



# Les personnes en **situation de handicap** en Midi-Pyrénées

## Repères et indicateurs

Octobre 2012

Observatoire  
Régional de la Santé  
de Midi-Pyrénées





# Avant-propos

Ce dossier présente les informations disponibles sur les personnes en situation de handicap dans la région Midi-Pyrénées.

Cet état des lieux doit permettre une meilleure connaissance des situations de handicap pour mieux appréhender leur importance et leur diversité.

Le rapport s'articule autour de six chapitres relatifs à l'identification des situations de handicap, à la connaissance et à l'estimation des personnes en situation de handicap, à leur accompagnement médico-social, à leur scolarisation, à leur emploi et activité professionnelle et à leur participation à la vie sociale.

Dans chacun de ces chapitres un rappel du contexte et des éléments de connaissance à l'échelle nationale permet de dégager les principaux repères auxquels peuvent se référencer les données régionales.

Les données et indicateurs régionaux présentés sont les informations immédiatement accessibles fournies ou publiées par les différents partenaires.

Des encadrés mettent en avant les « chiffres clés » en Midi-Pyrénées et les principaux éléments à retenir.

Une bibliographie permet enfin au lecteur qui le souhaite d'approfondir certains thèmes particuliers.



# Sommaire

## 1 Identification des situations de handicap

---

- 2 Handicap reconnu, identifié et ressenti en France
- 4 Handicap ressenti en Midi-Pyrénées

## 9 Connaissance et « reconnaissance » des personnes en situation de handicap

---

- 10 **Les enfants en situation de handicap**
- 11 Estimation des enfants atteints d'une déficience
- 15 Enfants en situation de handicap connus des dispositifs publics d'aide
- 20 **Les adultes en situation de handicap**
- 21 Estimation des situations de handicap en population adulte à travers les limitations fonctionnelles et les restrictions globales d'activité
- 23 Adultes en situation de handicap connus des dispositifs d'aide

## 31 Accompagnement médico-social

---

- 33 Les enfants et adolescents en situation de handicap dans les établissements et services
- 37 Les adultes en situation de handicap dans les établissements et services

## 39 Accès à la scolarisation

---

- 40 Les enfants et les adolescents dans les établissements scolaires
- 47 Les enfants et les adolescents scolarisés dans les établissements médico-sociaux
- 50 Les étudiants en situation de handicap

## 51 Accès à l'emploi et à la formation

---

- 53 Les reconnaissances de travailleurs handicapés
- 53 Les personnes handicapées en emploi en milieu ordinaire de travail
- 54 Les personnes handicapées en milieu de travail protégé
- 55 L'insertion et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap
- 55 Les demandeurs d'emploi en situation de handicap
- 56 L'accès à la formation professionnelle

## 59 Participation à la vie sociale

---

- 60 Sport, activité physique et handicap
- 63 La qualité de vie, la participation aux activités de la vie quotidienne et à la vie sociale des enfants paralysés cérébraux

## 65 Annexes

---



# Identification des situations de handicap

- Handicap reconnu, identifié et ressenti en France
- Handicap ressenti en Midi-Pyrénées

# Handicap reconnu, identifié et ressenti en France

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a posé pour la première fois en France une définition du handicap mettant l'accent sur la prise en compte de l'environnement des personnes.

« Constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

**Pour approcher au mieux cette notion et faire le lien avec les politiques publiques**, il est nécessaire de disposer d'indicateurs et de fixer des seuils entre les simples difficultés de la vie courante et le handicap à proprement parler

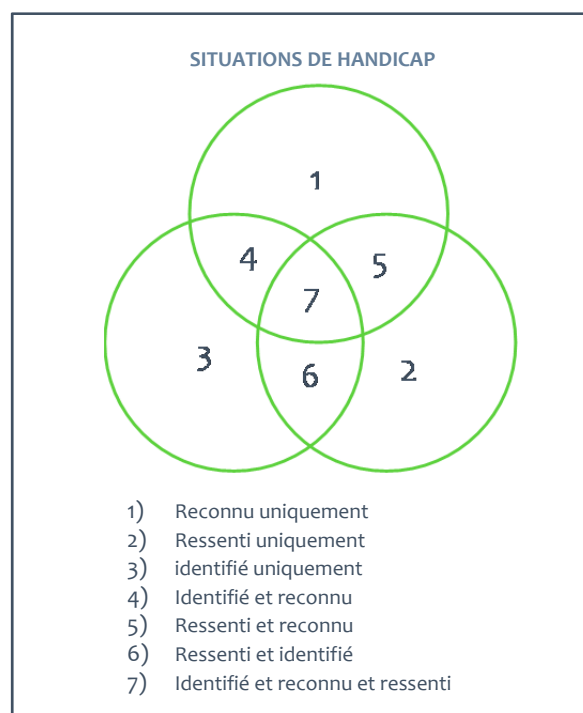
**Il n'y a pas de réponse univoque à la question « Combien y a-t-il de personnes handicapées en France et notamment en Midi-Pyrénées ? »**

**Trois grands types de profils des personnes en situations de handicap peuvent être identifiés.**

- les personnes qui ont une « **reconnaissance administrative** » de leur handicap : handicap reconnu
- les personnes qui « **se sentent en situation de handicap** » et s'engagent dans une démarche de reconnaissance (que la réponse soit positive ou non) ;  
mais aussi celles qui se sentent en situation de handicap et n'entreprennent aucune démarche : handicap ressenti
- les personnes qui ont été **identifiées en situation de handicap** mais qui ne se reconnaissent pas dans cette situation et ne formulent aucune demande : handicap identifié

L'objectif est de pouvoir éclairer ces 3 typologies de public, tant dans une perspective de l'offre aux besoins identifiés (**Situations 1, 4, 5 et 7**) que dans une perspective d'anticipation des besoins à venir (**Situations 2, 6**), mais aussi dans une perspective de repérage et de prévention (**Situation 3**).

Ces trois situations s'entrecroisent et sont loin de se recouvrir (cf. schéma suivant).





Pour pouvoir objectiver et quantifier ces situations de handicap, les données d'enquête de population et les données collectées par les acteurs habilités à reconnaître les situations de handicap doivent donc être mobilisées et mises en perspective.

**Les limites de la démarche restent liées à :**

- l'absence de données d'enquête locorégionale. Faute de connaissance en termes de géographie du handicap, les estimations faites à partir des taux de prévalence des enquêtes nationales ou des registres ne peuvent servir que de « données de cadrage » permettant de mieux situer les données issues des systèmes d'information des acteurs publics ;
- la logique des systèmes d'information qui répondent d'avantage à des impératifs de gestion et de suivi d'activité que d'analyse de la population et qui, en l'absence de croisements de leurs données, rendent difficile une vision globale des situations de handicap. Mais une première base de travail qui rassemble ces différentes informations peut servir de socle commun, s'améliorer, et se compléter par la connaissance que chacun a du domaine.

En France, l'enquête Handicap-Santé-Ménages (HSM) conduite **en 2008** par l'Insee a permis d'estimer le nombre de personnes en situation de handicap reconnu, identifié et ressenti parmi la population habitant en ménage ordinaire.

- 7,9% des personnes enquêtées déclaraient percevoir une rente ou une pension ou un taux d'invalidité reconnu par la Sécurité Sociale, la MDPH ou une société d'assurance (8,5% des 20-59 ans): handicap reconnu.
- 9,6% « considéraient avoir un handicap » : situation de handicap ressenti (8,6% parmi les adultes 20-59 ans).
- 9,4% se déclaraient dans l'impossibilité totale d'accomplir une activité ou avait un aménagement spécifique de leur logement ou recevait une aide technique ou humaine : situation de handicap identifié (5,6% parmi les 20-59 ans).

**Au total 16% des français étaient dans au moins une de ces situations, 13,2% pour les personnes entre 20 et 59 ans.**

Cette étude montrait combien le risque d'être confronté au handicap est aussi à relier à la catégorie sociale des personnes. Les ouvriers étaient 2 à 3 fois plus sujets au handicap que les cadres avec une gradation visible le long de l'échelle sociale. Les déficiences faisant suite à un accident de travail étaient 5 fois plus fréquentes chez les ouvriers que les cadres.

Population concernée par chacune des formes de handicap (en %)

	France métropolitaine	
	% dans pop. totale	% des 20-59 ans
Handicap reconnu	7.9	8.5
Handicap identifié	9.4	5.6
Handicap ressenti	9.6	8.0
<b>Une des 3 formes au moins</b>	<b>16.0</b>	<b>13.2</b>

Source : Insee HSM Volet Ménages, 2008

# Handicap ressenti en Midi-Pyrénées

En Midi Pyrénées, avec le soutien de l'INPES et de l'ARS Midi-Pyrénées, a été réalisée en 2010 l'enquête Baromètre Santé auprès de 1 847 personnes représentatives de la population régionale entre 15 et 85 ans. Dans ce cadre, trois questions sur le thème du handicap étaient posées :

- Êtes-vous limité, depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé ou d'un handicap, dans les activités que les gens font habituellement ?
- Êtes-vous limité par un problème moteur, par des problèmes cardiologiques ou respiratoires, par un problème visuel ?
- Considérez-vous que vous ayez un handicap ?

