEFINITION

L'Allocation aux adultes handicapés (AAH) : c'est une prestation financée par l'Etat versée par la Caisse d'allocations familiales (CAF) ou la Mutualité sociale agricole (MSA). Elle a été créée par la loi du 30 juin 1975 pour assurer un minimum de ressources aux personnes reconnues handicapées qui ne peuvent prétendre à un avantage de vieillesse ou d'invalidité ou à une rente d'accident du travail. Outre la condition de ressources, le bénéficiaire doit justifier d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % (article L.821-1 du code de la Sécurité sociale) ou 50 % en cas d'impossibilité, reconnue par la COTOREP, de se procurer un emploi du fait du handicap (article L.821-2). Il est en général âgé de 20 ans et plus. A 60 ans, l'AAH est suspendue dès qu'il touche un avantage de vieillesse. Un complément d'AAH, versé sous certaines conditions aux personnes handicapées vivant dans un logement indépendant, a été institué en juillet 1994.

■ NOTE DE LECTURE

Les résultats présentés pour les années 1995 à 2000 concernent la France métropolitaine et proviennent de tableaux de remontées statistiques trimestrielles envoyés par les COTOREP à la DREES. Depuis 2001, ils proviennent directement de l'exploitation par la DREES des fichiers informatiques de l'ensemble des COTOREP et concernent la métropole et les DOM.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Colin C., Cordey V., Pasquier-Doumer L., *L'accès à l'allocation aux adultes handicapés : le jeu combiné de critères médicaux et sociaux, Etudes et résultats n°39, DREES, novembre 1999.*

- Cordey V., *Les décisions des COTOREP concernant l'allocation aux adultes handicapés en 1999, document de travail n°5, DREES, août 2000.*

- Chanut J.-M., Paviot J., *L'activité des COTOREP en 2001, document de travail n°42, DREES, décembre 2002.*

SOURCES

[1] CNAF, *Prestations légales, aides au logement, revenu minimum d'insertion au 31 décembre 2002.*

L'Allocation aux adultes handicapés (AAH)

■ **Tab. 1 : Evolution des décisions concernant l'AAH entre 2001 et 2002**

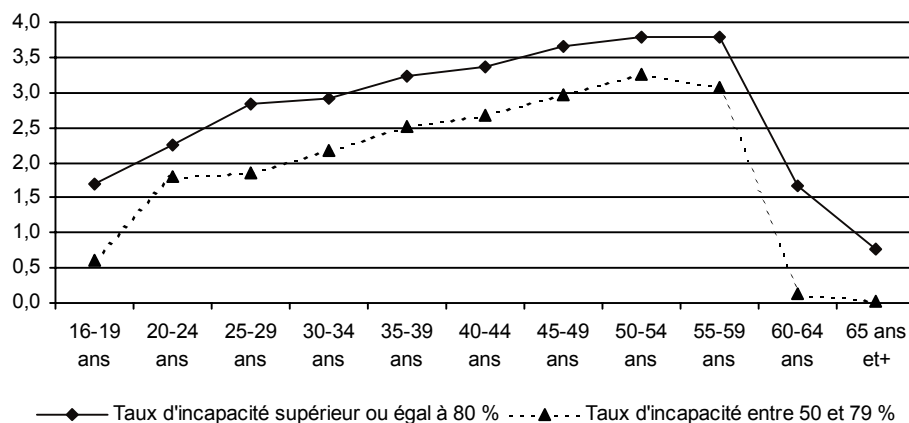
	Nombre de décisions en		Evolution 2001/2002
	2001	2002	
Ensemble des décisions d'AAH	313 258	320 241	+2,2 %
Premières demandes	135 723	135 354	-0,3 %
Demandes de renouvellement	177 535	184 887	+4,1 %
Ensemble des accords d'AAH	205 053	211 191	+3,0 %
Accords taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %	122 618	124 254	+1,3 %
Accords taux d'incapacité compris entre 50 et 79 %	82 435	86 937	+5,5 %
Accords premières demandes	65 197	65 228	0 %
Accords demandes de renouvellement	139 856	145 963	+4,4 %
Ensemble des rejets* d'AAH	108 205	109 050	+0,8 %
Rejets premières demandes	70 526	70 126	-0,6 %
Rejets demandes de renouvellement	37 679	38 924	+3,3 %

* Les rejets comprennent les refus et les sursis à statuer et les sans suite.

Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [1]

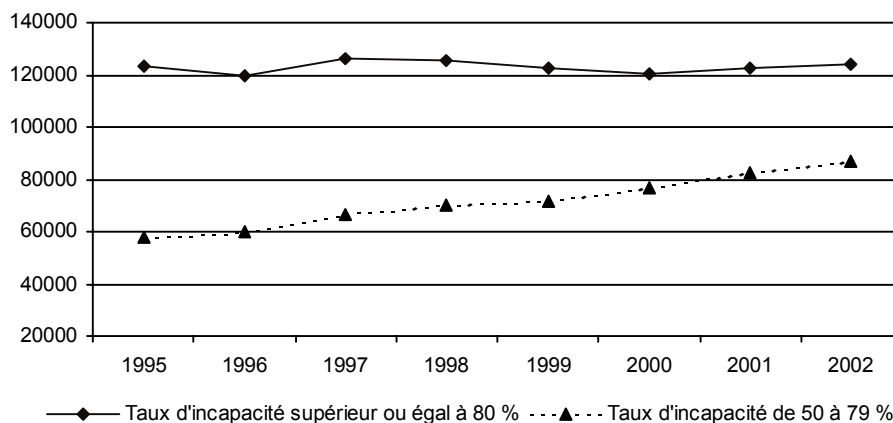
■ **Fig. 1 : Nombre de décisions relatives à l'Allocation aux adultes handicapés pour 1000 habitants par âge en 2002**



Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [2]

■ **Fig. 2 : Nombre d'accords d'attribution de l'Allocation aux adultes handicapés entre 1995 et 2002**



Note : Les données de 1995 à 2000 concernaient uniquement la France métropolitaine. Un coefficient de correction leur a été appliqué afin d'obtenir une estimation pour la France métropolitaine et les DOM.

Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [2]

L'Allocation compensatrice pour tierce personne et les autres mesures COTOREP

Outre les décisions relatives à l'AAH et à l'emploi, les COTOREP rendent des décisions concernant l'obtention de *cartes d'invalidité* et de *stationnement*, l'attribution d'allocations compensatrices (ACTP, ACFP), le placement en établissement spécialisé et l'affiliation de la personne aidante à l'assurance vieillesse.

50 900 décisions relatives à l'ACTP

Au cours de l'année 2002, les COTOREP ont reçu 52 100 demandes d'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et ont rendu 50 900 décisions, dont près de la moitié en réponse à des premières demandes (Tab. 1). Les trois quarts de ces décisions ont donné lieu à des accords, dont 83 % pour un taux inférieur à 80 % de la majoration pour tierce personne (MTP) et 17 % pour un taux de 80 %. Les demandes de renouvellement ont plus souvent donné lieu à une décision favorable que les premières demandes : 83 % contre 49 %. Par rapport à 2001, le nombre de décisions liées à l'ACTP a légèrement augmenté en 2002 (+1,9 %) tandis que le nombre d'accords est resté stable (Tab. 2).

5 600 décisions relatives à l'ACFP

En 2002, les COTOREP ont reçu 5 700 demandes d'Allocation compensatrice pour frais professionnels (ACFP) et ont prononcé 5 600 décisions, relatives à des premières demandes dans plus de trois quarts des cas. Moins d'une décision sur trois a été favorable, dont 81 % pour un taux inférieur à 40 % de la MTP et 19 % pour un taux supérieur à 40 %. Les demandes de renouvellement ont été acceptées dans 60 % des cas tandis que moins de 20 % des premières demandes ont donné lieu à un accord. Par rapport à 2001, le nombre de décisions prises en 2002 a légèrement augmenté (+1,2 %) tandis que le nombre d'accords a diminué de plus de 7 %.

37 200 décisions relatives au placement en établissement spécialisé

Les COTOREP ont reçu, en 2002, 38 000 demandes de placement et ont rendu 37 000 décisions correspondant à des demandes de renouvellement dans 62 % des cas. La plupart des décisions ont donné lieu à un accord : 80 % pour les premières demandes et 95 % pour les demandes de renouvellement. Ces décisions favorables concernent l'orientation en foyer occupationnel dans 38 % des cas, en maison d'accueil spécialisé dans 18 %, en foyer d'hébergement¹ dans 17 %, en foyer d'accueil médicalisé dans 12 % et dans un autre type d'établissement dans 14 % des cas. Entre 2001 et 2002, les nombres de décisions et d'accords ont augmenté de 1,7 % (Fig. 1).

400 000 décisions relatives à la carte d'invalidité

En 2002, 407 000 demandes de carte d'invalidité ont été adressées aux COTOREP qui ont pris 399 000 décisions, dont un peu plus de la moitié en réponse à des premières demandes. La part d'accords est de 67 % pour les premières demandes et 81 % pour les demandes de renouvellement. Entre 2001 et 2002, le nombre d'accords a peu évolué. Les COTOREP ont également rendu, en 2002, 159 000 déci-

sions relatives à la carte de stationnement pour personnes handicapées², dont les deux tiers en réponse à des premières demandes. Environ la moitié des premières demandes et les deux tiers des demandes de renouvellement ont fait l'objet d'une décision favorable.

Enfin, elles ont examiné 3 500 demandes d'assurance vieillesse de la personne aidante et ont rendu une décision favorable pour plus de 40 % d'entre elles [1].

■ CHAMP

Décisions rendues par les COTOREP au cours de l'année 2002.

■ DEFINITIONS

L'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) : a pour objectif de compenser les dépenses supplémentaires liées à l'embauche d'une personne à domicile ou le manque à gagner d'un proche qui se rend disponible pour aider la personne handicapée. L'ACTP est attribuée pour un montant de 40 à 80 % de la Majoration pour tierce personne (MTP).

L'Allocation compensatrice pour frais professionnels (ACFP) : est destinée à compenser les dépenses supplémentaires liées au handicap d'une personne dans le cadre de son activité professionnelle. Elle est attribuée pour un montant de 5 à 80 % de la MTP.

Le placement en établissement spécialisé : la COTOREP peut orienter les demandeurs vers un établissement social ou médico-social d'hébergement : foyer d'hébergement, foyer occupationnel ou foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé (ex-foyer à double tarification), Maisons d'accueil spécialisées (MAS). Voir les définitions de ces établissements dans la fiche sur les établissements médico-sociaux.

La carte d'invalidité : est attribuée aux personnes, quel que soit leur âge, auxquelles les COTOREP ont reconnu un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %. Elle peut porter une mention spécifique (station debout pénible, canne blanche...).

La carte de stationnement pour personnes handicapées (de tous âges) : permet de stationner sur les emplacements réservés dans l'ensemble de l'Union européenne et peut apporter certaines facilités de circulation.

L'assurance vieillesse de la personne aidante (AVS) : permet l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des personnes qui apportent de l'aide à une personne handicapée.

■ NOTE DE LECTURE

Ces résultats proviennent d'une exploitation par la DREES depuis 2001 des fichiers informatiques de l'ensemble des COTOREP de France métropolitaine et des DOM.

POUR EN SAVOIR PLUS

Chanut J.-M., Paviot J., *L'activité des COTOREP en 2000*, document de travail n°32, DREES, mars 2002.

SOURCE

[1] Chanut J.-M., *L'activité des COTOREP en 2002*, Etudes et résultats n°267, DREES, octobre 2003.

¹ Ce nombre peut toutefois être sous-estimé car certaines COTOREP, en notifiant un placement en même temps qu'une orientation en CAT, n'enregistrent que cette dernière orientation dans leur base.

² Dont 15 000 demandes estimées pour douze COTOREP dont les chiffres concernant la carte de stationnement pour personnes handicapées sont manquants.

L'Allocation compensatrice pour tierce personne et les autres mesures COTOREP

■ **Tab. 1 : Décisions prises par les COTOREP en 2002**

	Décisions			Décisions favorables		
	Nombre de décisions	Part des premières demandes	Nombre de décisions favorables	Part de décisions favorables	Part de décisions favorables pour les premières demandes	Part de décisions favorables pour les demandes de renouvellement
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	50 874	45 %	34 429	68 %	49 %	83 %
Allocation compensatrice pour frais professionnels (ACFP)	5 622	76 %	1 605	29 %	19 %	60 %
Placement en établissement spécialisé	37 205	38 %	33 178	89 %	80 %	95 %
Carte d'invalidité	399 073	51 %	295 192	74 %	67 %	81 %
Carte de stationnement pour personnes handicapées*	159 356	65 %	81 923	57 %	53 %	67 %
Assurance vieillesse	3 532	72 %	1 462	41 %	33 %	62 %

* Dont 15 000 demandes estimées pour douze COTOREP dont les chiffres concernant la carte de stationnement pour personnes handicapées sont manquants.
Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [1]

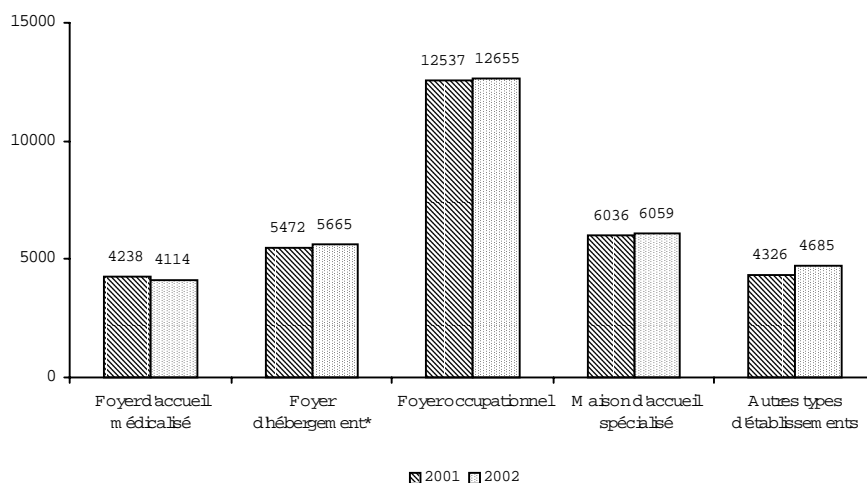
■ **Tab. 2 : Evolution des décisions prises par les COTOREP entre 2001 et 2002**

	Décisions			Décisions favorables		
	2001	2002	Evolution	2001	2002	Evolution
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	49 902	50 874	+1,9 %	34 353	34 429	+0,2 %
Allocation compensatrice pour frais professionnels (ACFP)	5 553	5 622	+1,2 %	1 727	1 605	-7,1 %
Placement en établissement spécialisé	36 583	37 205	+1,7 %	32 609	33 178	+1,7 %
Carte d'invalidité	400 083	399 073	-0,3 %	297 101	295 192	-0,6 %
Carte de stationnement pour personnes handicapées*	131 815	144 356	+9,5 %	74 309	81 923	+10,2 %
Assurance vieillesse	3 868	3532	-8,7 %	1 794	1 462	-18,5 %

* Dont 15 000 demandes estimées pour douze COTOREP dont les chiffres concernant la carte de stationnement pour personnes handicapées sont manquants.
Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [1]

■ **Fig. 1 : Evolution des décisions de placement en établissement spécialisé entre 2001 et 2002**



* Ce nombre peut toutefois être sous-estimé car certaines COTOREP, en notifiant un placement en même temps qu'une orientation en C.A.T., n'enregistrent que cette dernière orientation dans leur base.

Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [1]

4.

Les adultes handicapés vivant à domicile

Le logement

Les aides humaines

Les aides techniques

Les restrictions de participation sociale

Le logement

*Quels que soient leur âge et les problèmes de santé auxquels elles sont confrontées, plus d'un million de personnes déclarant être atteintes d'au moins une **déficience** et vivant à domicile éprouvent des difficultés à accéder à leur domicile. Parmi elles, les personnes présentant plusieurs déficiences physiques, celles souffrant d'une déficience motrice et celles atteintes à la fois de déficiences physique et mentale sont celles qui rencontrent le plus souvent des difficultés à accéder à leur bâtiment, à leur logement, ainsi qu'aux différentes pièces de celui-ci. Elles sont également plus nombreuses que celles souffrant d'autres déficiences à disposer ou à avoir besoin d'équipements ou de meubles adaptés.*

Plus d'un million de personnes présentant des déficiences éprouvent des difficultés d'accès à leur domicile

Près des deux tiers des 22,5 millions d'individus déclarant au moins une déficience vivent dans des maisons individuelles. Quel que soit le type d'habitation (maison individuelle ou immeuble), 1,1 million de personnes rencontrent des difficultés pour accéder de la rue au bâtiment (immeuble ou maison) (636 000 personnes) et/ou de l'entrée du bâtiment au logement (606 600 personnes) (Tab. 1). En outre, près de 600 000 personnes se disent confinées dans leur logement pour des raisons de santé, ce qui peut être aussi lié à un manque d'accessibilité ou d'aménagement.

Les personnes rencontrant des difficultés pour accéder à leur immeuble ou à leur logement sont majoritairement des personnes de 60 ans et plus (dans 77 % des cas) alors qu'elles ne représentent que 38 % des personnes déclarant au moins une déficience. Les personnes qui subissent ces gênes peuvent mettre en cause leur environnement, ou imputer ces difficultés d'accès à leur propre état de santé. Il est frappant de constater que la majorité des personnes déclarant au moins une déficience (71 %, soit 450 000 personnes) attribuent leurs difficultés d'accès à leur domicile uniquement à leur état de santé. On peut y voir la preuve d'une méconnaissance des possibilités d'aménagement, méconnaissance qui serait relativement fréquente chez les personnes âgées. Lorsque c'est l'environnement qui est cité, l'obstacle le plus fréquemment indiqué est l'impraticabilité des escaliers (près de 115 000 personnes) (Fig. 1). Vient ensuite le franchissement des portes d'entrée des bâtiments, qui pose problème à 49 000 individus. Les difficultés d'accès à l'immeuble ou à la maison, ainsi que le confinement à l'intérieur du logement, concernent tous les groupes de déficiences, mais plus particulièrement les personnes des groupes de déficiences pluriphysiques, motrices et physiques et mentales (Tab. 2).

De même, près des trois quarts des 606 600 personnes déclarant au moins une déficience qui indiquent des difficultés d'accès au logement (depuis l'entrée de l'immeuble ou de la maison) appartiennent à ces trois groupes de déficiences. Hormis l'état de santé, ces difficultés sont le plus souvent attribuées à un escalier impraticable (165 500 personnes).

Plus de 800 000 personnes déclarant au moins une déficience indiquent des difficultés pour accéder à toutes les pièces de leur logement

La fréquence des difficultés d'accès à toutes les pièces du logement des personnes déclarant une ou plusieurs déficience(s) augmente avec l'âge, passant de 1 % pour les 0-

19 ans à 2 % pour les 20-59 ans, puis à 6 % pour les 60 ans et plus. Ces difficultés concernent principalement les personnes appartenant aux groupes de déficiences pluriphysiques (318 300 personnes), motrice (216 500 personnes) et physique et mentale (159 800 personnes).

Les dispositifs ou équipements adaptés sont insuffisamment répandus

Parmi les 3 734 100 personnes déclarant habiter un logement équipé d'un dispositif de changement de niveau, près de 99 % d'entre elles indiquent n'être équipées que d'un escalier ordinaire. Les dispositifs de type ascenseur (14 400 personnes), monte-charge (12 600 personnes), plate-forme élévatrice (10 500 personnes) ou élévateur d'escalier (17 400 personnes) sont peu répandus.

Près de 850 000 personnes déclarant au moins une déficience disposent de meubles ou d'équipements adaptés, ce sont principalement des personnes de 60 ans et plus (673 000). Les équipements adaptés les plus utilisés sont les WC adaptés (395 000), les baignoires, douches ou lavabos adaptés (215 000) et les dispositifs de soutien (345 000). Mais, près de 650 000 personnes expriment le besoin d'équipements adaptés. Comme précédemment, l'existence et le besoin de ces équipements adaptés sont particulièrement fréquents pour les personnes atteintes de déficiences pluriphysiques, motrices et physiques et mentales [1].

■ CHAMP

La population concernée est constituée des 22,5 millions de personnes, de tous âges, vivant en domicile ordinaire en France métropolitaine, déclarant être atteintes d'au moins une déficience en réponse à la question « Rencontrez-vous dans la vie de tous les jours des difficultés, qu'elles soient physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales ? ». Seule une minorité de déficiences sont susceptibles d'entraîner plus qu'une gêne.

■ DEFINITION

La déficience : voir partie introductive « Concepts et Indicateurs ».

■ NOTE DE LECTURE

Ces résultats proviennent d'exploitations, réalisées par le CTNERHI, de l'enquête Handicaps-Incapacité-Dépendance (HID) menée par l'INSEE en France métropolitaine en 1999 auprès de personnes vivant en domicile ordinaire.

POUR EN SAVOIR PLUS

Roussel P., *La compensation des incapacités au travers de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (enquête HID 1998-enquête HID 1999)*, Rapport de recherche, CTNERHI, 2002.

SOURCE

[1] Razaki C., *Le logement des personnes âgées et/ou handicapées à partir de l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance, statistiques commentées pour l'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat*, CTNERHI, novembre 2001.

Tab. 1 : Difficultés d'accès à l'immeuble, au logement et aux différentes pièces des personnes déclarant au moins une déficience selon la classe d'âge

	Immeuble*		Logement**		Aux différentes pièces		Personnes déclarant au moins une déficience	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
0-19 ans	24 900	1	12 000	0	53 800	1	3 865 600	17
20-59 ans	120 000	1	257 800	3	218 700	2	10 023 500	45
60 ans et plus	491 000	6	336 800	4	545 300	6	8 585 200	38
Ensemble	636 000	3	606 600	3	817 800	4	22 474 200	100

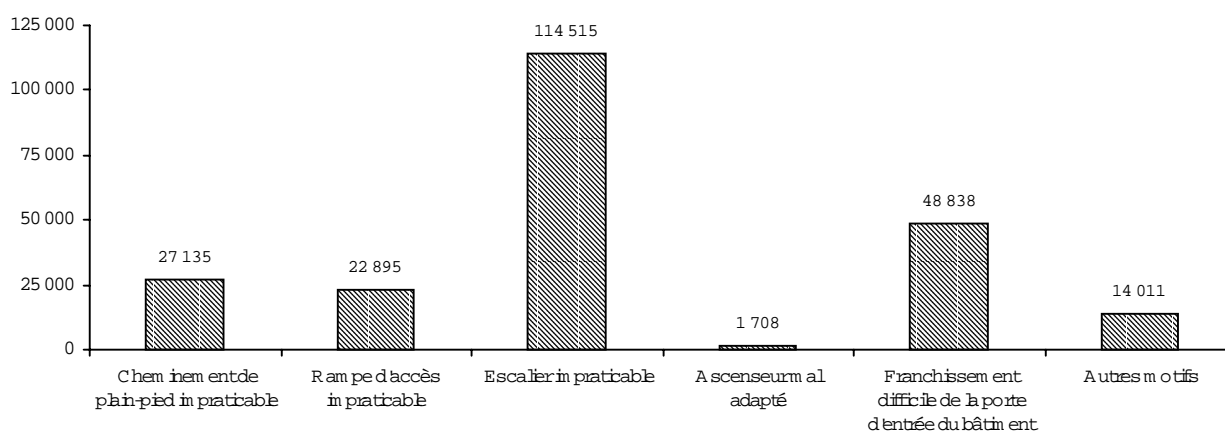
* Difficultés pour accéder de la rue au bâtiment (immeuble ou maison).

** Difficultés pour accéder de l'entrée du bâtiment au logement.

Champ : personnes vivant en domicile ordinaire et déclarant au moins une déficience.

Source : [1]

Fig. 1 : Difficultés d'accès à l'immeuble ou à la maison imputées à l'environnement



Champ : personnes déclarant au moins une déficience, ayant des difficultés à accéder à leur immeuble ou à leur maison, et n'imputant pas ces difficultés d'accès à leur état de santé.

Source : [1]

Tab. 2 : Difficultés d'accès à l'immeuble ou à la maison, au logement et aux différentes pièces de la maison par groupes de déficiences exclusifs des personnes déclarant au moins une déficience

	Accès à l'immeuble ou à la maison		Accès au logement		Accès à toutes les pièces du logement		Personnes confinées à l'intérieur du logement		Personnes déclarant au moins une déficience	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
motrice	156 900	4	127 500	4	216 500	6	95 400	3	3 599 300	16
visuelle	16 300	1	8 200	1	7 200	1	12 800	1	1 142 000	5
auditive	9 200	1	8 200	1	12 200	1	12 700	1	1 659 000	7
langage	280	0	180	0	900	0,3	1 900	1	326 000	2
viscérale	14 100	1	29 100	1	19 200	1	57 300	3	2 091 900	9
intellectuelle	8 500	1	12 300	1	52 200	3	33 500	2	1 645 100	7
pluriphysique	250 000	7	188 200	6	318 300	9	218 400	6	3 387 900	15
physique et mentale	149 900	7	125 800	6	159 800	7	148 700	7	2 145 800	10
autre non précisée	30 700	1	107 200	2	31 000	1	17 700	0	6 477 400	29
Ensemble	636 000	3	606 600	3	817 800	4	598 600	3	22 474 200	100

Champ : personnes vivant en domicile ordinaire et déclarant au moins une déficience.

Source : [1]

Les aides humaines

En 1999, deux millions d'adultes âgés de 20 à 59 ans et vivant à domicile avaient une pension d'invalidité ou un taux d'incapacité attribué par une instance administrative. 40 % d'entre eux déclaraient recevoir une aide régulière en raison de leur état de santé. Les aidants, au nombre de deux en moyenne par personne handicapée, font pour la majorité d'entre eux partie de l'entourage familial.

Les personnes présentant des déficiences des fonctions intellectuelles sont plus souvent aidées

En 1999, 760 000 adultes handicapés, vivant à leur domicile, ont reçu une aide régulière en raison de leur état de santé. Les **adultes handicapés aidés** déclarent un nombre de déficiences plus important que ceux qui ne bénéficient pas d'aide (2,8 déficiences contre 1,8). Par ailleurs, ils déclarent plus fréquemment au moins une déficience psychique relevant de retards ou de pertes des fonctions intellectuelles supérieures (47 % contre 16 % pour les adultes handicapés qui ne reçoivent pas d'aide) (Fig. 1).

Les aidants : principalement des membres de la famille

En moyenne, environ deux personnes interviennent auprès des adultes handicapés. 62 % d'entre eux sont aidés par un ou plusieurs aidants non professionnels (**aide informelle**) tandis que 25 % le sont à la fois par des professionnels et des membres de leur entourage (**aide mixte**). 13 % des personnes aidées bénéficient uniquement d'une **aide professionnelle**.

Les aidants non professionnels qui interviennent auprès d'adultes handicapés, dans le cadre d'une aide mixte ou informelle, sont dans neuf cas sur dix des membres de la famille

Les interventions de professionnels, qu'il s'agisse d'une aide exclusivement professionnelle ou mixte, proviennent pour près d'un tiers de femmes de ménage, d'aides ménagères ou d'**auxiliaires de vie**, pour plus de 15 % de professionnels du secteur para-médical et dans une proportion similaire d'assistantes sociales.

Au premier rang des aides dispensées, les tâches ménagères et les courses

Les adultes handicapés sont le plus souvent aidés pour les tâches ménagères (72 %) et les courses (65 %). La gestion du budget et les démarches administratives sont réalisées pour plus de 58 % de ces adultes par une tierce personne. 44 % des personnes sont aidées pour des activités telles que la toilette, l'habillage, les repas. Une aide pour se déplacer dans le logement n'est dispensée qu'à 5 % des adultes handicapés, 38 % d'entre eux ont recours à une aide pour sortir de chez eux (Tab. 1).

Le type d'aide dispensée n'est pas le même selon que l'aide est mixte, informelle ou professionnelle. Les adultes handicapés aidés exclusivement par des professionnels bénéficient plus souvent d'une aide pour la défense de leurs droits et la gestion de leur budget. Ceux qui sont aidés uniquement par des membres de leur entourage le sont surtout pour les tâches ménagères et les courses. Enfin, le recours à plusieurs types d'aidants va souvent de pair avec une aide reçue pour les soins personnels [1].

■ CHAMP

Les deux millions d'adultes âgés de 20 à 59 ans, vivant en domicile ordinaire et ayant un taux d'invalidité attribué par une instance administrative.

■ DEFINITIONS

Les adultes handicapés aidés : adultes âgés de 20 à 59 ans et ayant une **reconnaissance administrative** de leur handicap (voir fiche « Les mesures emploi des COTOREP ») vivant à domicile. Ils ont recours à une aide humaine, pour les actes essentiels de la vie quotidienne, en raison de leur état de santé.

L'aide informelle : aide humaine qui est dispensée par un ou plusieurs non professionnels, faisant le plus souvent partie de l'entourage.

L'aide professionnelle aussi appelée aide formelle: aide humaine qui est dispensée par des professionnels rémunérés du secteur sanitaire ou social.

L'aide mixte : aide humaine qui combine à la fois l'intervention de professionnels rémunérés et celle de membres de l'entourage.

L'auxiliaire de vie : professionnel de l'aide à domicile qui aide à l'accomplissement des tâches quotidiennes. Il apporte une aide humaine aux personnes handicapées.

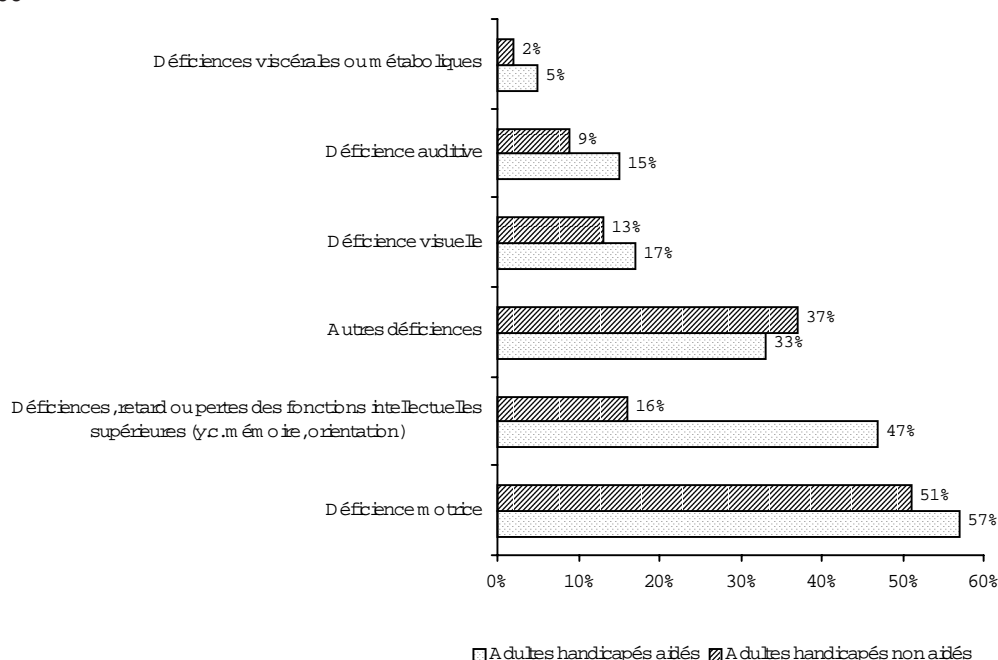
■ NOTE DE LECTURE

Les différents chiffres cités sont estimés à partir l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID), première vague à domicile, 1999, INSEE.

SOURCE

[1] N. Duthéil, *Les aidants des adultes handicapés*, Etudes et résultats, DREES, n°186, août 2002.

■ Fig. 1 : Pourcentage des adultes handicapés concernés par chacun des groupes de déficiences selon qu'ils sont aidés ou non en 1999



Note de lecture : 15% des adultes handicapés aidés et 9% des adultes handicapés ne recevant pas d'aide présentent au moins une déficience faisant partie du groupe des déficiences auditives.

Champ : population des adultes âgés de 20 à 59 ans vivant en domicile ordinaire et ayant un taux d'invalidité attribué par une instance administrative.

Source : [1]

■ Tab. 1 : Pourcentage des adultes handicapés, aidés à domicile, concernés par chacune des activités en 1999

Activités	Pourcentage
Faire les tâches ménagères	72 %
Faire les courses	65 %
Gérer le budget, s'occuper des papiers et des démarches administratives	59 %
Aller voir le médecin, s'occuper des problèmes de santé	50 %
Soins personnels	44 %
Assurer une présence, une compagnie	43 %
Défense des droits et intérêts	41 %
Sortir du logement	38 %

Champ : population des adultes âgés de 20 à 59 ans, vivant en domicile ordinaire, ayant un taux d'invalidité attribué par une instance administrative et déclarant recevoir une aide régulière en raison de leur état de santé.

Source : [1]

Les aides techniques (pour les populations de tous âges)

Près de 5,7 millions de personnes à domicile utilisent au moins une **aide technique** (y compris le mobilier adapté). Les besoins en aides techniques sont par ailleurs moins souvent couverts en domicile ordinaire qu'en institution.

Près d'un quart des personnes déclarant au moins une déficience ont recours à une aide technique

Si l'usage d'au moins une aide technique (prothèses incluses) ne concerne que 5 % des moins de 20 ans déclarant au moins une déficience, il devient plus fréquent à mesure que l'âge augmente, passant de 10 % pour les 20-39 ans à 22 % pour les 40-59 ans, puis à 33 % pour les 60-79 ans pour atteindre 68 % pour les personnes de 80 ans et plus (Tab. 1).

Jusqu'à 60 ans, les femmes sont moins nombreuses que les hommes à déclarer utiliser au moins une aide technique, puis la tendance s'inverse : 71 % des femmes de 80 ans et plus indiquent un usage d'au moins une aide technique contre 61 % des hommes [2].

Les personnes atteintes de déficiences motrices et de pluri-déficiences physiques sont celles qui utilisent le plus souvent une aide technique

L'usage d'au moins une aide technique concerne près du tiers des déficients moteurs et des personnes présentant des déficiences physique et mentale et plus de la moitié des personnes atteintes de plusieurs déficiences physiques (Fig. 1). Ce sont les personnes souffrant de déficiences mentales et de déficiences du langage qui ont le moins recours à une aide technique [2].

Les aides techniques les plus fréquentes sont celles liées à la mobilité et à la continence

Plus de 1,8 millions de personnes vivant en domicile ordinaire (3 %) utilisent au moins une aide technique à la mobilité, très majoritairement des cannes ou des béquilles (Tab. 2). Les aides aux problèmes de continence sont également largement diffusées, principalement les protections absorbantes utilisées par près de 1,2 millions d'individus. Les aides à la communication orale et écrite concernent respectivement 714 000 et 262 000 personnes. Enfin, plus de 600 000 personnes ont recours à des aides techniques liées au traitement d'une maladie de longue durée. En revanche, certaines aides techniques sont plus rares, telles les aides au transfert (108 000 individus) [1].

Les besoins en aides techniques ne sont pas toujours couverts, particulièrement pour les aides au transfert

C'est pour les domaines¹ essentiels voire vitaux, tels la mobilité, la continence et le traitement de maladie de longue durée que les taux de couverture des besoins sont les plus élevés (Tab. 2). Cependant, pour la mobilité, ce taux est élevé en raison du poids des aides simples telles les cannes ou les béquilles pour lesquelles 90 % des besoins sont couverts. Pour les aides liées au traitement d'une maladie de longue durée, les taux de couverture des besoins sont uniformément élevés, probablement parce qu'il ne s'agit plus d'une logique de compensation des incapacités, mais d'une démarche de soins. Plus de 85 % des besoins en protections absorbantes sont couverts, mais cette proportion semble faible lorsque l'on

considère l'importance de la gêne occasionnée par l'absence de cette aide.

En matière de transfert, les taux de couverture des besoins sont faibles (44 % tous types d'aides confondus) alors que ces aides sont destinées à des personnes déficientes motrices dont les incapacités sont lourdes. Ceci s'explique par le fait qu'il s'agit d'aides aux aidants qui peuvent s'en passer au prix d'efforts plus importants. Enfin, c'est pour les aides sophistiquées ou coûteuses tels le fauteuil roulant électrique et la voiture spécialisée ou adaptée que les taux de couverture des besoins sont les plus faibles (respectivement 59 et 68 %) [1].

Les besoins en aides techniques sont moins souvent couverts en domicile ordinaire qu'en institution, notamment pour les aides au transfert

Outre la fréquence des aides techniques logiquement plus faible à domicile qu'en institution, la principale différence porte sur les taux de couverture des besoins qui sont moins élevés en domicile ordinaire. Ceci est particulièrement vrai pour les aides au transfert pour lesquelles 81 % des besoins sont couverts en institution contre seulement 44 % en domicile ordinaire, suggérant une meilleure prise en compte de l'aide aux professionnels dans les établissements que de l'aide aux aidants, souvent informels, qui interviennent à domicile. Par ailleurs, en correspondance avec la structure des besoins, les répartitions des différentes aides à la mobilité au sein de ce domaine sont très différentes : à domicile, la part des cannes et béquilles est prépondérante tandis qu'en établissement, c'est le fauteuil roulant manuel qui prédomine² [1].

■ CHAMP

Population de tous âges vivant en domicile ordinaire pour la source [1]. Population vivant en domicile ordinaire ayant déclaré des déficiences ou des difficultés dans la vie quotidienne pour la source [2] (seule une minorité de déficiences sont susceptibles d'entraîner plus qu'une gêne).

■ DEFINITION

Les aides techniques : sont définies par la norme internationale ISO 9999³ comme « tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne atteinte d'un handicap ou d'un désavantage social, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser la déficience, l'incapacité ou le handicap ».

■ NOTE DE LECTURE

Ces résultats proviennent d'exploitations, réalisées par le CTNERHI, des enquêtes Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) menées par l'INSEE en France métropolitaine en 1998 et 1999 respectivement auprès de personnes vivant en institution et de personnes vivant en domicile ordinaire.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Goillot C., Mormiche P., *Enquête «Handicaps, incapacités, dépendance» en institution en 1998*, INSEE Résultats, collection Démographie-Société, n°83-84, 2001.

- Goillot C., Mormiche P., *Enquête «Handicaps, incapacités, dépendance» auprès des personnes vivant à domicile en 1999*, INSEE Résultats, collection Société, n°6, 2002.

SOURCES

[1] Roussel P., *Une estimation de la diffusion des aides techniques à partir de l'enquête HID de l'INSEE*, Handicap n°96, 47-54, 2002.

[2] Roussel P., *La compensation des incapacités au travers de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (enquête HID 1998-enquête HID 1999)*, Rapport de recherche, CTNERHI, 2002.

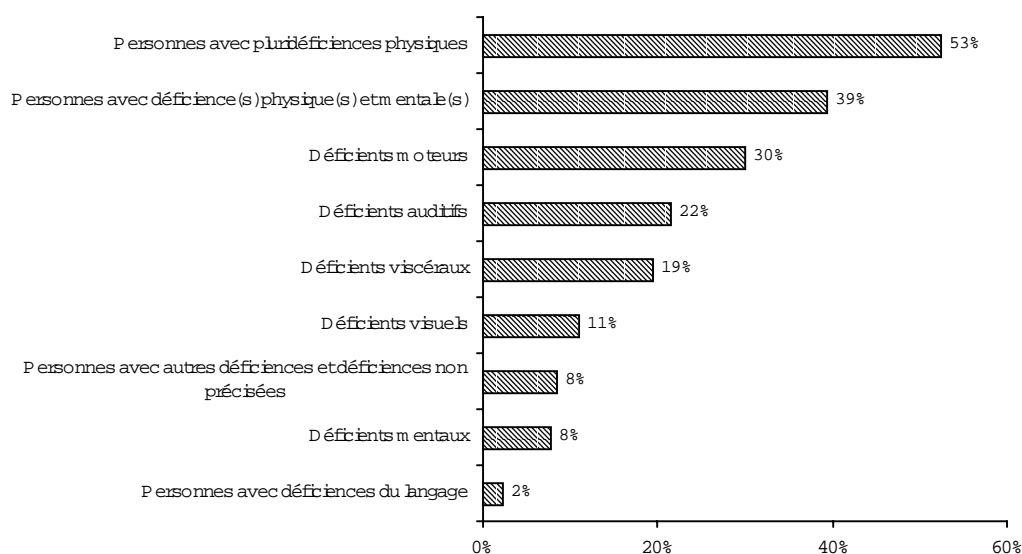
■ Tab. 1 : Usage d'une aide technique à domicile (prothèses incluses) selon l'âge et le sexe

	0-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60-79 ans	80 ans et plus	Ensemble
Hommes	6 %	9 %	26 %	31 %	61 %	22 %
Femmes	3 %	12 %	17 %	35 %	71 %	25 %
Ensemble	5 %	10 %	22 %	33 %	68 %	24 %
	178 000	410 400	1 269 900	1 269 900	1 118 700	5 275 300

Champ : population vivant en domicile ordinaire ayant déclaré des déficiences ou rencontrer des difficultés dans la vie quotidienne.

Source : [2]

■ Fig. 1 : Usage des aides techniques selon les déficiences



Champ : population vivant en domicile ordinaire ayant déclaré des déficiences ou rencontrer des difficultés dans la vie quotidienne.

Source : [2]

■ Tab. 2 : Aides techniques et taux de couverture des besoins par grande fonction

	Mobilité ^a	Continence ^b	Communication	Traitement de maladies de longue durée	Transfert	Manipulation
Nombre d'utilisateurs	1 846 000	1 187 000	946 000	641 000	108 000	31 000
Proportion d'utilisateurs parmi la population vivant à domicile (en %)	3	2	1 ^c / 1 ^d	1	0	0
Taux de couverture par rapport aux besoins exprimés (en %)	90	86	45	97	44	35

^a Non compris les prothèses et les appareillages mêmes ceux relatifs aux membres inférieurs.

^b Protections absorbantes uniquement.

^c Communication écrite.

^d Communication orale.

Champ : population vivant en domicile ordinaire.

Source : [1]

¹ Un besoin dans un domaine déterminé est considéré comme couvert dès lors qu'il est couvert pour au moins une des aides concourant à ce domaine. Par exemple, sont considérés comme couverts aussi bien les besoins de la personne qui dispose d'un fauteuil roulant manuel et ne souhaite rien d'autre que ceux de la personne qui dispose d'un fauteuil roulant manuel mais souhaiterait également un fauteuil roulant électrique.

² Attention, lors de l'enquête HID institution, bien souvent, le répondant n'était pas la personne concernée et donc l'appréciation des besoins pouvait être différente de ce qu'elle aurait été par la personne concernée. De plus, à la différence de l'enquête menée en domicile ordinaire, les personnes en institution qui disposent déjà d'une aide technique mais auraient besoin d'une autre aide ne sont pas identifiables en matière d'aide à la mobilité.

³ L'ISO (Organisation Internationale de Normalisation) est une fédération mondiale d'organismes nationaux de normalisation (comités membres de l'ISO). L'élaboration des normes internationales est en général confiée aux comités techniques de l'ISO.

Les restrictions de participation sociale

La notion de **participation sociale** a remplacé dans la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) la dimension des désavantages présente dans l'ancienne classification internationale des handicaps (CIH). Son champ inclut les principaux aspects de la vie sociale : relations sociales, loisirs, emploi, déplacements...

En domicile ordinaire, une personne sur dix est gênée dans ses déplacements

Parmi l'ensemble de la population de 10 ans et plus vivant en domicile ordinaire avec ou sans déficience, 10 % des personnes déclarent éprouver une gêne dans les déplacements (de la gêne sans limitation de déplacement à des limitations sur tous les déplacements) (Tab. 1). Le degré de gêne ressentie est d'autant plus élevé que le nombre moyen de déficiences est important, que l'âge augmente et que la situation sociale en termes de revenus, d'activité professionnelle et de niveau de diplômes est défavorable [1]. En outre, la fréquence de déclaration d'une gêne dans les déplacements varie selon le type de déficience. Elle est maximale pour les groupes de « déficiences physique et mentale » (35 %), « pluridéficience physique » (22 %), « déficience motrice » (16 %) et « déficience visuelle » (13 %) [2].

Vacances, sorties culturelles et pratique sportive : une moindre participation sociale des personnes avec déficience

Près d'un quart des personnes de 20 à 59 ans déclarant au moins une déficience ne partent jamais ou presque jamais en vacances contre seulement 12 % pour les personnes sans déficience (Tab. 2). De même, les départs en vacances fréquents sont nettement plus rares pour les personnes atteintes d'au moins une déficience : 23 % d'entre eux partent plusieurs fois par an contre 34 % des personnes ne déclarant pas de déficience.

Par ailleurs, elles sont moins nombreuses à se rendre à des spectacles : 75 % contre 87 % pour les personnes sans déficience. Cette moindre fréquentation est particulièrement marquée pour les spectacles sportifs payants, le cinéma, les concerts de rock ou de jazz et les parcs d'attractions.

La pratique régulière du sport concerne plus d'un tiers des 20-59 ans avec déficiences contre près de la moitié des personnes sans déficience. Les personnes déclarant au moins une déficience expliquent quasi-exclusivement par des raisons de santé cette moindre fréquence de la pratique sportive [3].

Une moindre fréquence des relations socio-sexuelles chez les personnes déclarant au moins une déficience

À l'exception des femmes de 18-29 ans, les personnes déclarant au moins une déficience vivant en domicile ordinaire sont toujours moins nombreuses à avoir une relation socio-sexuelle, c'est-à-dire à être en couple ou à avoir un partenaire (fiancé, copain, ou petit-ami) que la population générale (Tab. 3) [4].