**11,8% des midi-pyrénéens âgés de 15 à 85 ans considéraient avoir un handicap, 16,3% déclaraient être limités dans leurs activités, 6,4% l'étaient fortement et 9,9% l'étaient modérément...**

Les premiers résultats de cette enquête analysés par l'ORS sont concordants avec ceux de l'enquête nationale Vie quotidienne et santé, réalisée 2007 par l'INSEE, qui constituait l'enquête préliminaire à l'enquête handicap santé et qui estimait dans la région à 11,6% les personnes considérant avoir un handicap et 12,9% la part des personnes ayant au moins une limitation fonctionnelle importante.

## Limitations dans les activités et sentiment de handicap ne vont pas forcément de pair :

parmi les personnes qui se déclaraient limitées dans les activités habituelles, seulement 53,9% se considéraient handicapées. Inversement près de 40% des personnes qui se considéraient comme ayant un handicap ne se déclaraient pas limitées dans leur activité.

Les limitations fonctionnelles de nature physique étaient plus fréquentes que les limitations fonctionnelles de nature cognitive (15,3% contre 3,4%), et de manière générale les limitations fonctionnelles étaient plus fréquentes après 60 ans.

Après 60 ans, les personnes avaient plus tendance à se déclarer limitées dans leurs activités et à se considérer handicapées qu'avant 60 ans, mais percevaient moins fréquemment une allocation ou une aide financière pour perte d'autonomie ou handicap lorsqu'elles se déclaraient limitées.

## Le lien populations vulnérables- handicap et inégalité sociales de santé était bien mis en évidence :

Les personnes se déclarant limitées et/ou considérant avoir un handicap étaient plus fréquemment atteintes de maladies chroniques que les autres, étaient moins diplômées, avaient moins de revenus, vivaient plus souvent seules et étaient plus nombreuses à renoncer à des soins de santé pour raison financière.

Pourcentage de personnes se déclarant limitées dans leur activité et pourcentage de personnes se considérant handicapées en Midi-Pyrénées (2010) pour les 15-85 ans

	Moins de 60 ans	60 ans et plus	Échantillon total (18 ans et plus)
<b>Effectifs de l'échantillon total (n=1847)</b>	<b>n=1277</b>	<b>n=570</b>	<b>n=1847</b>
Se disent : Limités à cause d'un problème de santé ou d'un handicap	15,0	22,6	16,3
Faiblement limités	10,1	12,3	6,4
Fortement limités	4,9	10,4	9,9
Limités par un problème moteur	6,5	11,8	7,8
Limités par un problème cardiologique ou respiratoire	2,7	7,2	3,6
Limités par un problème visuel	2,7	6,7	3,9
<b>Effectifs du sous échantillon 1 (n=939)</b>	<b>n=644</b>	<b>n=295</b>	<b>n=939</b>
Considèrent avoir un handicap	10,3	19,8	11,8
Se déclarent limités par :			
Des douleurs	12,0	16,3	11,8
Une fatigue rapide	8,5	10,9	8,1
Un problème d'audition	0,8	5,8	2,4
Un problème de mémoire	1,2	4,4	1,8
Se déclarent limités et ont des difficultés d'apprentissage ou de compréhension	0,8	2,4	1,1
Un problème d'orientation temporo-spatiale	0,3	1,7	0,8
Un autre problème	5,9	5,8	5,9
Se déclarent limités et ont des difficultés pour :			
Lire ou reconnaître un visage à quelques mètres (avec correction)	1,7	2,4	1,9
Entendre ou comprendre une conversation	0,9	3,7	1,7
Se concentrer plus de 10 minutes	1,7	2,0	1,4
Effectuer une démarche administrative simple	1,1	3,1	1,4
Sortir du domicile	1,4	2,0	1,2
S'habiller ou se déshabiller seul	0,6	1,7	0,9
Se déclarent limités et ont au moins une limitation physique	15,2	21,0	15,3
Se déclarent limités et ont moins une limitation cognitive	2,8	6,1	3,4

Sources : Baromètre Santé 2010 Midi-Pyrénées – Exploitation Orsmip

Facteurs associés au fait de considérer avoir un handicap parmi les 15-85 ans, Midi-Pyrénées, 2010.

Variables explicatives (effectifs)	effectif de personnes considérant avoir un handicap	% de personnes considérant avoir un handicap	OR
<b>Age</b>		***	
15-29 (n=143)	7	4,6	réf
30-44 (n=254)	22	11,8	2,0
45-64 (n=351)	54	16,3	1,2
65-85 (n=189)	41	22,2	0,8
<b>Sexe</b>		ns	
homme (n=421)	57	12,7	réf
femme (n=516)	67	15,0	0,8
<b>Diplôme le plus élevé</b>		***	
Sans diplôme (n=81)	28	29,2	réf
Inférieur au bac (n=358)	59	15,8	0,4*
Bac ou équivalent (n=197)	16	6,9	0,2***
Supérieur au bac (n=301)	21	5,3	0,1***
<b>Situation professionnelle</b>		***	
Travail et/ou études (n=559)	47	8,6	réf
Chômage (n=49)	8	14,7	0,5
Inactifs (n=328)	69	23,6	2,6*
<b>Revenu moyen par UC</b>		***	
Moins de 1100 euros/mois (n=201)	50	25,4	réf
1100 à moins de 1800 euros /mois (n=337)	35	10,0	0,4**
1800 euros et plus/ mois (n=341)	32	9,9	0,4*
manquant (n=58)	7	12,6	0,4
<b>Vivent seuls</b>		**	
Non (n=704)	82	12,3	réf
Oui (n=233)	42	22,6	1,5
<b>Porteurs d'une maladie chronique</b>		***	
Non (n=692)	48	7,2	réf
Oui (n=245)	76	33,1	3,9***
<b>Se considèrent limités</b>		***	
Non (n=772)	48	7,1	réf
Oui (n=165)	76	47,3	10***

Modèle de régression logistique multiple, données pondérées selon l'âge, le sexe, le département, la taille de l'agglomération et le niveau de diplôme

ns = non significatif ; \*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001

Source : Baromètre santé Midi-Pyrénées 2010 - Orsmip

Mode de lecture : toute chose égale par ailleurs, le pourcentage des personnes considérant avoir un handicap diminue lorsque le niveau d'éducation augmente (29,2% pour les personnes sans diplôme vs 5,3% pour les diplômés supérieurs au bac).

## Définitions

### Le handicap

La loi du 11 février 2005 portant sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées précise la définition du handicap :

« Constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (article L.114 de la loi n°2005-102).

Cette définition s'appuie sur la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF)<sup>1</sup>, du handicap et de la santé. L'approche de la CIF permet de rendre compte de la situation de la personne dans sa globalité, en tenant compte des différents domaines dans lesquels évolue la personne ayant un problème de santé donné.

La classification est construite autour de deux dimensions :

- Une première dimension sur le fonctionnement et le handicap, qui comprend :
  - (a) les fonctions organiques (fonctions physiologiques et psychologiques) et les structures anatomiques (parties anatomiques du corps) (composante associée à la notion de déficience),
  - (b) les activités et la participation (ensemble des domaines définissant les aspects du fonctionnement du point de vue de la personne en tant qu'être social) (composante associée à la notion de limitation et de restriction).
- Une deuxième dimension sur les facteurs contextuels, qui comprend :
  - (c) une liste de facteurs environnementaux,
  - (d) une liste de facteurs personnels (non intégrés à la CIF).

### La reconnaissance du handicap

La reconnaissance du handicap permet aux personnes de bénéficier d'aides ou de prestations individuelles, d'accéder à certains services ou d'être orientées en établissements d'accueil et d'accompagnement, d'être prioritaire pour l'accès à l'emploi, de détenir des cartes ou de disposer de pensions, de rentes. Ces différentes aides visent à compenser une perte d'autonomie et/ou à favoriser la participation à la vie sociale.

La reconnaissance administrative nécessite que le résultat de l'évaluation des situations des personnes réponde aux critères réglementaires d'attribution. Selon les situations des personnes ou leur âge, cette évaluation est conduite par :

- L'équipe pluridisciplinaire de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) qui s'appuie sur le **Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA)**, réglementaire depuis 2008, pour évaluer la situation et les besoins des personnes ;
- Les équipes médico-sociales des conseils généraux (EMS) qui utilisent le guide d'évaluation de la personne âgée en perte d'autonomie pour évaluer les besoins des personnes âgées dépendantes, à partir de 60 ans ;
- Les médecins de l'assurance maladie qui après une évaluation médicale apprécie la réduction de la capacité de gain pour reconnaître ou non l'invalidité. De même, les accidents du travail et maladies professionnelles relèvent des caisses d'assurance maladie. Les personnes concernées ont moins de 60 ans.