■ CHAMP

- Source [1] : population de 10 ans et plus vivant en domicile ordinaire en France métropolitaine
 - Source [3] : population de 20 à 59 ans vivant en domicile ordinaire en France métropolitaine, déclarant ou non au moins une déficience
 - Source [4] : population de 18 à 69 ans vivant en domicile ordinaire en France métropolitaine, déclarant ou non au moins une déficience
- Seule une minorité de déficiences sont susceptibles d'entraîner plus qu'une gêne.

■ DEFINITIONS

Les restrictions de participation sociale : désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer dans son implication dans une situation de vie réelle.

La participation sociale : désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle.

■ NOTE DE LECTURE

Ces résultats proviennent d'une synthèse, réalisée par le CTNERHI, d'exploitations réalisées par l'INSEE, le CTNERHI et l'INSERM, de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) menée par l'INSEE en France métropolitaine en 1999 auprès de personnes vivant en domicile ordinaire.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Veretout A., Peplaw D., *Handicap et participation sociale, rapport intermédiaire, appel d'offres Association des Paralysés de France 2000, août 2001.*
- Marcellini A., Banens M., Turpin J.-P., *Pratiques sportives et personnes handicapées, exploitation de l'enquête HID Handicap-Incapacités-Désavantages (Institution 1998 et Domicile 1999), rapport final, Convention d'Etude Université Montpellier 1-DREES, février 2003.*
- Giami A., de Colomby P., *Relations socio-sexuelles des personnes handicapées vivant en institution, rapport de fin de contrat, Inserm/APF paru dans Handicaps-Incapacités-Dépendance, premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID, colloque scientifique, Montpellier, 30 novembre et 1^{er} décembre 2000, Document de travail, série Etudes, n° 16, DREES, juillet 2001.*

SOURCES

- [1] Hautet E., Ravaut J.-F., *Handicap, gênes ou difficultés ressentis par les personnes dans le cadre de leurs déplacements en dehors du domicile, rapport intermédiaire, appel d'offres Association des Paralysés de France 2000, août 2001.*
- [2] Roussel P., Sanchez J., *Éléments sur la vie dans la cité : logement, transports, loisirs, sports, vie culturelle et sociale, Handicaps, incapacités, dépendance, Revue Française des Affaires Sociales, n° 1-2, janvier-juin 2003.*
- [3] Sanchez J., Roussel P., *Tableaux statistiques pour l'Agence française de l'ingénierie touristique (AFIT) à partir du fichier constitué sur la population « ménages » de l'enquête « Handicaps, incapacités, dépendance » de l'INSEE, Ronéo CTNERHI, avril 2001.*
- [4] Giami A., de Colomby P., *Relations socio-sexuelles des personnes handicapées vivant à domicile, Inserm, en cours.*

■ **Tab. 1 : Niveaux de gênes dans les déplacements et caractéristiques individuelles des personnes de 10 ans et plus vivant à domicile**

	Pourcentages	Part des moins de 60 ans	Nombre moyen de déficiences	Taux de chômage	Proportions de personnes touchant moins de 762 Euros par mois
Non gênés	90 %	83 %	0,6	10 %	9 %
Gênés mais sans limitation de déplacement	4 %	44 %	2,4	15 %	15 %
Limitations sur certains déplacements	3 %	35 %	2,9	27 %	22 %
Limitations sur tous les déplacements	3 %	25 %	3,1	39 %	24 %

Champ : population de 10 ans et plus résidant à domicile en France métropolitaine.

Sources : [1] cité dans [2]

■ **Tab. 2 : Vacances, spectacles et pratique d'un sport chez les personnes de 20 à 59 ans vivant à domicile**

	Personnes déclarant au moins une déficience (n=10 525 720)	Personnes ne déclarant pas de déficience (n=20 550 160)
Partez-vous en vacances ?		
Plusieurs fois par an	23 %	34 %
Chaque année ou presque	35 %	40 %
A peu près une année sur deux	9 %	8,0 %
Plus rarement	8 %	5,9 %
Presque jamais ou jamais	25 %	11,6 %
Ensemble	100 %	100 %
Allez-vous voir des spectacles ?		
Oui	75 %	87 %
Spectacles sportifs payants	19 %	25 %
Spectacles sportifs gratuits	25 %	25 %
Cinéma	48 %	68 %
Théâtre	18 %	21 %
Concerts classiques/opéras	10 %	13 %
Concerts rock/jazz	12 %	23 %
Spectacles de variétés	20 %	21 %
Cirque	16 %	15 %
Parcs d'attractions	35 %	40 %
Non	25 %	13 %
Ensemble	100 %	100 %
Pratiquez-vous régulièrement au moins un sport ?		
Oui	34 %	49 %
Non, pour des raisons de santé	15 %	1 %
Non, par manque de temps	24 %	23 %
Non, pas besoin	26 %	27 %
Non, pour d'autres raisons	1 %	0 %
Ensemble	100 %	100 %

Champ : population de 20 à 59 ans résidant à domicile en France métropolitaine et présentant ou non au moins une déficience.

Sources : [2], [3]

■ **Tab. 3 : Relation socio-sexuelle* actuelle des personnes vivant à domicile**

	Population ayant au moins une déficience et vivant en domicile ordinaire			Population générale**		
	18-29 ans	30-49 ans	50-69 ans	18-29 ans	30-49 ans	50-69 ans
Relation socio-sexuelle dont :	66 %	83 %	90 %	76 %	95 %	92 %
Couples	29 %	80 %	87 %	38 %	85 %	85 %
Partenaires	37 %	3 %	3 %	38 %	10 %	7 %
Pas de relation socio-sexuelle	34 %	17 %	10 %	24 %	6 %	8 %
Ensemble	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Relation socio-sexuelle dont :	85 %	72 %	74 %	75 %	92 %	81 %
Couples	42 %	68 %	73 %	45 %	82 %	74 %
Partenaires	44 %	4 %	2 %	30 %	10 %	7 %
Pas de relation socio-sexuelle	15 %	28 %	26 %	25 %	8 %	19 %
Ensemble	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

* Relation socio-sexuelle : être en couple ou avoir un partenaire.

** Les données sur la population générale proviennent de l'enquête ACSF (Spira A. et le groupe ACSF, Les comportements sexuels en France, Collection des rapports officiels. La documentation française, 1993).

Champ : population résidant à domicile en France métropolitaine et présentant ou non au moins une déficience et population générale.

Sources : [4] cité dans [2]

5.

Les adultes handicapés pris en charge par les établissements médico-sociaux

Les établissements médico-sociaux

Description d'ensemble de la population des établissements médico-sociaux

Les aides techniques

Les établissements médico-sociaux

Au 31 décembre 2001, les établissements pour adultes handicapés étaient au nombre de 3 015 et accueillait plus de 95 000 personnes plus ou moins lourdement handicapées.

Les foyers d'hébergement représentent 43 % des établissements pour adultes handicapés

Les principaux types d'établissements accueillant des adultes handicapés sont : les **foyers d'hébergement**, les **foyers occupationnels**, les **foyers à double tarification** (FDT) et les **maisons d'accueil spécialisées** (MAS).

Les plus nombreux sont les foyers d'hébergement – 1 294 au 31 décembre 2001 – et ils accueillent plus de 38 000 travailleurs handicapés (Tab. 1). Viennent ensuite les foyers occupationnels, au nombre de 1 083 pour 34 000 personnes. Les établissements pour adultes lourdement handicapés – FDT et MAS – sont beaucoup moins nombreux et accueillent moins de résidents. Les 360 FDT et les 278 MAS accueillent respectivement plus de 9 000 et plus de 14 000 adultes.

Les modes d'accueil se diversifient mais l'internat reste le principal mode de prise en charge dans les MAS et les FDT

Les foyers occupationnels, les foyers à double tarification et les MAS ont des modes de fonctionnement similaires puisqu'ils accueillent essentiellement en semi-internat et en internat. Toutefois, les adultes fréquentant ces structures ne sont pas tous accueillis de la même manière. Pour les MAS et les foyers à double tarification, qui accueillent des personnes lourdement handicapées, la proportion de places en internat est très importante (respectivement 71 % et 83 %) alors que dans les foyers occupationnels cette proportion est de 55 % (Tab. 2). Cette différence peut en partie s'expliquer par la lourdeur des handicaps des personnes accueillies, mais également par les dates de création de ces établissements. En effet, les demandes des personnes handicapées et de leurs familles évoluent, poussant les associations gestionnaires à créer une palette d'accueil plus diversifiée, ne comportant plus seulement de l'hébergement complet, mais également des alternatives plus souples et notamment un accueil de jour. Les foyers d'hébergement ont un mode de fonctionnement différent puisqu'ils accueillent leurs pensionnaires essentiellement la nuit en **structure regroupée** (67 %) mais aussi selon des formules en **structure éclatée** se rapprochant plus d'un mode de vie en milieu ordinaire (18 %).

Un accroissement du nombre de MAS et FDT depuis 1987

Entre 1987 et 2001, le nombre d'établissements pour adultes lourdement handicapés (MAS, FDT) a doublé. (Fig. 1). Cette augmentation, plus nette encore entre 1997 et 2001, s'explique par la mise en œuvre du plan pluri-annuel pour adultes lourdement handicapés. Ces vagues successives de création d'établissements se traduisent aussi par une diminution du nombre moyen de personnes accueillies par établissement, puisque les établissements nouvellement créés ont généralement une taille plus réduite que les établissements plus anciens. Ces créations d'établissements permettent évidemment d'augmenter la capacité d'accueil globale (Fig. 2). Les foyers occupationnels ont également connu une très forte augmentation de leur nombre de places entre 1987 et 2001. Le nombre de places en foyers d'hébergement augmente relativement moins vite (38 % sur cette période), cette évolution est en concordance avec celle du nombre de places en CAT (+42 %). Cependant, les capacités d'accueil des foyers d'hébergement n'ont augmenté que de 2,8 % entre 1997 et 2001 alors que le nombre de places en CAT augmentait de 11 %.

SOURCES

[1] Woitrain E., *Les établissements médico-sociaux pour adultes handicapés -série chronologique 1985 à 1998*, document de travail n°6, DREES, août 2000.

[2] Vanovermeir S., *Les établissements médico-sociaux et de travail protégé pour adultes handicapés*, Etudes et Résultats, à paraître.

La proportion de personnes travaillant en CAT et ayant un logement personnel augmente parallèlement (en 2001, 27 % des travailleurs en CAT disposent de leur propre logement alors qu'ils étaient 21 % en 1995), ce qui suggère un mouvement vers une insertion sociale plus importante des travailleurs handicapés.

Le nombre d'adultes dont l'état de santé nécessiterait une prise en charge en établissement n'est pas connu avec précision, de sorte qu'il est difficile de juger de l'adéquation quantitative entre l'offre d'hébergement et les besoins. Tout au plus peut on noter que les taux d'occupation de ces établissements sont très élevés (Tab. 1) [1], [2].

■ CHAMP

Population des adultes pris en charge par des établissements spécialisés au 31 décembre 2001 en France métropolitaine et dans les DOM.

■ DEFINITIONS

Les foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés : assurent l'hébergement et l'entretien le soir et le week-end des travailleurs handicapés qui exercent une activité pendant la journée en Centres d'aide par le travail (CAT), en ateliers protégés ou en milieu ordinaire.

Les foyers de vie ou foyers occupationnels pour personnes handicapées : accueillent des personnes qui ne sont pas en mesure de travailler mais qui disposent d'une certaine autonomie physique ou intellectuelle.

Les foyers à double tarification (FDT) (dorénavant nommés foyers d'accueil médicalisé) : ont vocation à accueillir des personnes lourdement handicapées et polyhandicapées. Leur dépendance totale ou partielle les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel, leur fait obligation de recourir à l'aide d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence et nécessite une surveillance médicale et des soins constants.

Les Maisons d'accueil spécialisées (MAS) : reçoivent des adultes handicapés qui ne peuvent effectuer seuls les actes essentiels de la vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.

Le taux d'occupation : rapport entre le nombre de places offertes par un établissement et le nombre de personnes effectivement accueillies.

L'hébergement en structure regroupée, hébergement en structure éclatée : un accueil est dit « regroupé » quand l'ensemble des unités d'hébergement des personnes handicapées se trouve sur un même site géographique. Il est dit « éclaté » lorsque ces unités d'hébergement sont disséminées dans un périmètre plus ou moins vaste, tout en étant rattachées à un même établissement qui en assure la gestion et l'encadrement. Il s'agit souvent d'appartements disséminés dans un groupe d'immeubles, que les personnes partagent à plusieurs et pour lesquels intervient un encadrant référent.

■ NOTE DE LECTURE

Ces résultats proviennent d'exploitations réalisées à partir de l'enquête Etablissements Sociaux (ES) menée par la DREES. Cette enquête interroge l'ensemble des établissements et services médico-sociaux au 31 décembre 2001 sur leur activité, leur personnel et sur les adultes qu'ils prennent en charge.

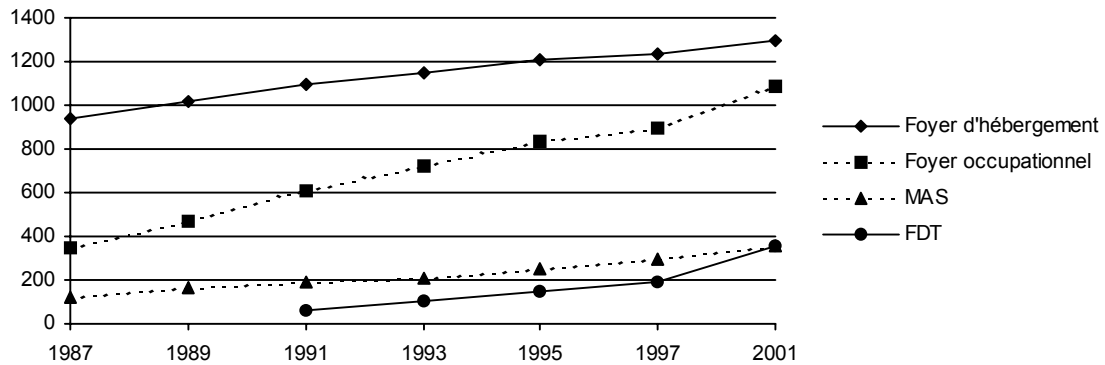
■ **Tab. 1 : Nombre d'établissements, capacité installée et effectifs accueillis au 31 décembre 2001**

	Nombre d'établissements	Capacité	Effectifs	Taux d'occupation
Foyers d'hébergement	1 294	40 607	38 244	94 %
Foyers occupationnels	1 083	34 791	34 142	98 %
Foyers à double tarification	360	9 200	9 044	98 %
Maisons d'accueil spécialisées	278	14 482	14 037	97 %
Ensemble	3 015	99 080	95 467	96 %

Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [2]