Différents outils d'éligibilité fixent les critères d'accès à cette reconnaissance : le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et des incapacités des personnes handicapées permet de déterminer un taux d'incapacité pour l'attribution de l'AAEH, l'AAH, l'ACTP, des cartes d'invalidité ou de priorité, la grille Autonomie gérontologie groupe iso-ressources (AGGIR) un niveau de perte d'autonomie pour l'attribution de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), les barèmes spécifiques aux accidents du travail et maladies professionnelles visent à fixer un taux d'incapacité permanente partielle, qui détermine l'importance de l'indemnisation, le référentiel pour l'accès à la prestation de compensation (PCH) s'appuie sur la constatation de difficultés graves ou absolues dans la capacité à réaliser une ou plusieurs des 19 activités définies dans le référentiel. Il n'existe pas en revanche de référentiel spécifique pour la reconnaissance de l'invalidité, qui est basée sur une évaluation de la réduction de la capacité de gain par le médecin conseil de l'assurance maladie.

L'accès à plusieurs prestations pour une même personne peut être examiné à l'aide de plusieurs outils si les réponses à ses besoins nécessitent l'intervention de plusieurs aides ne relevant pas d'outils identiques.

Les dispositifs d'aide publique concernent potentiellement l'ensemble des personnes qui connaissent – ou ressentent – des limitations d'activités et/ou restrictions de participation. Pourtant, le nombre de personnes connues de ces dispositifs ne permet pas actuellement de dénombrer les personnes handicapées ou dépendantes :

- les données actuellement disponibles sont des données de flux ;
- toutes les personnes en situation de handicap ou de dépendance ne s'adressent pas obligatoirement à l'un de ces dispositifs pour bénéficier d'une aide ;
- chaque dispositif (MDPH, conseils généraux, Assurance maladie) « compte » les personnes qu'il connaît. Or une même personne pouvant recourir à plusieurs prestations relevant de dispositifs d'aide différents, il n'est pas possible de cumuler les populations des différents dispositifs sans faire de double compte.

<sup>1</sup> in Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap

## L'enquête Handicap-Santé – Volet Ménages

### Méthodologie et définitions

L'enquête "Handicap-Santé-Ménages" (HSM) est une enquête nationale menée auprès d'un échantillon de personnes qui habitent en ménage ordinaire. Les personnes hébergées en institutions (maisons de retraite, foyers pour personnes âgées ou invalides...) ne sont donc pas incluses dans le champ. Quatre départements métropolitains et deux d'outremer ont réalisé une extension d'échantillon afin de disposer de résultats significatifs sur leur territoire : le Rhône, les Hauts-de-Seine, le Nord, le Pas-de-Calais, la Martinique et la Guadeloupe. Dans chacun de ces départements, la taille de l'échantillon est d'environ 3 000 personnes.

La collecte a eu lieu au cours de l'été 2008, sous forme d'entretiens individuels avec un enquêteur. Une enquête postale préalable, dite "Vie Quotidienne et Santé" (VQS), a permis d'avoir un premier aperçu permettant de cibler plus précisément la population susceptible d'avoir un handicap. Toutefois, l'enquête "Handicap-Santé" concerne l'ensemble de la population et pas seulement les personnes susceptibles d'être en situation de handicap. Les réponses au questionnaire permettent de donner trois définitions du handicap :

**Le handicap ressenti** : le fait de se sentir handicapé et de se déclarer comme tel, quelle que soit la nature du handicap.

**Le handicap identifié** : on considère que le handicap est identifié dès lors que la personne enquêtée déclare une impossibilité totale à effectuer une tâche courante (voir, parler, marcher, se souvenir...). Entrent aussi dans cette catégorie les personnes qui reçoivent une aide de tiers en raison de leur handicap, dont le logement a été aménagé spécialement ou qui utilisent une prothèse, un appareillage ou une autre aide technique.

**Le handicap reconnu** recouvre diverses formes de reconnaissance administrative : allocations pour handicapés, pensions d'invalidité, rentes d'incapacité. Il concerne également les personnes ayant, de la part de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ou auparavant de la Cotorep, l'une des reconnaissances suivantes : orientation vers un établissement scolaire spécialisé, attribution du statut de travailleur handicapé ou d'un taux d'incapacité supérieur ou égal à 50 %.

**Les déficiences** désignent des altérations corporelles (amputations, scléroses...) ou des dysfonctionnements des diverses parties du corps (membres, muscles, organes, cerveau).

### POUR EN SAVOIR PLUS :

- Guide pour la valorisation des données locales dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie. Dossier scientifique. CNSA, FNORS. 2009. 290 p.  
[http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/guide\\_donnees\\_locales\\_interactif\\_avec\\_signets\\_OK-2.pdf](http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/guide_donnees_locales_interactif_avec_signets_OK-2.pdf)
- Le rapport de l'Observatoire parisien des situations de handicap. 2010, 148 p.
- Les situations de handicap : une question d'âge - La Lettre Analyses Insee Rhône-Alpes, n° 126, avril 2010.
- Rapport mondial sur le handicap OMS- Banque Mondiale 2011

# Connaissance et reconnaissance des personnes en situation de handicap

## Les enfants en situation de handicap

- Estimation des enfants atteints d'une déficience sévère
- Enfants en situation de handicap connus des dispositifs

## Les adultes en situation de handicap

- Estimation des situations de handicap en population adulte à travers les limitations fonctionnelles et les restrictions globales
- Adultes en situation de handicap connus des dispositifs d'aide

# Les enfants en situation de handicap

Près de 2% des enfants sont atteints d'une déficience : les déficiences sévères touchent moins de 1% de ces enfants, les autres sont atteints de déficiences moins sévères et très hétérogènes où les troubles mentaux dominant.

Le nombre d'enfants et de jeunes de moins de 20 ans ayant demandé et obtenu une Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) a considérablement augmenté ces dix dernières années ; le taux régional ne diffère pas de la moyenne nationale et s'établit à 10,4 pour 1 000 enfants et jeunes de moins de 20 ans.

Les disparités interdépartementales sont importantes.

1,3 à 2,6% des jeunes de moins de 20 ans ont déposé au moins une demande ou un renouvellement de reconnaissance d'une situation de handicap auprès des 8 MDPH de la région.

## Chiffres clés Midi-Pyrénées



On peut estimer à **plus de 12 000** le nombre d'enfants et de jeunes de 0-19 ans atteints d'au moins une déficience dans la région.

**5 100 à 5 200** sont atteints d'une déficience sévère.

Parmi les enfants atteints d'une déficience sévère\* :

**Plus de 1 500** ont une déficience motrice.

**1 500 à 1 600** une déficience intellectuelle

**400 à 500** une déficience auditive

**200 à 300** une déficience visuelle

**2 000 à 2 300** sont atteints de troubles

envahissants du développement (TED)

dont 800 à 1 000 enfants ont un diagnostic d'autisme.

**Plus de 7 000** enfants et jeunes bénéficient de l'AEEH.

\* Cf. définition du Registre du handicap de l'enfant de la Haute-Garonne



## Estimation des enfants atteints d'une déficience

### Contexte

La plupart des déficiences de l'enfant sont fixées et évoluent vers des limitations d'activité et de restriction de participation « à vie ». La description des déficiences et des incapacités est actuellement le seul moyen opérationnel d'apprécier la fréquence et la nature des situations de handicap car il n'y a pas encore de description des activités et de leurs limitations, ni de participations et leurs restrictions qui soit adaptée à l'enfant. (Expertise collective Inserm 2004).

En France, il existe deux registres de population sur les handicaps de l'enfant qui enregistrent les cas de déficiences neuro-développementales sévères : **le Registre des Handicaps de l'Enfant et l'Observatoire Périnatal de l'Isère, Savoie et Haute-Savoie (RHEOP), créé en 1991, et le Registre des Handicaps de l'Enfant de la Haute-Garonne (RHE31), créé en 1999.** Ces deux registres départementaux sont d'une importance fondamentale pour la connaissance de l'épidémiologie du handicap de l'enfant d'âge scolaire. En effet, ils constituent à ce jour les seules sources médicales susceptibles de fournir des évolutions temporelles du nombre et des caractéristiques de ces déficiences sévères de l'enfant en France. Ces structures enregistrent ces déficiences de façon continue et exhaustive dans les territoires concernés et selon des modalités de recueil constantes qui permettent d'étudier l'évolution des principales prévalences au cours du temps. Ces deux registres qui travaillent en étroite collaboration ont des modalités de fonctionnement et de recueil de données comparables. Ils enregistrent selon les mêmes critères d'inclusion, les cas de déficiences neurosensorielles sévères (déficiences motrices, visuelles, auditives, cognitives) ainsi que les cas de Trouble Envahissant du Développement (TED) chez les enfants dont les parents résident dans les départements concernés au cours de leur 8<sup>e</sup> année de vie.

Les deux registres ne couvrent que quelques départements français, la population concernée n'est donc pas représentative de la population française et l'extrapolation des données issues de ces deux registres doit être faite avec une relative prudence.

Les résultats présentés dans les deux registres sont cependant très comparables pour l'ensemble des déficiences enregistrées ce qui souligne la validité des données et permet donc de les interpréter comme des estimations des prévalences de ces principales déficiences.

**Chaque année un peu moins de 1% des enfants qui naissent en France seront porteurs d'une déficience sévère.** Soit environ 140 000 enfants âgés de 0 à 20 ans.

Selon l'Inserm (expertise collective 2004), environ la moitié des déficiences pourraient avoir leur origine dans la période périnatale. Malgré les progrès de prise en charge périnatale, la prévalence du handicap chez l'enfant ne diminue pas. Le contexte périnatal reste préoccupant avec une prématurité qui ne diminue pas, un accroissement des grossesses multiples et une augmentation de l'âge à la première grossesse.

Par ailleurs, une enquête INSERM réalisée en 1998 par enregistrement de tous les enfants handicapés repérés dans les CDES, hôpitaux de jour, et centres de long séjour de moins de 9 ans dans trois départements dont la Haute-Garonne permettait de répartir l'ensemble des enfants en situation de handicap en deux niveaux de sévérité. Le premier groupe comprenait les déficiences sévères : Trisomies 21 et autres retard correspondant à un  $QI \leq 50$ , paralysies cérébrales, cécité et amblyopie bilatérales (acuité  $< 3/10$ ), déficiences sévères ou profondes de l'audition (perte  $> 70$  db), autisme et psychoses. Le second groupe comprenait tous les autres cas pris en charge par les CDES (autres malformations, maladies somatiques, troubles mentaux autres qu'autisme ou psychoses, autres déficiences).

**La prévalence des enfants déficients quel que soit le niveau de sévérité était de 1,9 pour 100 enfants.** 45% des enfants se situaient dans le premier groupe, soit 0,8 pour 100 enfants. Dans le second groupe, **les troubles mentaux dominaient largement.** Ce groupe constituait un ensemble très hétérogène dont l'importance variait selon les départements. L'expertise collective de l'Inserm (2002) sur les troubles mentaux de l'enfant montrait en effet combien ces troubles mentaux qui peuvent interférer sur le développement de l'enfant, freiner leur apprentissage scolaire et compromettre leur devenir étaient de nature et de gravité diverses. C'est particulièrement le cas des troubles spécifiques de l'apprentissage dont la définition, la prévalence, les critères diagnostics sont très hétérogènes voir anarchiques. Mais au-delà des chiffres de prévalence difficiles à établir, les professionnels et chercheurs s'accordent sur la difficulté de qualifier et apprécier le « handicap psychique ». Les professionnels mettent en avant les besoins considérables en termes d'adaptation des méthodes et des pratiques cliniques mais aussi en termes de synthèse des savoirs et des savoir-faire communs aux différents professionnels de santé et du médico-social. (*Synthèse colloque psychopathologie et handicap chez l'enfant Novembre 2011*)

## Estimations en Midi-Pyrénées

Si l'on applique le taux de prévalence de 1,9% à l'ensemble de la tranche d'âge des 0-19 ans de la population régionale et des départements, on peut estimer actuellement que **près de 12 300 enfants et jeunes de 0 à 19 ans sont atteints d'au moins une déficience** quelle que soit la sévérité. La **prévalence des déficiences sévères** évaluée au cours de la 8<sup>e</sup> année de vie

par RHEOP et RHE31 **varie de 7,2 à 8,7 p 1000 enfants** selon les générations étudiées. Pour une prévalence de 8 à 8,1 pour 1 000, le nombre d'enfants et jeunes de moins de 20 ans atteints d'une déficience sévère dans la région peut donc être estimé entre **5 100 à 5 200**. On compte en moyenne 1,3 déficience sévère par enfant (certains enfants ayant 2 déficiences sévères voir plus).

Taux de prévalence des enfants des générations 1987 à 2002 avec **au moins une déficience sévère** résidant dans les départements de l'Isère et de la Haute-Garonne au cours de leur 8<sup>e</sup> année de vie

Génération	Nombre d'enfants résidant dans le département		Nombre d'enfant avec au moins une déficience sévère		Prévalence pour 1000 enfants et IC à 95%	
	Isère	Haute-Garonne	Isère	Haute-Garonne	Isère	Haute-Garonne
1987-1998	17 613	150 901	1 519	1 082	8,7 [8,3-9,2]	7,2 [6,8-7,6]
1998-2002	77 543	70 603	627	568	8,1 [7,5-8,8]	8,0 [7,4-8,7]

Sources : Rapport d'activité du RHEOP de 2009 et 2011, rapport d'activité du RHE 31 de 2011

Estimation du nombre d'**enfants de 0 à 19 atteints d'une déficience** en Midi-Pyrénées à partir des prévalences des enquêtes et registres

	Taux p. 1 000	Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hautes-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne	Midi-Pyrénées
Pop. des 0-19 ans RP 2008		32550	57769	295329	38599	35202	47818	83419	56603	<b>647289</b>
Toutes déficiences (1) INSERM 1998	19	618	1098	5611	733	669	909	1585	1075	<b>12298</b>
Déficiences sévères RHEOP* (1998-2002)	8,1*	264	468	2392	313	285	387	676	458	<b>5243</b>
RHE31** (1998-2002)	8**	260	462	2363	309	282	383	667	453	<b>5178</b>

(1) tous handicaps pris en charge par les CDES (handicaps sévères et autres malformations, maladies somatiques, autres troubles mentaux...)

\*Rapport d'activité du RHEOP de 2011 - \*\* Rapport d'activité du RHE31 de 2011.

Sources : Inserm, RHEOP, RHE31, Insee RP2008 - exploitation Orsmip

### Estimation du nombre d'enfants atteints de déficiences motrices, intellectuelles ou sensorielles sévères en Midi-Pyrénées

Les résultats des registres nous permettent de calculer des estimations pour les différents types de déficiences sévères (cf. définitions p. 14). On retiendra ici les taux de prévalence pour la génération de 1998-2002 enregistrés dans les deux registres.

Le taux de prévalence des **déficiences motrices** est de 2,4 pour 1 000 enfants, soit une estimation à **plus de 1 500** du nombre d'enfants et de jeunes de moins de 20 ans atteints de ce type de déficience.

**Les déficiences intellectuelles** concernent de 2,4 à 2,5 pour 1 000 enfants, soit une estimation située entre **1 500 à 1 600** jeunes de moins de 20 ans.

**Les déficiences auditives sévères** varient de 0,6 à 0,7 pour 1 000 enfants, soit 400 à 650 enfants. **Les déficiences visuelles sévères** varient de 0,3 à 0,5 pour 1 000 enfants, **soit 200 à 300 enfants porteurs de ce déficit.**

Taux de prévalence par **type de déficiences sévères** pour les enfants nés de 1987 à 2002, résidant dans les départements de l'Isère et de la Haute-Garonne au cours de leur 8<sup>e</sup> année de vie

Type de déficience sévère	Isère 1987-1998*		Isère 1998-2002 <sup>β</sup>		Haute-Garonne 1987-1998*		Haute-Garonne 1998-2002 <sup>θ</sup>	
	n	Prévalence pour 1000	n	Prévalence pour 1000	n	Prévalence pour 1000	n	Prévalence pour 1000
Déficience motrice	547	3,2	189	2,4	453	3,0	168	2,4
dont Paralysies Cérébrales	366	2,1	108	1,4	255	1,7	120	1,7
Déficiences intellectuelles hors Trisomies 21	384	2,2	188	2,4	350	2,3	180	2,5
Trisomies 21	166	1,0	43	0,6	127	0,8	24	0,3
Déficiences visuelles sévères	88	0,5	27	0,3	103	0,7	34	0,5
Déficiences auditives sévères	138	0,8	43	0,6	114	0,8	52	0,7

\*Données issues de l'article « Prévalence des déficiences sévères chez l'enfant en France et évolution au cours du temps » du BEH numéro thématique « handicaps de l'enfant », mai 2010

<sup>β</sup> Données issues du rapport d'activité du RHEOP de 2011 ; <sup>θ</sup> Données issues du rapport d'activité du RHE 31 de 2011

Sources : RHEOP, RHE31, Insee RP2008 - exploitation Orsmip

**Estimation du nombre d'enfants de 0 à 19 ans par type de déficience** dans les départements (estimations faites à partir des prévalences calculées sur les générations 1998-2002)

	Ariège		Aveyron		Haute-Gne		Gers		Lot		Htes-Pyrén.		Tarn		Tarn-et-Gar		Midi-Pyr.	
	EB	EH	EB	EH	EB	EH	EB	EH	EB	EH	EB	EH	EB	EH	EB	EH	EB	EH
Déficiences motrice	78	78	139	139	709	709	93	93	84	84	115	115	200	200	136	136	1553	1553
dont paralysie céréb.	46	55	81	98	413	502	54	66	49	60	67	81	117	142	79	96	906	1100
Défic. intellectuelles																		
hors Trisomie 21	78	81	139	144	709	738	93	96	84	88	115	120	200	209	136	142	1553	1618
Trisomie 21	10	20	17	35	89	177	12	23	11	21	14	29	25	50	17	34	194	388
Déficience visuelle	10	16	17	29	89	148	12	19	11	18	14	24	25	42	17	28	194	324
Déficience auditive	20	23	35	40	177	207	23	27	21	25	29	33	50	58	34	40	388	453

EB = estimation basse EH = estimation haute

Sources : RHEOP, RHE31, Insee RP2008 - exploitation Orsmip

## Estimation du nombre d'enfants atteints d'autisme et de troubles envahissants du développement (TED) en Midi-Pyrénées

L'autisme infantile est un trouble sévère et précoce du développement affectant le langage et les capacités de communication, les interactions et les relations sociales. Les taux de prévalence concernant l'autisme et les autres troubles du développement (proches de l'autisme, mais n'en remplissant pas tous les critères), issus de revues de la littérature internationale sont difficiles à utiliser en raison de l'évolution des définitions qui ont considérablement élargi le périmètre de ces pathologies. Le récent rapport de la HAS (2010) sur l'état actuel des connaissances sur les TED se réfère pour les taux de prévalence aux revues systématiques de la littérature réalisées par Fombonne dont la dernière publiée fait état de taux de prévalence estimé pour l'ensemble des TED de l'ordre de 6 à 7 pour 1 000 enfants (Fombonne, 2009).