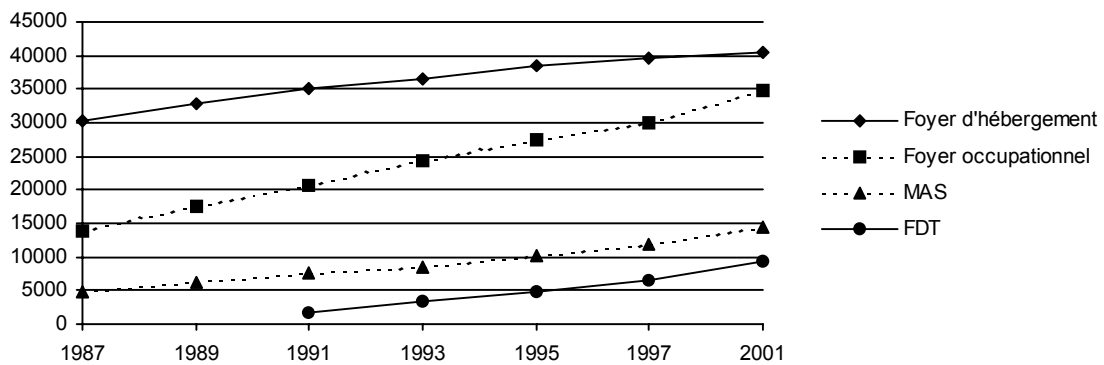
■ **Fig. 1 : Evolution du nombre d'établissements pour adultes handicapés depuis 1987**



Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : [1], [2]

■ **Fig. 2 : Evolution du nombre de places pour adultes depuis 1987**



Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : [1], [2]

■ **Tab. 2 : Mode de fonctionnement par type d'établissement (situation au 31 décembre 2001)**

	Foyer d'hébergement	Foyer Occupationnel	Foyer à double tarification	MAS
Hébergement en structure regroupée	67 %	3 %	-	-
Hébergement en structure éclatée	18 %	0 %	0 %	-
Internat de Semaine	0 %	1 %	1 %	-
Hébergement complet ou internat	8 %	55 %	83 %	71 %
Semi-Internat	1 %	17 %	7 %	18 %
Externat	1 %	9 %	4 %	4 %
Accueil de Jour	1 %	13 %	3 %	4 %
Prestation sur le lieu de vie	3 %	0 %	-	-
Accueil temporaire (W.E. Vacances)	0 %	1 %	1 %	3 %
Autre	1 %	1 %	1 %	-
Ensemble	100 %	100 %	100 %	100 %

Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [2]

Description d'ensemble de la population des établissements médico-sociaux

Au 31 décembre 2001, plus de 95 000 personnes étaient accueillies dans des établissements pour adultes handicapés (*foyers d'hébergement, foyers occupationnels, foyers à double tarification et Maisons d'accueil spécialisées*). Plus de 80 % d'entre elles souffrent, à titre principal, d'une déficience intellectuelle.

Des établissements différents pour des personnes handicapées différentes

Les divers types d'établissements pour adultes handicapés accueillent en leur sein des personnes aux profils sensiblement différents. Les proportions de femmes et d'hommes accueillis diffèrent quelque peu d'un établissement à l'autre mais la proportion d'hommes est toujours plus élevée que celle des femmes (Tab. 1). Les âges des personnes accueillies dans ces établissements sont assez proches (moyenne d'âge de 38 ans) même si on note que les foyers occupationnels comptent une population légèrement plus âgée.

Ces établissements offrent aux adultes handicapés une solution d'hébergement médico-social de long terme, puisque les temps moyens de présence s'étalent de 8 ans pour les foyers à double tarification, à 10 ans pour les foyers occupationnels et les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et à près de 11 ans pour les foyers d'hébergement pour les personnes présentes au 31 décembre 2001.

Les personnes atteintes, à titre principal, de déficiences intellectuelles ou psychiques sont majoritaires dans tous les établissements

En FDT et en MAS surtout, la proportion de la clientèle souffrant de **polyhandicap** est très importante : 11 % en FDT, 29 % en MAS (Tab. 2).

Le type d'établissement fréquenté varie en fonction de la déficience principale dont souffre la personne handicapée (Tab. 3). Les personnes atteintes de déficiences visuelles, auditives et viscérales se dirigent surtout vers les foyers d'hébergement (respectivement 47 %, 42 % et 46 %). Les foyers occupationnels accueillent 43 % des personnes souffrant de déficiences du langage et 39 % de celles souffrant de déficiences motrices. Les personnes **plurihandicapées** et polyhandicapées sont accueillies majoritairement par les maisons d'accueil spécialisées (pour 44 % des plurihandicapées et 70 % des polyhandicapées). Ces établissements sont en effet destinés aux personnes les plus lourdement handicapées et peuvent leur apporter les soins que nécessitent leur état (notamment des soins de nursing). Les personnes souffrant de déficiences intellectuelles ou psychiques (qui sont les plus nombreuses parmi les personnes handicapées accueillies en établissements) sont principalement accueillies par les foyers d'hébergement et les foyers occupationnels.

Les activités exercées par les adultes handicapés en établissements : du travail en CAT à l'impossibilité totale d'exercer une activité

Le type d'établissement fréquenté par une personne est largement dépendant du type d'activité que la personne exerce (Tab. 4). Ce constat s'explique essentiellement par la lourdeur

du handicap et donc par la capacité de la personne à exercer une activité.

En foyer d'hébergement, 86 % des personnes accueillies travaillent dans un CAT. Les foyers d'hébergement remplissent donc bien leur finalité première à savoir fournir un hébergement aux travailleurs handicapés.

En foyer occupationnel, 85 % des personnes exercent une activité occupationnelle. La situation est très différente en MAS puisque les personnes qui y sont accueillies souffrent d'un handicap lourd. En conséquence, même si 17 % des personnes accueillies en MAS exercent une activité occupationnelle, la grande majorité des pensionnaires de ces services se trouve dans l'impossibilité d'exercer une activité. La situation dans les foyers à double tarification est intermédiaire puisqu'ils accueillent un public plus varié en terme de déficiences. Les personnes accueillies en FDT se répartissent de façon assez équilibrée entre des activités occupationnelles (pour 44 % d'entre elles) et l'impossibilité d'exercer une activité (pour 55 %) [1].

■ CHAMP

Population des adultes pris en charge par des établissements spécialisés au 31 décembre 2001 en France métropolitaine et dans les DOM.

■ DEFINITIONS

Les foyers d'hébergement : voir fiche « Les établissements médico-sociaux ».

Les foyers occupationnels : voir fiche « Les établissements médico-sociaux ».

Les foyers à double tarification (FDT) : voir fiche « Les établissements médico-sociaux ».

Les Maisons d'accueil spécialisées (MAS) : voir fiche « Les établissements médico-sociaux ».

Le polyhandicap : déficience mentale profonde associée à de graves incapacités motrices. La restriction de l'autonomie est extrême et les possibilités de perception, d'expression et de relations limitées.

Le plurihandicap : plusieurs déficiences de même gravité, ceci empêchant de déterminer une déficience principale (à l'exception de la surdi-mutité, de la surdi-cécité et du polyhandicap).

■ NOTE DE LECTURE

Ces résultats proviennent d'exploitations réalisées à partir de l'enquête Etablissements Sociaux (ES) menée par la DREES. Cette enquête interroge l'ensemble des établissements et services médico-sociaux au 31 décembre 2001 sur leur activité et leur personnel ainsi que sur les adultes qu'ils prennent en charge.

POUR EN SAVOIR PLUS

Woitrain E., *Les établissements médico-sociaux pour adultes handicapés -série chronologique 1985 à 1998*, document de travail n°6, DREES, août 2000.

SOURCE

[1] Vanovermeir S., *Les établissements médico-sociaux et de travail protégé pour adultes handicapés*, Etudes et Résultats, à paraître.

Description d'ensemble de la population des établissements médico-sociaux

■ **Tab. 1 : Répartition hommes/femmes par type d'établissement (personnes présentes au 31 décembre 2001)**

Foyer d'hébergement		Foyer occupationnel		FDT		MAS	
Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
59 %	41 %	55 %	45 %	58 %	42 %	56 %	44 %
38 244		34 142		9 044		14 037	

Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [1]

■ **Tab. 2 : Répartition des déficiences principales par type d'établissement (personnes présentes au 31 décembre 2001)**

	Foyer d'hébergement	Foyer occupationnel	FDT	MAS	Ensemble
Intellectuelle	78 %	72 %	44 %	48 %	68 %
Psychique	14 %	14 %	18 %	8 %	13 %
Du langage	0 %	0 %	1 %	0 %	1 %
Auditive	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Visuelle	1 %	1 %	1 %	0 %	1 %
Viscérale	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Motrice	4 %	8 %	19 %	8 %	7 %
Plurihandicap	1 %	1 %	4 %	5 %	2 %
Polyhandicap	0 %	2 %	11 %	29 %	6 %
Autres déficiences	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Ensemble	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [1]

■ **Tab. 3 : Type d'établissement fréquenté par catégorie de déficience principale (personnes présentes au 31 décembre 2001)**

	Intellectuelle	Psychique	Du langage	Visuelle	Auditive	Viscérale	Motrice	Plurihandicap	Polyhandicap	Autres
Foyer d'hébergement	47 %	43 %	28 %	47 %	42 %	46 %	20 %	14 %	2 %	37 %
Foyer occupationnel	37 %	36 %	43 %	38 %	36 %	30 %	39 %	24 %	11 %	39 %
FDT	6 %	12 %	19 %	10 %	11 %	12 %	25 %	18 %	17 %	9 %
MAS	10 %	9 %	10 %	5 %	11 %	12 %	16 %	44 %	71 %	15 %
Ensemble	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [1]

■ **Tab. 4 : Activités des adultes handicapés par catégorie d'établissement fréquenté (personnes présentes au 31 décembre 2001)**

	Foyer d'hébergement	Foyer occupationnel	FDT	MAS
Atelier protégé	1 %	0 %	0 %	0 %
Attente de placement	1 %	1 %	1 %	0 %
Activité occupationnelle	9 %	85 %	44 %	17 %
CAT (temps partiel)	7 %	2 %	0 %	0 %
CAT (temps plein)	79 %	1 %	0 %	0 %
Demandeur d'emploi	0 %	0 %	-	0 %
Formation/stage	1 %	1 %	0 %	0 %
Impossibilité totale	2 %	10 %	55 %	83 %
Ensemble	100 %	100 %	100 %	100 %

Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [1]

Les aides techniques (pour les populations de tous âges)

Les **aides techniques** présentent une très grande hétérogénéité quant à leur nature, l'origine de leur utilisation (démarche individuelle ou prescription médicale), leur degré de sophistication (aides basiques ou aides faisant appel à des technologies de pointe), leur nécessité (simple confort ou aide nécessaire à la survie), leur coût, le caractère temporaire ou définitif de leur utilisation...

L'usage d'une aide technique concerne les deux tiers des personnes vivant en institution

En institution, l'usage d'au moins une aide technique est très fréquent même chez les plus jeunes : il concerne un quart des moins de 20 ans. La proportion d'usagers d'au moins une aide technique parmi les personnes hébergées en institution augmente faiblement jusqu'à 59 ans, puis s'élève sensiblement à partir de 60 ans, puis à partir de 80 ans, passant de 28 % pour les 40-59 ans à 65 % pour les 60-79 ans, puis à 87 % pour les personnes de 80 ans et plus (Tab. 1).

Dans chaque classe d'âge, l'utilisation d'une aide technique est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Ce résultat est à mettre en parallèle avec le fait que les femmes sont toujours plus nombreuses que les hommes à avoir besoin d'aide pour effectuer les activités quotidiennes (voir fiche « les incapacités »). Ceci suggère que les femmes sont institutionnalisées pour des niveaux d'incapacité plus élevés [2].

Les personnes atteintes de déficiences motrices et de pluri-déficiences physiques sont celles qui utilisent le plus souvent une aide technique

Tous âges confondus, l'usage d'au moins une aide technique concerne plus des trois quarts des déficients moteurs et des personnes présentant des déficiences physique et mentale et près de 90 % des personnes atteintes de plusieurs déficiences physiques (Fig. 1). Ce sont les personnes souffrant de déficiences mentales qui ont le moins recours à une aide technique [2].

Les aides techniques les plus fréquentes sont celles liées à la mobilité, à la continence et au traitement de maladie de longue durée

C'est logiquement dans le domaine de la mobilité que les utilisateurs d'aides techniques sont les plus nombreux : 282 000 personnes, soit 43 % des personnes vivant en institution ont ainsi recours à au moins une aide à la mobilité (Tab. 2). Cette proportion élevée est à rapprocher de l'importance des déficiences motrices chez les personnes âgées vivant en institution, population fortement représentée dans l'enquête HID institution. Parmi les aides à la mobilité, la part des fauteuils roulants manuels est considérable (environ 45 % des besoins d'aides à la mobilité).

En considérant les aides techniques individuellement et non plus par grandes fonctions, ce sont les protections absorbantes qui constituent l'aide la plus utilisée en institution (264 000 individus, soit 40 % des personnes institutionnalisées). Viennent ensuite les fauteuils roulants manuels (152 000 personnes), les cannes ou les béquilles (110 000 personnes) [1].

La grande majorité des besoins en aides techniques sont couverts à l'exception des aides à la communication et à la manipulation

Les taux de couverture des besoins sont très élevés, de l'ordre de 98 %, pour les aides liées aux domaines¹ essentiels, voire vitaux, que constituent la mobilité, la continence et le traitement de maladie de longue durée. Pour la mobilité, les taux de couverture des besoins sont importants pour toutes les aides (le minimum est de 89 % pour les cannes blanches), y compris pour les aides sophistiquées et coûteuses tels les fauteuils roulants électriques (94 %). En ce qui concerne les aides aux problèmes de continence, la quasi-totalité des besoins en protections absorbantes sont couverts (98 %).

La fonction de soins semble bien remplie par les institutions médico-sociales puisque près de 100 % des besoins sont couverts pour chaque matériel destiné au traitement de maladies de longue durée.

Les taux de couverture des besoins sont plus faibles en matière d'aides au transfert, variant de 78 % pour les lève-personnes à environ 88 % pour les planches, sangles, harnais, coussins etc. En revanche, la diffusion des aides techniques à la communication écrite (aides optiques, machines à écrire...) et orale (amplificateurs de voix, appareils auditifs...) et à la manipulation (aides à la manipulation à distance, baguette buccale...) est très insuffisante puisque les taux de couverture des besoins sont inférieurs à 50 %. Pour les aides à la communication, ces taux sont faibles même pour des aides courantes tels les aides optiques (43 %) et les appareils auditifs (37 %). Concernant les aides à la manipulation, seuls 18 % des besoins d'aide à la manipulation des livres sont couverts [1].

■ CHAMP

Population de tous âges vivant en institution, y compris en maisons de retraite (population en institution ayant déclaré des déficiences ou des difficultés dans la vie quotidienne pour la source [2]). Seule une minorité de déficiences sont susceptibles d'entraîner plus qu'une gêne.

■ DEFINITION

Les aides techniques : voir fiche « Les aides techniques à domicile ».

■ NOTE DE LECTURE

Ces résultats proviennent d'exploitations, réalisées par le CTNERHI, des enquêtes Handicaps-Incapacité-Dépendance (HID) menées par l'INSEE en France métropolitaine en 1998 et 1999 respectivement auprès de personnes vivant en institution et de personnes vivant en domicile ordinaire.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Goillot C., Mormiche P., *Enquête «Handicaps, incapacités, dépendance» en institution en 1998*, INSEE Résultats, collection Démographie-Société, n°83-84, 2001.
- Goillot C., Mormiche P., *Enquête «Handicaps, incapacités, dépendance» auprès des personnes vivant à domicile en 1999*, INSEE Résultats, collection Société, n°6, 2002.