Ce calcul d'un taux moyen peut cependant paraître difficile à interpréter, la fréquence de l'autisme et des autres TED dans la population générale ayant donné lieu à des estimations très variables selon les études (allant de 1,7 à 9 pour 1000), en fonction notamment du mode d'échantillonnage et des critères diagnostiques retenus.

**Le plan Autisme 2008-2010** prévoyait donc une mesure spécifique sur l'épidémiologie de l'autisme et des autres troubles envahissants du développement en France et c'est dans ce cadre que les deux registres se sont vu confier la mission de fournir des données récentes sur les taux de prévalence de ces troubles. Ce travail a donné lieu à la rédaction d'un rapport remis aux autorités en juin 2011. Les données de prévalence en Haute-Garonne et en Isère

sont disponibles pour les générations de 1995 à 2002. Les diagnostics de l'ensemble des TED codés selon la Classification internationale des maladies (CIM-10) et retenus pour cette étude sont les suivants : autisme infantile, autisme atypique, syndrome d'Asperger, autres troubles envahissants du développement et trouble envahissant du développement, sans précision.

Les diagnostics de syndrome de Rett, d'autre trouble désintégratif de l'enfance et d'hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés en sont exclus.

Les taux de prévalence de l'ensemble des Troubles Envahissants du Développement (TED) pour les enfants nés de 1995 à 2002, résidant dans les départements de l'Isère et de la Haute-Garonne au cours de leur 8<sup>e</sup> année de vie sont respectivement de **3,5 et 3,2 pour 1000**, soit une estimation **de 2 000 à 2 200 enfants** de la région atteints par ces troubles. La prévalence de l'autisme (typique et atypique) pour ces générations est respectivement **de 1,3 et 1,5 pour 1 000 enfants** en Isère et en Haute-Garonne, **soit 800 à 1 000 enfants en Midi-Pyrénées**.

Taux de prévalence des **Troubles Envahissants du Développement** (TED) pour les enfants nés de 1995 à 2002, résidant dans les départements de l'Isère et de la Haute-Garonne au cours de leur 8<sup>e</sup> année de vie

	Isère 1995-2002			Haute-Garonne 1995-2002		
	n	P pour 1000	IC à 95%	n	P pour 1000	IC à 95%
TED (hors F84.2 F84.3 et F84.4)	425	3,5	[3,2-3,8]	351	3,2	[2,9-3,5]
dont Autisme (Typique et Atypique)	156	1,3	[1,1-1,5]	167	1,5	[1,3-1,8]

Sources : RHE31, RHEOP

Estimation du nombre d'**enfants de 0 à 19 ans atteints de TED** en Midi-Pyrénées à partir des prévalences RHEOP et RHE31 des générations 1995-2002

	Ariège		Aveyron		Haute-Garonne		Gers		Lot		Hautes-Pyrénées		Tarn		Tarn-et-Garonne		Midi-Pyrénées	
	EB	EH	EB	EH	EB	EH	EB	EH	EB	EH	EB	EH	EB	EH	EB	EH	EB	EH
TED (hors F84.2 F84.3 et F84.4)	104	114	185	202	945	1034	124	135	113	123	153	167	267	292	181	198	<b>2 071</b>	<b>2 266</b>
dont Autisme (Typique et Atypique)	42	49	75	87	384	443	50	58	46	53	62	72	108	125	74	85	<b>841</b>	<b>971</b>

EB = estimation basse EH = estimation haute  
Sources : RHEOP, RHE31, Insee RP2008 - exploitation Orsmip

## Définitions

### Les déficiences sévères enregistrées par les Registres :

- Déficiences motrices : toutes les paralysies cérébrales quel que soit le niveau de gravité (selon la définition du groupe SCPE – Surveillance of Cerebral Palsy in Europe : tout déficit moteur ou trouble de la posture permanent résultant d'une lésion non évolutive survenue sur un cerveau immature) ; toutes les autres déficiences motrices, quelle que soit l'étiologie (maladies dégénératives, héréditaires, malformations du système nerveux central, autre étiologie) dans la mesure où ces pathologies nécessitent un appareillage ou une rééducation continue.
- Déficiences sensorielles sévères : déficiences auditives définies par une perte auditive supérieure à 70 dB au niveau de la meilleure oreille sans appareillage ; déficiences visuelles définies par une acuité visuelle inférieure à 3/10 au meilleur œil avec la meilleure correction.
- Déficiences intellectuelles : définies par un quotient intellectuel (QI) inférieur à 50. Quand le QI n'est pas précisé ou n'a pas été effectué, l'enregistrement porte sur tous les retards mentaux classés moyens, sévères et profonds (Classification Internationale des Maladies de l'OMS, 10<sup>e</sup> révision).
- Trisomie 21, quel que soit le niveau intellectuel.
- Troubles Envahissants du Développement (TED) selon la définition de la CIM 10 et quel que soit le niveau de sévérité de l'atteinte : autisme infantile, autisme atypique, syndrome de Rett, autres troubles désintégratifs de l'enfance, hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés, syndrome d'Asperger, autres troubles envahissants du développement et troubles envahissants du développement non spécifiés.

## Enfants en situation de handicap connus des dispositifs publics d'aide

### Contexte

Le nombre d'enfants qui ressentent des difficultés (limitations d'activité et/ou restriction de participation) et pour lesquels a été déposée **une demande à la MDPH** est un indicateur qui permet d'apprécier l'importance et l'évolution de ces situations à l'échelle locale (« handicap ressenti »), même si toutes les personnes ne se présentent pas à un dispositif d'accueil pour accéder à une prestation. Parmi les personnes ayant réalisé une demande, un certain nombre bénéficie d'une reconnaissance administrative de leurs difficultés au vue de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et des critères administratifs (« handicap reconnu »).

Les MDPH assurent une mission générale d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des jeunes handicapés et de leur famille, l'instance décisionnelle étant la CDAPH. Elles instruisent notamment les demandes de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et de la prestation de compensation du handicap (PCH).

L'AEEH, versée par les caisses d'allocations familiales (CAF) et la MSA afin de compenser les frais et aides nécessaires à un enfant en lien avec son handicap, est accordée sans condition de ressources. Elle concernait, en France en 2009, **plus de 170 000 enfants, soit 10,6 bénéficiaires pour 1000 jeunes de moins de 20 ans**. Le nombre d'allocataires progresse de manière continue et est en forte augmentation depuis 2002 (+ 26%). Les variations géographiques sont importantes (de 5 pour 1 000 en Ardèche à 14 pour 1 000 en Corse du sud). Les familles peuvent également bénéficier, en plus de cette allocation d'un complément d'AEEH ou de la PCH.

La croissance continue des effectifs au fil des ans traduit potentiellement une meilleure détection du handicap ainsi qu'un développement des réponses médico-sociales à celui-ci. De même, les conséquences de certaines pathologies sont désormais reconnues comme occasionnant des limitations d'activité justifiant leur prise en compte au titre du handicap (les troubles de l'attention et les troubles de l'apprentissage notamment). Mais la hausse constante des bénéficiaires peut également refléter une meilleure acceptation du handicap par la famille qui fait plus aisément la démarche de s'adresser à la MDPH pour bénéficier d'une prestation. L'évolution enfin résulte d'une tendance à une scolarisation plus systématique des enfants handicapés en milieu ordinaire. Le profil, les caractéristiques et les trajectoires des enfants connus des MDPH restent encore difficiles à établir. Une enquête, réalisée en 2004-2005 auprès des CDES par la DREES, mettait en évidence que plus de 37% des diagnostics concernaient des pathologies psychiatriques (16%), des retards mentaux (12%), des autismes (6,5%), et des troubles de l'apprentissage (7,5%). Plus de la moitié des enfants présentaient des déficiences intellectuelles (21%) ou psychiques (22%). Les déficiences motrices concernaient 14% des enfants passés en CDES. 5% présentaient une déficience de l'audition, 3% une déficience visuelle, 4% une déficience du langage ou de la parole. La quasi-totalité des enfants polyhandicapés et 55% des enfants déficients psychiques s'étaient vus attribuer au moins une fois depuis leur naissance une allocation d'éducation spéciale.

### En Midi-Pyrénées

**En 2010, près de 6 800 familles ont bénéficié de l'AEEH** (hors allocataires de la MSA). Rapporté à la population de moins de 20 ans, ce chiffre correspond à un taux de bénéficiaires de 10,4 pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans dans la région (10,6 en moyenne nationale, pour la même période). Ce taux varie de 8,2 dans l'Aveyron et les Hautes-Pyrénées à 12,3 pour 1 000 dans le Lot.

**En 10 ans, le nombre de bénéficiaires de l'AEEH de la région a doublé**, augmentation plus importante que celle du niveau national (+62%). Cette augmentation est fortement variable d'un département à l'autre : de +150% dans le Lot à +46,5% en Aveyron.

Nombre de **bénéficiaires de l'AAEH\*** et taux pour 1000 enfants de moins de 20 ans en 2000 et 2010

	2000		2010		Évolution du nombre de bénéficiaires (en %)
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	
Ariège	145	4,8	279	8,6	92,4
Aveyron	325	5,8	476	8,2	46,5
Haute-Garonne	1 535	6,0	3 292	11,0	114,5
Gers	185	5,2	346	8,9	87,0
Lot	170	5,0	431	12,3	153,5
Hautes-Pyrénées	267	5,6	397	8,2	48,7
Tarn	483	6,2	1006	11,9	108,3
Tarn-et-Garonne	273	5,5	565	9,9	107,0
Midi-Pyrénées	3 383	5,8	6 792	10,4	100,8
France métropolitaine	97 899	6,5	162 460	10,6	65,9

\* hors MSA  
Source : CNAF

## Enfants en situation de handicap connus des MDPH

La connaissance de l'importance et du profil de **l'ensemble des enfants en situation de handicap connus par les 8 MDPH** n'est pas encore possible. Les systèmes d'information de ces organismes répondent en premier lieu à un impératif de traitement de la demande et sont configurés pour une approche par prestation plutôt que par public.

Cependant, les 8 MDPH de la région ont mis à notre disposition leur rapport d'activité afin de pouvoir dégager les caractéristiques actuelles des « demandes » et des types de réponses qui sont accordées aux personnes en situation de handicap qui se présentent chaque année à la MDPH et les tendances les plus significatives.

Les résultats de ces indicateurs restent très dépendants des modes d'organisation et des pratiques des MDPH. Entre 2006 et 2010, le nombre de demandeurs et de demandes (premières demandes et renouvellements) a régulièrement augmenté et de façon importante dans les 8 MDPH de la région; cette même tendance s'observe sur l'ensemble de la France.

Pour expliquer cette tendance, plusieurs facteurs ont été mis en avant par les MDPH (rapport CNSA, décembre 2011) : meilleure connaissance de la loi, rapprochement de ce nouveau dispositif des citoyens par l'implication directe des élus locaux, actions de communication mises en place par les départements, situation économique dégradée et forte progression du chômage, liens étroits entre troubles psychosociaux et handicap, mais aussi : revendications, demandes accrues afin que les droits, l'égalité des chances, la participation à la citoyenneté correspondent à une réalité.

Les trois types de demandes le plus souvent formulées pour les enfants en situation de handicap sont :

- les demandes d'AAEH (22 à 33% de l'ensemble des demandes),
- les orientations scolaires ou demandes d'auxiliaires de vie scolaires ou matériel ou transport scolaire (25 à 39%),
- les orientations en établissement ou service (18 à 28%).

Pôle Enfants	Ariège	Aveyron	Hte-Gne	Gers	Lot	Htes-Pyr	Tarn	Tarn-et-Gar
Nombre d'enfants ayant une demande* déposée à la MDPH en 2010	824	1 277	7 794	935	570	972	-	1 452
Taux pour 1 000 personnes de moins de 20 ans	25,3	-	26,4	24,2	13,2	20,3	-	25,7
Nombre de demandes reçues	1 789	2 544	9 434	1 794	1 295	1 451	-	1 462

\* 1<sup>ère</sup> demande ou renouvellement  
Source : rapports d'activité 2010 des 8 MDPH de la région

Répartition des principales **demandes** adressées aux 8 MDPH en 2010 (%)

Pôle Enfants	Ariège	Aveyron	Hte-Gne	Gers	Lot	Htes-Pyr	Tarn	Tarn-et-Gar
AAEH	22,6	24,2	35,0	28,0	33,8	24,2	-	-
PCH	5,1	3,9	6,0	2,0	4,6	-	-	-
Orientation en établissement ou service	23,6	24,4	18,0	28,0	25,3	48,6	-	-
Orientation scolaire ou AVS ou matériel ou transport scolaire	39,7	36,7	-	25,0	31,7	14,7	-	-
Carte d'invalidité ou de priorité, carte de stationnement	9,0	9,0	8,0	10,0	4,6	10,0	-	-

Source : rapports d'activité 2010 des 8 MDPH de la région

Nombre total de décisions avec **accord** en 2010

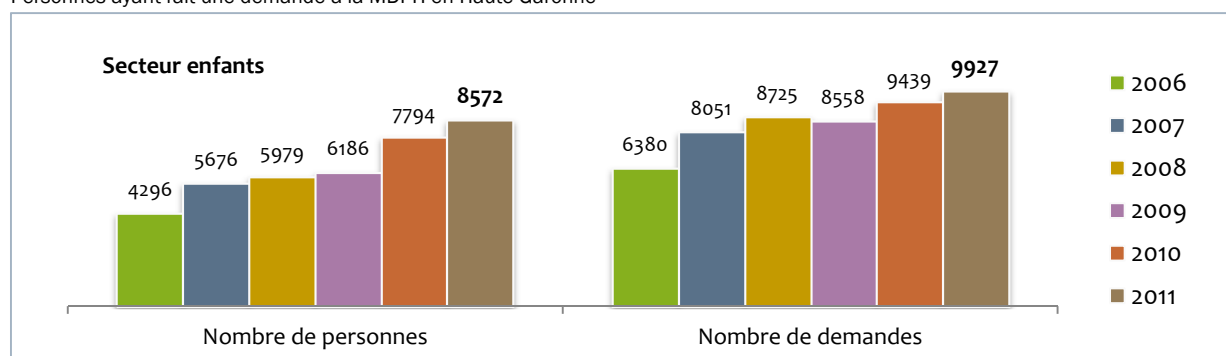
Pôle Enfants	Ariège	Aveyron	Hte-Gne	Gers	Lot	Htes-Pyr	Tarn	Tarn-et-Gar
AAEH	358	492	2 218	482	475	317	1 005	398
PCH	41	101	214	43	45	-	77	-
Orientation en établissement ou service	406	587	2 206	440	371	646	706	527
Orientation CLIS ou ULIS	134	-	489	98	82	-	259	-
AVS ou matériel ou transport scolaire	110	88	82	16	130	21	165	-
Carte d'invalidité ou de priorité, carte de stationnement	114	214	544	74	90	99	340	29

Source : rapports d'activité 2010 des 8 MDPH de la région

Une **illustration en Haute-Garonne** permet d'apprécier l'importance de l'évolution des demandes déposées dans le secteur enfants entre 2005 et 2011 et le type de demandes.

Entre 2005 et 2011, le nombre d'enfants en situation de handicap ayant sollicité un droit à la MDPH a doublé. 35% des demandes concernent la scolarisation.

Personnes ayant fait une demande à la MDPH en Haute-Garonne



Sources : MDPH 31, rapports d'activité 2011

## Définitions

**L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est attribuée (AEEH)** sans condition de ressource sur décision de la CDAPH à tout jeune de moins de 20 ans dont le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 80% ou compris entre 50 et 79% s'il fréquente un établissement ou service médico-social ou dispositif d'enseignement collectif dédié à la scolarisation des élèves handicapés ou s'il recourt à des mesures d'accompagnement ou de soins préconisées par la CDPAPH.

**Les Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)**

Elles ont été créées par la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour "l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées" (art. L.146-9). Elles résultent de la fusion des Commissions Techniques d'Orientations et de REclassement Professionnel (COTOREP) et des Commissions Départementales d'Éducation Spéciale (CDES).

Au sein de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), la CDAPH prend toutes les décisions concernant les aides et les prestations, après évaluation, par l'équipe mise en place au sein des MDPH (art. L146-8), des besoins de compensation et élaboration du plan personnalisé de compensation du handicap.

La CDAPH est compétente pour :

- se prononcer sur l'orientation de la personne handicapée et les mesures propres à assurer son insertion scolaire ou professionnelle et sociale ;
- désigner les établissements ou les services correspondant aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent ou concourant à la rééducation, à l'éducation, au reclassement et à l'accueil de l'adulte handicapé et en mesure de l'accueillir ;
- l'attribution, pour l'enfant ou l'adolescent, de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et éventuellement, de son complément ;
- l'attribution de la carte d'invalidité (CIN) ;
- l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et du complément de ressources ;
- l'attribution de la prestation de compensation du handicap ;
- la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ;
- statuer sur l'accompagnement des personnes handicapées âgées de plus de soixante ans accueillies dans les structures pour personnes handicapées adultes.