SOURCES

- [1] Roussel P., *Une estimation de la diffusion des aides techniques à partir de l'enquête HID de l'INSEE*, Handicap n°96,47-54, 2002.
- [2] Roussel P., *La compensation des incapacités au travers de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (enquête HID 1998-enquête HID 1999)*, Rapport de recherche, CTNERHI, 2002.

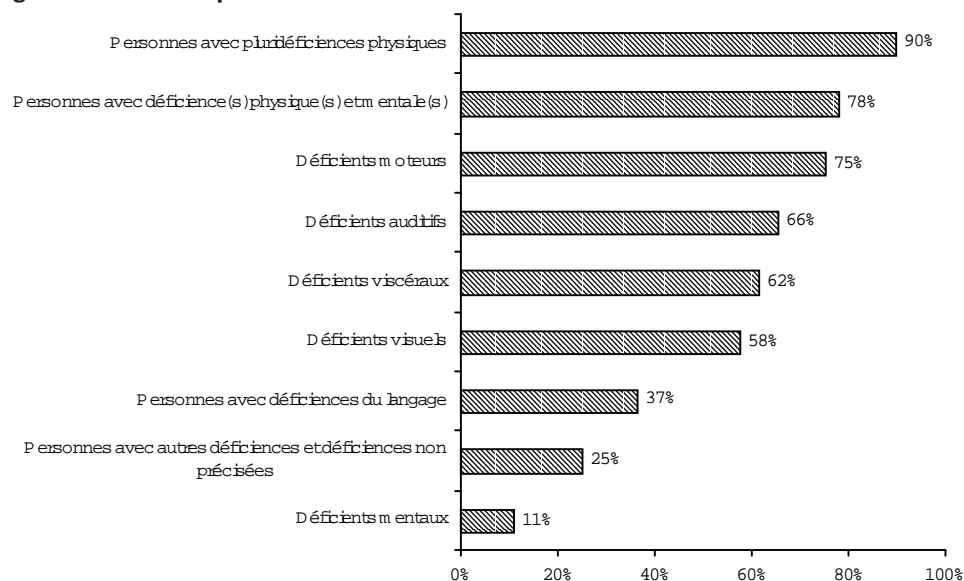
■ Tab. 1 : Usage d'une aide technique en institution selon l'âge et le sexe

	0-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60-79 ans	80 ans et plus	Ensemble
Hommes	23 %	24 %	26 %	62 %	84 %	51 %
Femmes	30 %	31 %	32 %	68 %	88 %	75 %
Ensemble	25 %	27 %	28 %	65 %	87 %	66 %

Champ : population ayant déclaré des déficiences ou rencontrer des difficultés dans la vie quotidienne.

Source : [2]

■ Fig. 1 : Usage des aides techniques selon les déficiences



Champ : population ayant déclaré des déficiences ou rencontrer des difficultés dans la vie quotidienne.

Source : [2]

■ Tab. 2 : Aides techniques et taux de couverture des besoins par grande fonction

	Mobilité ^a	Continence ^b	Communication	Traitement de maladies de longue durée	Transfert	Manipulation
Nombre d'utilisateurs	282 000	264 000	40 000	75 000	51 000	4 000
Proportion d'utilisateurs parmi la population vivant en institution (en %)	43	42	2 ^c / 4 ^d	12	8	2
Taux de couverture par rapport aux besoins exprimés (en %)	98	98	41,5	98	81	48

^a Non compris les prothèses et les appareillages mêmes ceux relatifs aux membres inférieurs.

^b Protections absorbantes uniquement.

^c Communication écrite.

^d Communication orale.

Champ : population vivant en institution.

Source : [1]

¹ Un besoin dans un domaine déterminé est considéré comme couvert dès lors qu'il est couvert pour au moins une des aides concourant à ce domaine. Par exemple, sont considérés comme couverts aussi bien les besoins de la personne qui dispose d'un fauteuil roulant manuel et ne souhaite rien d'autre que ceux de la personne qui dispose d'un fauteuil roulant manuel mais souhaiterait également un fauteuil roulant électrique. Attention, lors de l'enquête HID institution, bien souvent, le répondant n'était pas la personne concernée et donc l'appréciation des besoins pouvait être différente de ce qu'elle aurait été par la personne concernée.

6.

L'emploi des personnes handicapées

La situation des personnes handicapées par rapport à l'emploi

Les mesures emploi des COTOREP

Les établissements de travail protégé et
de formation professionnelle adaptée

La situation des personnes handicapées par rapport à l'emploi

Le lien entre handicap et emploi concerne non seulement les personnes qui, pour trouver ou conserver un emploi, s'inscrivent dans le cadre de la loi du 10 juillet 1987 (reconnaissance administrative du handicap), mais aussi les personnes, plus nombreuses, qui ont des incapacités susceptibles d'entraver leur accès à l'emploi, sans nécessairement avoir obtenu une reconnaissance administrative de leur handicap.

Plus de 1,4 millions de travailleurs handicapés au sens de la loi de juillet 1987

Parmi les 31 millions de personnes en âge de travailler (20-59 ans), 1 435 000 personnes ont obtenu la **reconnaissance administrative de leur handicap dans le cadre de la loi de juillet 1987** (Tab. 1). Parmi celles-ci, 701 000 personnes font partie des 25,5 millions d'actifs et 535 000 d'entre elles sont occupées. Ainsi, le **taux d'emploi** de cette population est de 37 % contre 73 % pour l'ensemble des 20-59 ans et son **taux de chômage** s'élève à 24 % contre 11 % pour l'ensemble des actifs (décembre 1999). Plus de la moitié des travailleurs handicapés se sont retirés du marché du travail (51 % sont inactifs) et ceux qui s'y sont maintenus sont plus touchés par le chômage que l'ensemble des actifs.

La population des personnes s'inscrivant dans le cadre de la loi de juillet 1987 se caractérise par rapport à l'ensemble des actifs par une proportion élevée d'ouvriers, par un faible niveau de qualification et par un âge élevé, soit un ensemble de facteurs qui, combinés au handicap, expliquent la fragilité de ces personnes sur le marché de l'emploi (Tab. 2).

Près de 14 millions de personnes en âge de travailler déclarent au moins une incapacité, dont 3,4 millions au moins une incapacité forte

Au-delà des bénéficiaires de cette loi, il existe une population plus large de personnes plus ou moins handicapées, dans leur accession à l'emploi, par un problème de santé : plus de 10 % des personnes en âge de travailler déclarent au moins une **incapacité forte**. Cette proportion est d'autant plus élevée que l'âge augmente (22 % des 55-59 ans contre 6 % des moins de 40 ans) et que le niveau de qualification est faible (20 % des ouvriers non qualifiés contre 11 % des employés et 7 % des cadres et professions intermédiaires) (Tab. 3 et 4). Or, l'existence d'une incapacité forte (éventuellement aggravée par une autre incapacité faible) diminue le taux d'emploi (76 % pour les personnes ne déclarant pas d'incapacité ou uniquement des incapacités faibles contre 66 % pour les personnes avec une incapacité forte avec ou sans incapacités faibles) et augmente le taux de chômage (10 % contre 14 %) (Tab. 5). Quant aux personnes déclarant au moins deux incapacités fortes, elles n'ont un emploi que dans 30 % des cas.

Le taux d'emploi dépend cependant du type d'incapacité. Les incapacités les moins pénalisantes sont les incapacités comportementales et de communication pour lesquelles le taux d'emploi avoisine 50 %. Les plus handicapantes sont les incapacités liées aux efforts physiques, aux déplacements et à la compréhension pour lesquelles le taux d'emploi varie entre 26 et 32 %.

Les personnes les moins qualifiées sont celles qui s'inscrivent le plus souvent dans le cadre de la loi de juillet 1987

La proportion de personnes ayant la qualité de travailleur handicapé est d'autant plus importante que l'**indicateur synthétique d'incapacité** est élevé. Elle dépend également des niveaux de qualification et de formation : plus ils sont faibles, plus les personnes ayant des incapacités fortes sont amenées, pour accéder à l'emploi, à s'inscrire dans le cadre des dispositifs publics d'aide à l'emploi des travailleurs handicapés. On observe d'ailleurs que le taux d'emploi des personnes déclarant au moins une incapacité forte et ayant la qualité de travailleur handicapé est toujours nettement plus faible que celui de personnes indiquant au moins une incapacité forte mais qui n'ont pas de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé [1].

■ CHAMP

Travailleurs handicapés au sens de la loi du 10 juillet 1987 et personnes déclarant une ou plusieurs incapacités.

■ DEFINITIONS

La loi du 10 juillet 1987 : fait obligation aux établissements de 20 salariés et plus d'employer à hauteur de 6 % de leur effectif les personnes dont le handicap a été reconnu administrativement et relevant des quatre catégories suivantes : celles qui ont obtenu une RQTH auprès d'une COTOREP, les accidentés du travail avec un taux d'incapacité permanente de plus de 10 %, les invalides pensionnés et les mutilés de guerre et assimilés.

Le taux d'emploi : correspond à la proportion d'actifs occupés parmi la population des 20-59 ans.

Le taux de chômage : correspond à la proportion de chômeurs parmi la population active.

Les indicateurs d'incapacité : Pour aborder les problèmes du handicap dans le monde du travail, six **indicateurs d'incapacité** correspondant à six types d'incapacités ont été construits à partir de questions de l'enquête HID : incapacité de communication, incapacité de compréhension, incapacité d'effort physique, incapacité de déplacement, incapacité gestuelle et incapacité comportementale. Les modalités de réponse à ces questions déterminent l'intensité de l'incapacité (nulle, faible ou forte). Un **indicateur synthétique du nombre d'incapacités** a également été construit.

■ NOTE DE LECTURE

Ces résultats proviennent d'une exploitation par la DARES des données de l'enquête HID menée, en 1999, en métropole, auprès de la population vivant en domicile ordinaire. Ils concernent la population en âge de travailler, c'est-à-dire les 20-59 ans.

POUR EN SAVOIR PLUS

Amira S., Okba M., Ramare A., *Les travailleurs handicapés en 2000 : des embauches en augmentation grâce à une bonne tenue de l'emploi*, Premières informations et premières synthèses, DARES, n° 47.1, novembre 2002.

SOURCE

[1] Amar M., Amira S., *Incapacités, reconnaissance administrative du handicap et accès à l'emploi : les apports de HID*, Revue Française des Affaires Sociales, n° 1-2, janvier-juin 2003.

La situation des personnes handicapées par rapport à l'emploi

■ Tab. 1 : La population des personnes en âge de travailler (20 à 59 ans) selon leur situation vis-à-vis de l'emploi et selon qu'elles aient ou pas la qualité de travailleur handicapé (au sens de la loi de juillet 1987)

	Inactifs	Chômeurs	Actifs occupés	Ensemble
Personnes ayant la qualité de travailleur handicapé	734 000 51%	166 000 12%	535 000 37%	1 435 000 100%
Autres	4 860 000 16%	2 542 000 9%	22 235 000 75%	29 637 000 100%
Ensemble	5 594 000 18%	2 708 000 9%	22 770 000 73%	31 072 000 100%

Champ : Population des personnes en âge de travailler (20 à 59 ans).

Source : [1]

■ Tab. 2 : Caractéristiques des travailleurs handicapés (au sens de la loi de 1987) par rapport à l'ensemble des actifs et à l'ensemble de la population (en %)

	Ensemble des handicapés inactifs ou actifs	Ensemble des actifs	Ensemble de la population
Selon le nombre d'incapacités fortes	Aucune	92	89
	Une	6	6
	Deux ou plus	2	5
	Ensemble	100	100
Selon le sexe	Hommes	53	50
	Femmes	47	50
	Ensemble	100	100
Selon l'âge	16-29 ans	23	25
	30-49 ans	59	54
	50 ans et plus	18	21
	Ensemble I	100	100
Selon le niveau de formation	Bac ou plus	41	41
	CAP ou BEP	32	30
	BEPC ou aucun diplôme	12	13
	ND	15	16
	Ensemble	100	100
Selon la qualification	Cadres et professions intermédiaires	36	32
	Employés	31	31
	Ouvriers qualifiés	15	15
	Ouvriers non qualifiés	8	8
	Autres et ND	10	14
	Ensemble	100	100

ND : données non disponibles

Champ : travailleurs handicapés, ensemble des actifs et ensemble de la population.

Source : [1]

■ Tab. 3 : Prévalence d'au moins une incapacité forte selon la catégorie socio-professionnelle

	Cadres et professions intermédiaires	Employés	Ouvriers qualifiés	Ouvriers non qualifiés	Ensemble
Prévalence d'au moins une incapacité forte	7 %	11 %	14 %	20 %	11 %

Champ : Population des personnes en âge de travailler (20 à 59 ans).

Source : [1]

■ Tab. 4 : Prévalence d'au moins une incapacité forte selon l'âge

	Moins de 30 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-54 ans	55-59 ans
Prévalence d'au moins une incapacité forte	5 %	7 %	15 %	15 %	22 %

Champ : Population des personnes en âge de travailler (20 à 59 ans).

Source : [1]

■ Tab. 5 : Taux de chômage et taux d'emploi selon le nombre et la gravité des incapacités

	Aucune incapacité ou que des incapacités faibles	Une incapacité forte avec ou sans incapacités faibles	Au moins deux incapacités fortes	Ensemble
Taux d'emploi	76 %	66 %	30 %	73 %
Taux de chômage	10 %	14 %	29 %	11 %

Champ : Population des personnes en âge de travailler (20 à 59 ans).

Source : [1]

Les mesures emploi des COTOREP

En 2002, les COTOREP ont statué sur près de 290 000 demandes de **reconnaisances de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)** et sur près de 200 000 demandes d'**orientation professionnelle**. Elles sont compétentes au total pour six mesures relatives à l'emploi, qui représentent sur une année environ un tiers des décisions prises.

286 000 décisions relatives à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

En 2002, les COTOREP ont reçu 291 000 demandes de RQTH et ont pris 286 000 décisions, dont 55 % en réponse à des premières demandes. Elles ont accordé 239 000 RQTH : 19 % de catégorie A, 54 % de catégorie B et 27 % de catégorie C. La proportion d'accords concernant les femmes est d'autant plus faible que la gravité du handicap reconnu est importante : respectivement 46 %, 40 % et 37 % pour des handicaps légers, modérés et graves (Fig. 1). Entre 2001 et 2002, le nombre d'accords de RQTH a progressé de 2,2 % [1].

197 000 décisions d'orientation professionnelle

Au cours de l'année 2002, les COTOREP ont statué sur 197 000 demandes d'**orientation professionnelle** dont 52 % de premières demandes, et ont rendu 153 000 décisions favorables (78 %). Les décisions d'orientation professionnelle concernent le plus souvent le milieu ordinaire du travail (72 %) lorsqu'il s'agit de premières demandes mais, dans le cas de demandes de renouvellement, c'est le milieu protégé qui constitue l'orientation la plus fréquente (52 %).

La part des orientations en milieu ordinaire augmente avec l'âge de façon régulière, passant de 22 % pour les moins de 20 ans à 83 % pour les 55-59 ans, tandis que la part des orientations en milieu protégé diminue de façon symétrique, de 65 % pour les 16-19 ans à 17 % pour les 55-59 ans. La proportion des décisions d'orientation vers une formation est stable autour de 15 % entre 20 et 39 ans, puis elle décroît fortement à partir de 40 ans et est quasiment nulle après 50 ans (Fig. 2).