### POUR EN SAVOIR PLUS :

- Prévalence et évolution chronologique des déficiences à l'âge scolaire. C. Rumeau-Rouquette et coll. BEH n° 19, 1998
- Handicaps de l'enfant. BEH n° 16-17 du 04 mai 2010. Coordination scientifique : Catherine Arnaud et coll.
- Déficiences et handicaps des enfants passés par les CDES. Études et Résultats n° 467, février 2006
- L'essentiel n° 107, février 2011, CNAF, Direction des statistiques, des études et de la recherche
- Rapport de 12 ans d'enregistrement, Grenoble, RHEOP, 2001.  
Rapports annuels d'activité 2009 et 2011, RHEOP
- Rapport d'activité RHE31, 2011
- Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Expertise collective INSERM. 2002
- Santé de l'enfant. Propositions pour un meilleur suivi. Expertise collective INSERM. 2009
- Psychopathologie et handicap chez l'enfant et adolescent /questions ; tensions, enjeux. Texte de synthèse des grands témoins Nicole Catheline, Philippe Joubert, Patrick Gohet, Soraya Minot, Roger Perron. Colloque Handicap et Psychopathologie .APPEA Novembre 2011



**Note méthodologique pour une meilleure connaissance des situations de handicap :**

Afin d'apprécier l'importance des besoins exprimés, des « demandes » et de l'évolution chaque année du nombre de personnes qui « se sentent en situation de handicap » et s'engagent dans une démarche de reconnaissance (que la réponse soit positive ou non), il faut pouvoir identifier le nombre et la part de ceux qui demandent pour la première fois et calculer :

- le nombre et le taux de personnes déposant une première demande chaque année et l'évolution de ce nombre et du taux de personnes,
- le nombre et le pourcentage des différents types de premières demandes et leur évolution.

Afin d'apprécier l'importance des personnes qui ont une « reconnaissance administrative » de leur handicap mais aussi les projections à prévoir, les disparités interdépartementales et les tendances évolutives, il faut pouvoir identifier :

- la prévalence à un instant T :
  - du nombre et du taux de personnes bénéficiant d'au moins un accord à la CDAPH,
  - du nombre et du taux de personnes connues de la MDPH ayant un accord pour : AAH, RQTH, PCH adulte, carte d'invalidité, AEEH, PCH enfant.
- l'incidence (les nouveaux cas chaque année) du nombre et du taux de personnes bénéficiant d'au moins un accord pour la première fois dans l'année et le type d'accord (AAHY, RQTH, PCH...) et leur évolution dans le temps.

Le profil des enfants midi-pyrénéens bénéficiaires de l'AEEH pourrait être précisé par une analyse spécifique des données de la CAF (ou de la MDPH) en termes d'âge, sexe, localisation, mais aussi de « lourdeur du handicap ».

En effet, si l'on ne peut actuellement, à partir de ces systèmes d'information, apprécier la nature et le type de déficience, l'analyse de la population bénéficiaire d'un complément d'AEEH permettrait d'apprécier la part et les caractéristiques des enfants bénéficiaires d'une AEEH lourdement handicapés (les trois dernières catégories du complément d'AEEH étant attribuées pour des situations de handicap très lourd).

L'analyse de la base des AEEH permettrait aussi d'identifier, parmi ces bénéficiaires, ceux vivant dans des familles monoparentales et vivant sous le seuil de bas revenus.

# Les adultes en situation de handicap

L'enquête Handicap-Santé - volet Ménages (HSM) réalisée en 2008 par l'Insee et la Drees a évalué à **0,5%** la part des personnes entre 20 et 60 ans qui présentent **au moins une restriction absolue pour des soins personnels** qu'elles ne peuvent réaliser seules ; **2,7%** ont **au moins une restriction absolue dans les activités instrumentales** telles que les courses, la préparation d'un repas, le ménage, la sortie du logement, l'utilisation d'un transport en commun. **3,2%** des personnes entre 20 et 60 ans en situation de handicap reconnu par les MDPH bénéficient d'un minima social : **l'Allocation d'Adulte Handicapé (AAH)**. Cette proportion est légèrement supérieure à celle observée en moyenne nationale. Le nombre de bénéficiaires de l'AAH dans la région a beaucoup augmenté ces dix dernières années (+18,5%) mais moins que dans le reste de la France. 2,2 à 3% des personnes de plus de 20 ans déposent ou renouvellent une demande de reconnaissance d'un handicap dans les 8 MDPH de la région (2010).

## Chiffres clés Midi-Pyrénées



Parmi les personnes âgées de 20 ans ou plus en tenant compte de la répartition par âge de la population régionale on peut estimer que :

- **240 000** présentent une limitation physique absolue motrice ou sensorielle (10,2%), dont près de 73 000 ont entre 20 et 59 ans (5%).
- **220 000** une limitation cognitive grave (10%) dont 124 000 ont entre 20 et 59 ans (8,5%).
- **34 000** au moins une restriction absolue pour les soins personnels (1,4%) dont 6 600 ont entre 20 et 59 ans (0,5%).
- **48 600** sont dépendantes ou fortement dépendantes (2,2%) dont 11 000 ont entre 20 et 59 ans (0,8%).

**48 000** personnes de moins de 60 ans (3,2%) bénéficiaient de l'Allocation d'Adulte Handicapé (2010).

**41 000** assurés du régime général touchaient une pension d'invalidité ou une rente d'accident du travail (AT) ou maladie professionnelle, soit 3,9% de l'ensemble du régime général (2011).

**9 000** personnes de moins de 60 ans bénéficiaient de la PCH ou de l'ACTP (2009).

**10 000** cartes d'invalidité accordées pour la première fois ou renouvelées en 2010.

# Estimation des situations de handicap en population adulte

à travers les limitations fonctionnelles et les restrictions globales d'activité

## Contexte

**L'enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires** (HSM, réalisée par l'Insee et la DREES en 2008) a permis de mesurer plus systématiquement les limitations fonctionnelles des personnes et les facteurs environnementaux freinant ou favorisant la réalisation des activités de la vie quotidienne. **C'est la rencontre des deux qui crée les situations de handicap repérables par les restrictions d'activité.**

Les limitations fonctionnelles traduisent la capacité à accomplir un certain nombre d'actes faisant appel à des fonctions physiques ou cognitives. Les restrictions d'activité sont évaluées en mesurant l'autonomie totale, partielle, ou l'impossibilité à réaliser seul au quotidien des activités essentielles « activities of daily life (ADL) »

(manger, boire, se laver...) mais aussi des activités instrumentales (IADL) telles que faire des courses préparer son repas...

Les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité couvrent un large éventail de difficultés liées les unes aux autres et décrivent un « gradient d'autonomie ». On peut distinguer 4 groupes : personnes autonomes, personnes ayant une autonomie modérée mais sans restriction absolue dans les activités essentielles du quotidien, personnes considérées comme dépendantes rencontrant quelques difficultés sur des activités essentielles de la vie courante (s'habiller, se laver), enfin personnes fortement dépendantes présentant des difficultés majeures dans tous les domaines.

## En Midi-Pyrénées

**Selon l'enquête Handicap Santé 2008 :**

– **10,2% des personnes de 20 ans et plus à domicile en France présentent au moins une limitation physique absolue** (sensorielle ou motrice). Elles sont dans l'incapacité d'accomplir un certain nombre d'actes faisant appel à des fonctions physiques (marcher, monter/descendre un escalier, lever le bras, porter un sac, se baisser, se servir des mains, incontinence, voir, entendre).

**Si l'on applique les taux de prévalence selon l'âge à la population régionale**, on peut estimer que plus de **240 000** personnes de 20 ans ou plus présentent au moins une de ces limitations physiques absolues. Parmi elles, près de 73 000 ont entre 20 et 59 ans, soit **5% de cette tranche d'âge**.

– **10% des personnes de 20 ans ou plus ont au moins une limitation cognitive grave** liée à une incapacité à accomplir un certain nombre d'actes faisant appel à une fonction cognitive (orientation temporelle, mémoire, compréhension, concentration, apprentissage).

Appliqué à la population régionale en fonction de la structure d'âge régionale, cela correspond à plus de **220 000** personnes de 20 ans ou plus. Parmi elles, près de 124 000 ont entre 20 et 59 ans, soit **8,5% de cette tranche d'âge**.

– Les limitations peuvent entraîner des gênes dans la vie quotidienne : **1,4% des personnes de 20 ans et plus**

**déclarent ainsi au moins une restriction absolue pour réaliser des soins personnels** qu'elles ne peuvent pas du tout réaliser seules. Soit pour la population régionale, en fonction de la structure d'âge, plus de **34 000** personnes. Parmi elles, plus de 6 600 ont entre 20 et 59 ans, soit **0,5% de cette tranche d'âge**.

– **7,1% des personnes âgées de 20 ans et plus ont au moins une restriction absolue dans les activités instrumentales**. Elles « ne peuvent pas faire seules » les courses, préparer un repas, le ménage, sortir du logement, prendre des médicaments, utiliser un moyen de transport). Soit près de 166 000 personnes en Midi-Pyrénées. Parmi elles, près de 39 000 ont entre 20 et 59 ans, soit **2,7% de cette tranche d'âge**.