Dans plus de 55 % des cas, l'orientation vers le milieu ordinaire proposée est la recherche directe d'un emploi. Pour le milieu protégé, les principales structures d'accueil du milieu protégé sont les CAT (75 % des orientations) et les ateliers protégés (18 %). Pour ces deux types d'orientation, les répartitions entre les différentes structures sont assez proches pour les premières demandes et pour les renouvellements. En revanche, les orientations en formation se font le plus souvent vers un centre de pré-orientation (46 %) lorsqu'il s'agit de premières demandes, alors que c'est l'orientation vers un centre de rééducation qui est la plus fréquente (59 %) dans le cas de demandes de renouvellement (Fig. 3).

Par rapport à 2001, le nombre d'accords d'orientation professionnelle a légèrement augmenté en 2002 (+1,2 %), principalement du fait d'une hausse de 5 % du nombre d'orientations vers une formation professionnelle.

Les quatre autres mesures ont fait l'objet de 14 500 décisions en 2002 : 4 000 relatives à l'**abattement de salaire**, 8 200 concernant l'emploi dans la fonction publique, 2 300 liées aux **primes de reclassement** et une trentaine pour la **subvention d'installation** [1].

■ CHAMP

Décisions relatives à l'emploi prises par les COTOREP en 2002.

■ DEFINITIONS

La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) : peut être accordée aux personnes dont la possibilité de trouver ou conserver un emploi est réduite par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de leurs capacités physiques ou mentales. La COTOREP classe la personne dans la catégorie qui correspond à ses capacités professionnelles : catégorie A pour un handicap léger, B pour un handicap modéré et C pour un handicap grave. La RQTH permet à la personne handicapée d'être bénéficiaire de la loi du 10 juillet 1987 qui fait obligation aux établissements de 20 salariés et plus d'employer des travailleurs handicapés à hauteur de 6 % de leur effectif assujetti.

L'orientation professionnelle : dirige la personne handicapée vers une formation, vers le milieu ordinaire du travail ou vers un établissement de travail protégé (lorsque cette personne ne peut momentanément ou durablement travailler dans des entreprises ordinaires). Les principales structures du milieu protégé sont les ateliers protégés destinés aux personnes ayant une capacité de travail au moins égale au tiers de celle d'un travailleur valide et les centres d'aide par le travail pour les autres.

L'abattement de salaire : autorise l'employeur à pratiquer un abattement de salaire de 10 à 50 % pour compenser la moindre productivité du travailleur handicapé, celui-ci bénéficiant par ailleurs de la garantie de ressources.

La prime de reclassement : est destinée aux personnes qui ont obtenu une RQTH et qui ont suivi un stage.

La subvention d'installation : est destinée aux personnes qui ont obtenu une RQTH et qui ont comme projet d'exercer une activité indépendante.

■ NOTE DE LECTURE

Ces résultats proviennent d'une exploitation par la DREES depuis 2001 des fichiers informatiques de l'ensemble des COTOREP de France métropolitaine et des DOM. Ils concernent les adultes handicapés de moins de 60 ans ayant fait une demande relative à l'emploi auprès d'une COTOREP en 2002.

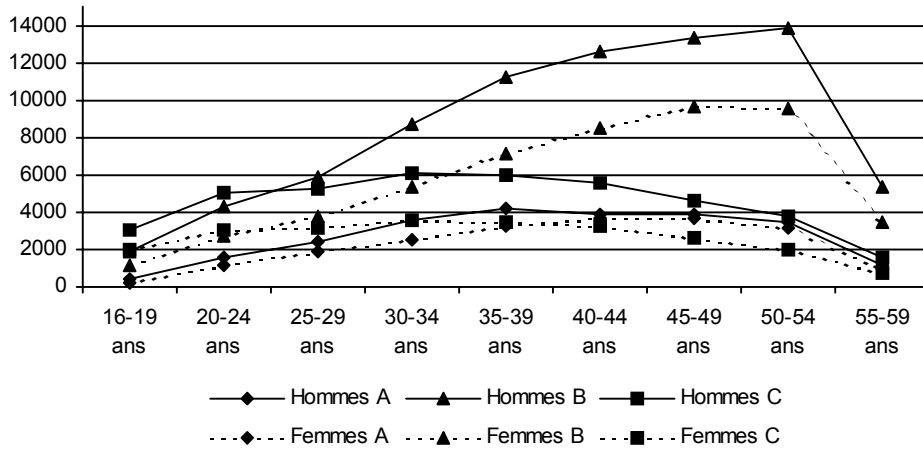
POUR EN SAVOIR PLUS

Amira S., Okba M., Ramare A., **Les travailleurs handicapés en 2000 : des embauches en augmentation grâce à une bonne tenue de l'emploi. Premières informations et premières synthèses, DARES, n°47.1, novembre 2002.**

SOURCE

[1] Chanut J-M., **L'activité des COTOREP en 2002, Etudes et résultats n° 267, DREES, octobre 2003.**

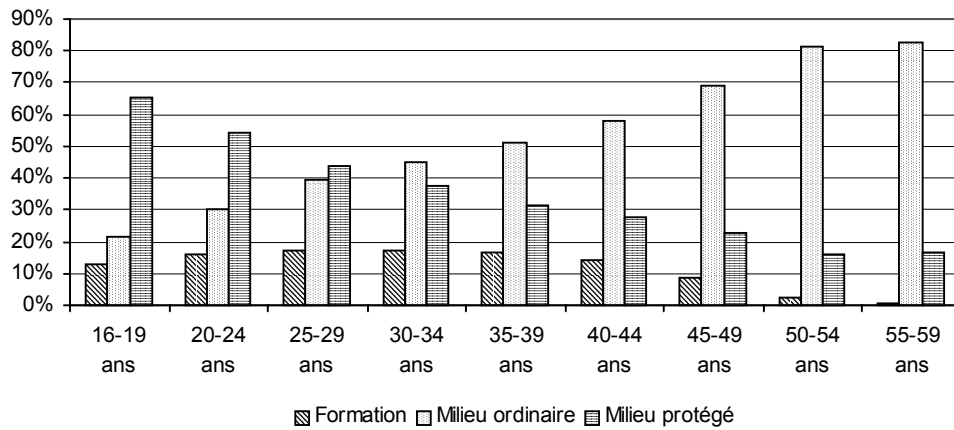
■ Fig. 1 : Nombre d'accords de RQTH selon la catégorie de handicap reconnu, le sexe et l'âge



Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [1]

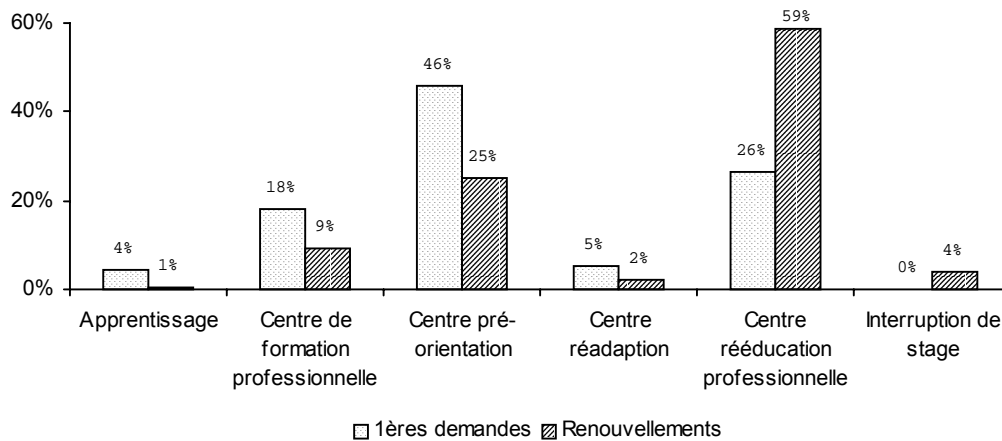
■ Fig. 2 : Répartition des orientations professionnelles selon l'âge



Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [1]

■ Fig. 3 : Répartition des orientations vers une formation



Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [1]

Les établissements de travail protégé et de formation professionnelle adaptée

Les établissements de travail protégé, Centres d'aide par le travail (CAT) et Ateliers protégés (AP), permettent aux adultes handicapés d'accéder à une vie sociale et professionnelle grâce à des conditions de travail aménagées. Au 31 décembre 2001, 1 419 CAT et 468 Ateliers protégés accueilleraient respectivement 96 651 et 16 651 personnes. Les Centres de rééducation professionnelle quant à eux étaient au nombre de 88 et accueilleraient 7 600 adultes handicapés.

Des établissements de plus en plus nombreux avec des taux d'occupation très élevés

Le nombre de CAT et d'ateliers protégés augmente constamment depuis 1987 plus rapidement pour les ateliers protégés que pour les CAT (Fig. 1). La part de places en atelier protégé dans le total des places en travail protégé augmente (de 9 % en 1987 à 14 % en 2001). En 2001, le taux d'occupation moyen des ateliers protégés s'élevait à 108 %, c'est d'ailleurs la première fois depuis 1987 qu'il dépasse les 100 % - indiquant que ces établissements accueillent davantage de travailleurs que ne leur autorise leur capacité officielle. A l'inverse, les CAT ne présentent pas globalement de situation de sureffectif avec un taux d'occupation moyen de 98 %.

En atelier protégé un public plus âgé, plus masculin et plus autonome qu'en CAT

La répartition par âge des populations accueillies en CAT et en ateliers protégés fait apparaître une légère sur-représentation des classes d'âge les plus jeunes en CAT (Fig. 2). Cette différence d'âge peut s'expliquer notamment par l'utilisation de l'atelier protégé comme « passerelle » entre le travail en CAT et le travail en milieu ordinaire (17 % des adultes sortant d'un atelier protégé se dirigent vers le milieu ordinaire). En ce qui concerne la répartition hommes/femmes, les deux types d'établissements accueillent davantage d'hommes que de femmes, toutefois cette différence est plus marquée pour les ateliers protégés (67 % d'hommes contre 60 % en CAT).

La plus grande partie des personnes handicapées accueillies en établissements de travail protégé souffrent de déficiences intellectuelles (78 % en CAT et 60 % en atelier protégé). Les déficiences du psychisme sont également très représentées dans ces établissements avec, en CAT, 14 % des personnes souffrant de ce type de déficience et, en atelier protégé, 9 %. Enfin, en atelier protégé, 10 % des travailleurs souffrent de déficiences motrices alors que les CAT accueillent peu les personnes atteintes de ce type de déficience (Tab. 1). Depuis 1995, cette répartition a évolué. Pour les CAT comme pour les ateliers protégés, la part de personnes souffrant de déficiences intellectuelles augmente alors que celle de personnes souffrant de déficiences psychiques diminue. Dans le même temps, les personnes accueillies en atelier protégé et souffrant de déficiences motrices sont moins nombreuses en 2001 qu'elles ne l'étaient en 1995.

Un hébergement plus fréquemment autonome pour les travailleurs d'atelier protégé et en foyer d'hébergement pour les travailleurs de CAT

Alors qu'en atelier protégé près de 80 % des travailleurs ont leur propre logement, ce type d'hébergement ne concerne que 27 % des travailleurs en CAT. Inversement, si seuls 3 % des

personnes handicapées travaillant en atelier protégé recourent aux services d'un foyer d'hébergement cette part atteint 33 % pour les personnes employées en CAT. Ces choix différents d'hébergement sont fortement liés à l'autonomie dont disposent les personnes accueillies (plus importante chez les personnes accueillies en atelier protégé que chez celles accueillies en CAT).

Les centres de rééducation professionnelle accueillent un public particulier : plus jeune, plus masculin...

Un dernier type d'établissement, les centres de rééducation professionnelle, accueille les personnes handicapées en vue d'une formation professionnelle adaptée à leur handicap. Ces établissements sont peu nombreux - 88 au 31 décembre 2001 - mais ont une capacité d'accueil élevée puisqu'ils dispensent des formations courtes (10 à 30 mois). Les personnes accueillies sont essentiellement des hommes (73 %) souffrant de déficiences motrices (26 %) [1].

■ CHAMP

Population des adultes accueillis en CAT, en atelier protégé ou en centre de rééducation professionnelle au 31 décembre 2001 en France métropolitaine et dans les DOM.

■ DEFINITIONS

Les Centres d'aide par le travail (CAT) : ils ont une double vocation - mise au travail et soutien médico-social - pour des personnes handicapées dont la capacité de travail est inférieure à un tiers de celle d'un travailleur valide. Ils sont financés par l'aide sociale de l'Etat.

Les Ateliers protégés : ce sont de réelles unités de production qui emploient des personnes handicapées sur décision de la COTOREP et dont la capacité de travail est au moins égale à un tiers de la capacité d'un travailleur « valide » effectuant les mêmes tâches.

Les Centres de rééducation professionnelle : financés par l'assurance maladie, ils ont pour mission de dispenser une formation qualifiante aux personnes handicapées en vue de leur insertion ou réinsertion professionnelle.

■ NOTE DE LECTURE

Ces résultats proviennent d'exploitations réalisées à partir de l'enquête Etablissements Sociaux (ES) menée par la DREES. Cette enquête interroge l'ensemble des établissements et services médico-sociaux au 31 décembre 2001 sur leur activité et leur personnel ainsi que sur les personnes qu'ils prennent en charge.

POUR EN SAVOIR PLUS

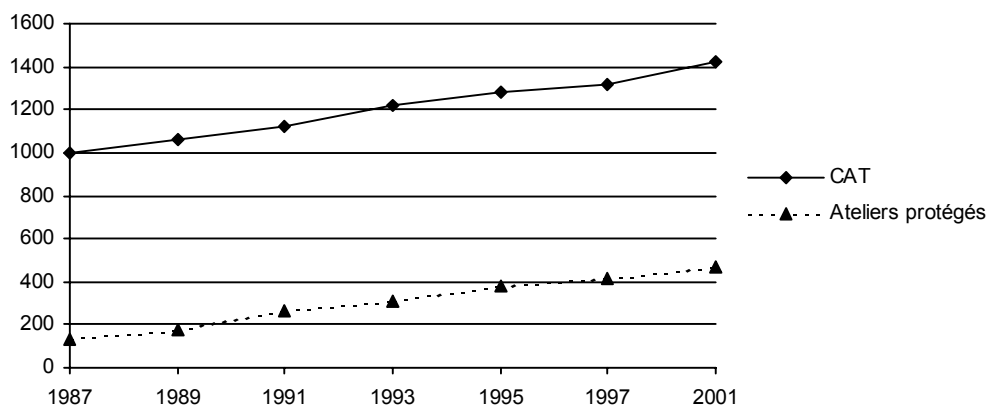
- Woitrain E., *Les établissements médico-sociaux pour adultes handicapés - série chronologique 1985 à 1998*, document de travail n° 6, DREES, août 2000.
- *Tableau de bord des centres d'aide par le travail - synthèse nationale - exercice 1998 - infodas n° 72 - juin 2001.*

SOURCE

[1] Vanovermeir S., *Les établissements médico-sociaux et de travail protégé pour adultes handicapés*, Etudes et Résultats, à paraître.

Les établissements de travail protégé et de formation professionnelle adaptée

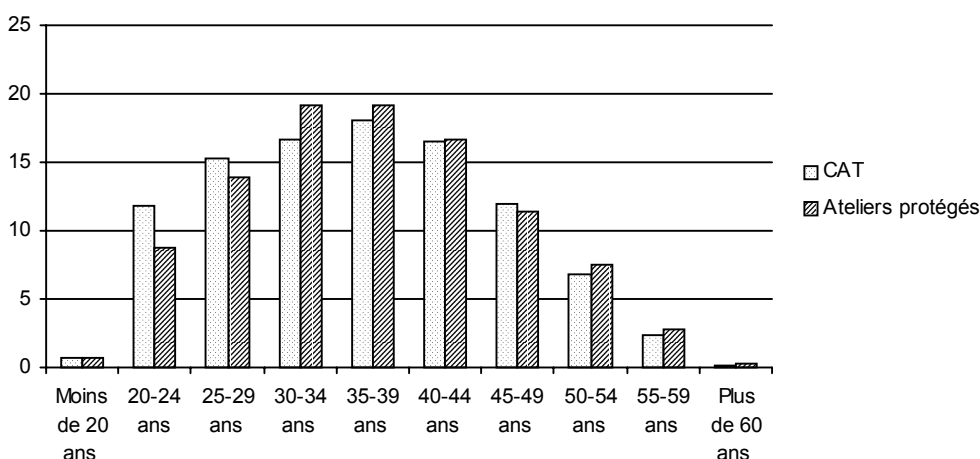
■ Fig. 1 : Evolution du nombre de CAT et d'ateliers protégés depuis 1987



Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [1]

■ Fig. 2 : Répartition par âge des personnes accueillies en CAT et en atelier protégé au 31 décembre 2001



Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [1]

■ Tab. 1 : Déficience principale des travailleurs accueillis en CAT et en atelier protégé (personnes présentes au 31 décembre 2001)

	Atelier protégé	CAT
Déficience intellectuelle	60 %	78 %
Déficience du psychisme	9 %	14 %
Déficience du langage	0 %	0 %
Déficience auditive	3 %	1 %
Déficience visuelle	2 %	1 %
Déficience viscérale	3 %	0 %
Déficience motrice	10 %	3 %
Plurihandicap	2 %	1 %
Polyhandicap	0 %	0 %
Autre déficience	11 %	2 %
Ensemble	100 %	100 %

Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [1]

■ Tab. 2 : Mode d'hébergement des personnes accueillies en établissement de travail protégé (personnes présentes au 31 décembre 2001)

	Atelier protégé	CAT
Famille	16 %	36 %
Logement personnel	79 %	27 %
Foyer d'hébergement	3 %	33 %
Famille d'accueil	1 %	2 %
Autre mode d'hébergement	1 %	2 %
Ensemble	100 %	100 %

Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : [1]

7.

Le budget social du handicap

Le compte social du handicap de 1995 à 2001

Le compte social du handicap de 1995 à 2001

Issu des comptes de la protection sociale, le « compte social du handicap » permet d'appréhender l'effort public consacré au handicap et son évolution. En 2001, les prestations sociales versées au titre du handicap, de l'invalidité et des accidents du travail se sont élevées à 25,6 milliards d'euros, soit 6,1 % de l'ensemble des dépenses de prestations de protection sociale.

Les dépenses liées au handicap ont augmenté entre 1995 et 2001

Les prestations sociales versées aux ménages au titre du handicap, de l'invalidité et des accidents du travail sont passées, en euros constants valeur 2001, de 23 milliards d'euros en 1995 à 25,6 milliards d'euros en 2001 (Tab. 1). La part des prestations sociales versées au titre du handicap dans l'ensemble des dépenses de prestations sociales est restée stable au cours de cette période (6,2 % en 1995, 6,1 % en 2001). Il en est de même pour la part de ces prestations dans le produit intérieur brut (1,8 % en 1995, 1,7 % en 2001).

Les **rentes d'invalidité** constituent, au cours de cette période, le principal poste des dépenses de prestations sociales liées au handicap (21 % en 1995 et 22 % en 2001) (Fig. 1). Viennent ensuite les **prestations médico-sociales correspondant à l'hébergement des personnes handicapées** (17 % en 1995 et 18 % en 2001), l'**AAH** (15 % en 1995, 16 % en 2001) et les **rentes d'accidents du travail** (17 % en 1995 et 14 % en 2001).

Les évolutions les plus dynamiques sur la période 1995-2001 correspondent aux indemnités journalières, aux prestations d'hébergement et aux frais d'hébergement et d'aide sociale

Concernant les prestations sociales liées à l'invalidité, les dépenses qui ont le plus augmenté entre 1995 et 2001 sont les **frais d'hébergement et d'aide sociale** (+27 %), les prestations médico-sociales correspondant à l'hébergement des personnes handicapées (+23 %), l'**AAH** (+21 %), l'**AES** (+20 %) et la **garantie de ressources aux travailleurs handicapés** (+18 %) (Fig. 2). A l'inverse, les dépenses liées aux **pensions militaires d'invalidité** ont diminué de 25 %.

Parmi les prestations sociales consacrées aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, les dépenses d'**indemnités journalières** ont connu une forte hausse de 31 % entre 1995 et 2001, tandis que les rentes d'accidents du travail ont baissé de 9 %.

Les contributions relatives des collectivités locales et des organismes de sécurité sociale ont augmenté entre 1995 et 2001

Lorsque l'on ventile les dépenses selon le type de financeur, il apparaît, qu'entre 1995 et 2001, la contribution relative de l'Etat a légèrement diminué de 26,3 % en 1995 à 25,0 % en 2001 tandis que celles des collectivités locales et des organismes de sécurité sociale se sont accrues respectivement de 9,2 % à 9,9 % et de 64,0 % à 64,7 %.

La part des dépenses des assurances sociales a diminué au profit des minima sociaux et de l'aide sociale légale

La ventilation des prestations sociales selon la nature juridique des dispositifs met en évidence un transfert des dépenses depuis les dispositifs d'assurances sociales (74,8 % en 1995 contre 72,9 % en 2001) vers les minima sociaux (15,9 % en 1995 contre 17,0 % en 2001) et l'aide sociale légale (8,6 % contre 9,5 % en 2001) [1].

POUR EN SAVOIR PLUS

- Abramovici G., *Méthodologie générale des comptes de la protection sociale en base 95*, Document de travail (Série Statistiques), DREES, n°26, septembre 2001.

- Abramovici G., Rattier M.O., *Comptes de la protection sociale 2000*, Document de travail (Série Statistiques), DREES, n°24, septembre 2001.

SOURCE

[1] Caillot L., *Le compte social du handicap de 1995 à 2001 : une utilisation des comptes de la protection sociale*, Dossiers Solidarité et Santé, n°4, octobre-décembre 2002, DREES.

■ CHAMP

Les prestations sociales versées au titre du handicap, de l'invalidité et des accidents du travail qui regroupent l'ensemble des transferts effectifs attribués personnellement à des ménages, et la prise en charge totale ou partielle des biens et services consommés au titre de l'invalidité ou des accidents du travail. Ne sont donc pris en compte ni les remboursements de soins au profit des personnes invalides ou victimes d'accidents du travail, ni les dépenses fiscales liées aux exonérations ou réductions d'impôt, ni les soins de santé fournis à titre gratuit ou quasi-gratuit par les hôpitaux publics.

■ DEFINITIONS

- **Les prestations invalidité** comprennent :
 - **les rentes d'invalidité** : versées par le régime d'assurance maladie à tout assuré social de moins de 60 ans qui, victime d'une maladie ou d'une infirmité d'origine non professionnelle, voit sa capacité de travail ou de gain réduite au moins des deux tiers.
 - **les pensions militaires d'invalidité** : versées par le régime d'assurance maladie pour des infirmités résultant de blessures et de maladies contractées à l'occasion d'événements de guerre ou d'une période militaire.
 - **l'AAH** : voir « L'allocation aux adultes handicapés ».
 - **la garantie de ressources** : versée par l'Etat pour compenser le fait qu'une personne handicapée perçoit une rémunération inférieure du fait de son moindre rendement.
 - **l'ACTP** : voir fiche « L'ACTP et les autres mesures COTOREP ».
 - **les prestations médico-sociales correspondant à l'hébergement des personnes handicapées** : qui constituent la part prise en charge par l'assurance maladie dans le financement des établissements et des services destinés aux enfants et adultes handicapés.
 - **les frais d'hébergement et l'aide sociale** : versés par les conseils généraux pour couvrir la prise en charge des dépenses d'accueil essentiellement en établissement médico-social, avec ou sans hébergement.
- **Les prestations accidents du travail** comprennent :
 - **les indemnités journalières** : qui fournissent un revenu de remplacement lorsqu'un accident du travail entraîne une incapacité temporaire d'exercer une activité professionnelle.
 - **les rentes d'accidents du travail** : versées à tout salarié atteint d'une incapacité permanente suite à un accident du travail.
 - **l'AES** : voir fiche « L'allocation d'éducation spéciale ».

■ NOTE DE LECTURE

Ces données sont issues des Comptes de la protection sociale qui décrivent les prestations délivrées par l'ensemble des régimes de protection sociale, obligatoires ou facultatifs.

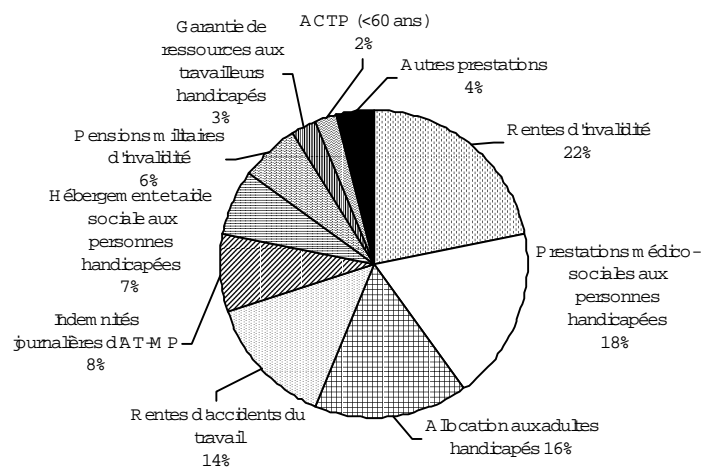
Le compte social du handicap de 1995 à 2001

■ **Tab. 1 : Le compte social du handicap et ses principales prestations de 1995 à 2001 (en millions d'euros constants, valeur 2001)**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Invalidité dont :	17 459	18 165	18 252	18 764	19 212	19 526	19 884
Rentes d'invalidité	4 834	5 059	5 068	5 236	5 363	5 387	5 529
Pensions militaires d'invalidité	1 893	1 807	1 718	1 651	1 651	1 503	1 420
Allocation aux adultes handicapés	3 395	3 568	3 683	3 813	3 813	4 094	4 095
Prestations de nature médico-sociale correspondant à l'hébergement des personnes handicapées	3 809	4 102	4 114	4 332	4 332	4 470	4 697
Frais d'hébergement et aide sociale	1 489	1 525	1 520	1 582	1 582	1 870	1 885
Accidents du travail dont :	5 526	5 480	5 454	5 434	5 519	5 605	5 715
Rentes d'accident du travail	3 998	3 938	3 838	3 749	3 714	3 645	3 620
Indemnités journalières	1 528	1 542	1 617	1 685	1 791	1 867	2 005
COMPTE SOCIAL DU HANDICAP	22 985	23 644	23 707	24 198	24 731	25 131	25 600
Ensemble des prestations de protection sociale	370 898	378 578	382 406	391 133	400 644	406 811	417 500

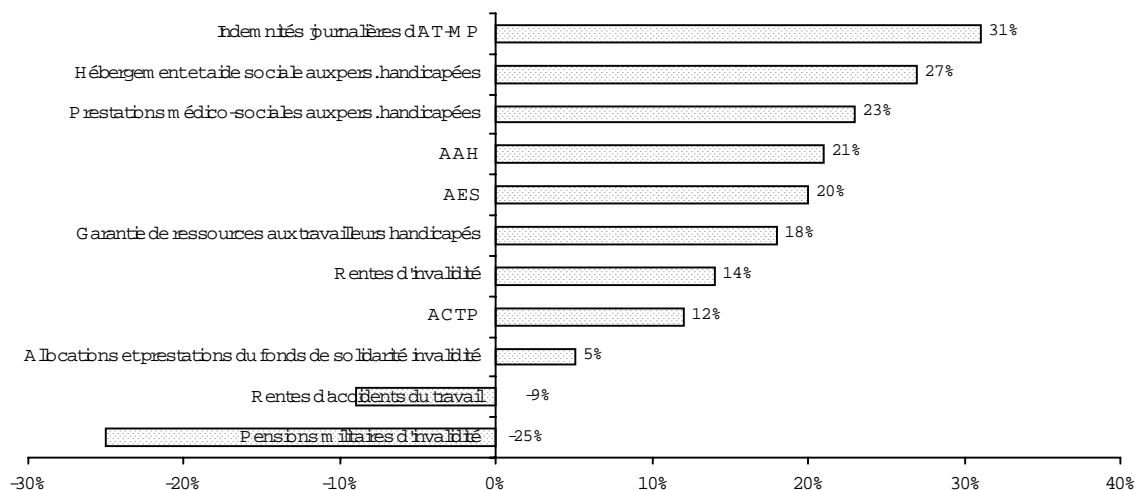
Source : [1]

■ **Fig. 1 : Répartition des dépenses du compte social du handicap en 2001**



Source : [1]

■ **Fig. 2 : Evolution des principales composantes du compte social du handicap de 1995 à 2001 (postes de dépenses supérieurs à 100 millions d'euros en 2001, euros constants, valeur 2001)**



Source : [1]

*Quel est le nombre de personnes handicapées en France ?
Combien d'enfants et d'adultes handicapés accueillis en établissement ?
Quel est le bilan de l'intégration scolaire des enfants handicapés ?
Quid du budget social du handicap ?*

Autant de questions auxquelles il est difficile de trouver réponse dans un seul et même document.

C'est dans ce cadre que le CTNERHI, la DREES et la DGAS ont réalisé une synthèse de l'information statistique disponible à partir de travaux et d'études existants et plus particulièrement :

- de l'enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (HID) réalisée par l'INSEE en 1998 et 2000 pour la population résidant en institutions médico-sociales et en 1999 et 2001 pour la population résidant à domicile,
- de l'enquête Etablissements Sociaux (ES) menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées au 31 décembre 2001,
- des statistiques annuelles d'activité des COTOREP et des CDES.

Le Handicap en chiffres met à la disposition de tous les acteurs du champ du handicap les résultats de ce travail.

Cette synthèse, comprenant sept chapitres, présente dans un premier temps des données générales sur le thème du handicap, puis aborde plus spécifiquement les domaines des enfants et des adultes handicapés au travers de problématiques comme la reconnaissance administrative et les allocations, la scolarisation et l'emploi, les établissements médico-sociaux, les conditions de vie en domicile ordinaire et le budget social du handicap.

Vingt-quatre fiches thématiques permettent d'accéder facilement à cette information. Chaque fiche thématique présente les données chiffrées commentées du champ abordé, comprend les définitions des concepts utilisés et renvoie à des références bibliographiques complémentaires.

Intégralement en ligne sur le site du CTNERHI : <http://www.ctnerhi.com.fr>
et sur les sites du Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées :
<http://www.sante.gouv.fr> rubrique "Recherches, études et statistiques"
et <http://www.handicap.gouv.fr>