Ces limitations fonctionnelles et ces restrictions d'activité sont liées les unes aux autres. En appliquant les niveaux de dépendance selon l'âge à la population régionale, on estime à **plus de 48 000 les personnes dépendantes (2,2%)**. Parmi elles, près de **7 600 sont fortement dépendantes, ayant des difficultés majeures dans tous les domaines** : physiques, cognitifs et pour réaliser les actes de la vie quotidienne. **Parmi les 20-59 ans, plus de 11 000 personnes sont dépendantes ou fortement dépendantes, soit 0,8% de cette tranche d'âge**.

Estimation du nombre d'adultes ayant au moins une **limitation fonctionnelle** ou au moins **une restriction d'activité** dans la population des ménages de Midi-Pyrénées, à partir des % observés selon l'âge au niveau national en 2008

	% Handicap Santé – volet ménage				Estimations Midi-Pyrénées	
	20-39 ans	40-59 ans	60-79 ans	80 ans et +	20 ans et +	dont 20-59 ans
Limitation physique absolue	2.0	6.8	17.8	51.6	241 357	72 853
Limitation cognitive grave	7.9	9.0	11.0	26.2	220 123	124 430
Restriction ADL absolue	0.4	0.5	1.9	11.9	34 115	6 645
Restriction IADL absolue	1.7	3.5	11.9	44.1	165 828	38 928
Dépendants	0.5	0.9	2.7	11.2	41 008	10 443
Fortement dépendants		0.1	0.6	2.5	7 586	777

Sources : Insee, Handicap-Santé 2008 volet ménage, RP 2008 pop. Ménage - Exploitation Orsmip

## Adultes en situation de handicap connus des dispositifs d'aide

### Contexte

Les personnes confrontées à des difficultés absolues ou des difficultés graves pour réaliser des actes de la vie quotidienne peuvent bénéficier d'aides financières qui visent à compenser une perte de ressources.

La MDPH et la Caisse primaire et régionale d'assurance maladie (Cpam et Carsat) sont les deux acteurs principaux habilités à reconnaître le handicap et/ou à déterminer un niveau d'invalidité ou d'incapacité d'une personne qui en fait la demande.

Mais les données brutes fournies par ces organismes ne s'ajoutent pas. Les modes de reconnaissance entre la MDPH et la Sécurité sociale sont construits sur des barèmes différents et donnent accès à des droits différents. Une même personne peut donc être connue des deux organismes.

Au sein de la population adulte, les prestations d'invalidité (hors accidents du travail et maladies professionnelles qui font l'objet d'un programme spécifique) et l'allocation aux adultes handicapés (AAH), minimum social destiné à apporter une aide financière aux personnes handicapés disposant de revenus modestes sont les plus importantes en termes de bénéficiaires. Ces 2 catégories de prestation sont les principales aides servies aux adultes.

En France, fin 2010, les **pensions d'invalidité** (hors AT et maladies professionnelles) étaient versées à plus de 928 000 personnes de moins de 60 ans, dont 602 100 sont des assurés du régime général (65%).

Pour ces derniers, 23% perçoivent une pension de 1<sup>ère</sup> catégorie (activité réduite), 74% une pension de 2<sup>e</sup> catégorie (aucune activité) et 3% une pension de 3<sup>e</sup> catégorie (aucune activité et besoin d'une aide extérieure).

Par ailleurs, 1,4 million de rentes d'accident du travail-maladie professionnelle étaient versées aux bénéficiaires des assurés du régime général.

**L'allocation adultes handicapés (AAH)**, aide financière destinée aux personnes handicapées de 20 à 59 ans ayant de faibles ressources, concernait plus de 884 000 personnes pour la France entière (soit 2,7 bénéficiaires pour 100 adultes).

Une enquête réalisée par la DREES en 2005-2006 auprès des demandeurs de l'AAH montrait que les personnes qui demandent l'AAH sont âgées de 45 ans en moyenne et

présentent majoritairement une déficience motrice ou psychique. Plus du quart d'entre elles sont handicapées depuis l'enfance et elles sont dans ce cas plus souvent déficientes intellectuellement.

Sur 330 000 personnes ayant sollicité l'AAH, 120 000 la sollicitaient pour la première fois ; la moitié de ces primo-demandeurs avaient eu une réponse positive.

En cas de besoins de l'aide d'une tierce personne **l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP)** ou la majoration pour tierce personne (adossée à la pension d'invalidité) peuvent venir s'ajouter aux prestations précédentes. En 2010, 66 200 personnes de moins de 60 ans ont perçu l'ACTP.

**La Prestation Compensatrice du Handicap (PCH)** instaurée en 2006, vise à remplacer l'ACTP. Elle permet de financer en complément des autres aides existantes des aides humaines mais aussi aides techniques, aménagement du logement, du véhicule, surcoûts liés au transport, aides animalières et autres dépenses spécifiques ou exceptionnelles. Cette aide personnalisée se définit au regard du projet de vie. 113 000 allocataires de moins de 60 ans (adultes et enfants) ont bénéficié de cette prestation fin 2010 soit une augmentation de 32% en un an. Témoinnant d'une poursuite du déploiement de l'activité des MDPH.

Une enquête en 2009 réalisée sur un échantillon de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP montrait que ces populations souffrent le plus souvent d'une déficience motrice (42% des allocataires de la PCH et 37% de ceux de l'ACTP) mais diffèrent fortement selon les autres types de déficience : les déficients intellectuels et visuels sont plus nombreuses parmi les allocataires de l'ACTP, les personnes ayant une déficience auditive ou langagière sont plus nombreux parmi les allocataires de la PCH.

Pour permettre aux personnes âgées de 60 ans ou plus en perte d'autonomie de bénéficier des aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne a été institué **l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)**. Elle concernait en 2009 en France plus d'un million de personnes. Dans ce rapport, nous n'aborderons pas les statistiques et indicateurs de l'APA (près de 70 000 personnes âgées de 60 ans ou plus en bénéficient en Midi-Pyrénées).

## En Midi-Pyrénées

Près de 48 000 adultes handicapés bénéficiaient de l'AAH fin 2010, soit 3,2% des 20-59 ans de la région (2,2% sur l'ensemble de la France). En 10 ans, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 18,5% en Midi-Pyrénées, moins qu'en moyenne nationale (+28,7%).

Ce taux varie de 2,3% en Haute-Garonne à 4,4% dans les Hautes-Pyrénées qui est, par ailleurs, le seul département où le nombre et le taux de bénéficiaires de l'AAH ne varie pratiquement pas.

Nombre et taux de **bénéficiaires de l'AAH** pour 100 personnes entre 20 et 59 ans en 2000 et 2010

	2000		2010		Évolution du nombre de bénéficiaires (%)
	Nombre	Taux*	Nombre	Taux*	
Ariège	2 382	3,4	2 809	3,7	17,9
Aveyron	4 896	3,7	5 022	3,7	2,6
Haute-Garonne	11 646	1,9	16 117	2,3	38,4
Gers	3 407	3,9	3 588	4,0	5,3
Lot	3 031	3,8	3 447	4,1	13,7
Hautes-Pyrénées	5 125	4,5	5 038	4,4	-1,7
Tarn	5 703	3,3	6 678	3,6	17,1
Tarn-et-Garonne	3 985	3,7	4 896	4,0	22,9
Midi-Pyrénées	40 175	2,9	47 595	3,2	18,5
France métropolitaine	687 372	2,2	884 839	2,7	28,7
France entière	710 902	2,2	914 950	2,9	28,7

\*sur 100 personnes de 20 à 59 ans

Sources : Cnaf et MSA - Insee, ELP - Exploitation Orsmip

Plus de 41 000 assurés du régime général, soit 3,9% de l'ensemble des assurés de ce régime perçoivent une pension d'invalidité ou une rente d'invalidité en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle.

Plus de 24 000 assurés du régime général perçoivent une pension d'invalidité en 2011, soit 1,7% des assurés du régime général (1,7% pour les femmes et 1,6% pour les hommes).

Comme en France, la grande majorité des pensionnés (67%) perçoivent une pension de 2<sup>e</sup> catégorie (aucune activité), 29% une pension de 1<sup>er</sup> catégorie (activité réduite) et 3% une pension de 3<sup>e</sup> catégorie, les plus invalides (aucune activité et besoin d'une aide extérieure).

Comme au niveau national, c'est parmi les assurés de 50-69 ans que les taux d'invalidité sont les plus élevés, pour les hommes comme pour les femmes.

De plus, près de 17 400 assurés du régime général perçoivent une rente d'invalidité, soit 1,2% des assurés de régime général en 2011. Pour la majorité, cette invalidité fait suite à un accident du travail (72%), à un accident de trajet pour 21% et à une maladie professionnelle pour 7%.

Fin 2009, plus de 9 000 personnes handicapées de moins de 60 ans bénéficiaient soit de l'ACTP, soit de la PCH. Rapporté à la population des moins de 60 ans, cela correspond à un taux de 4,2 personnes pour 1 000 habitants de moins de 60 ans bénéficiant d'une aide compensatrice en Midi-Pyrénées, légèrement plus qu'en moyenne nationale (3,6).

Ce taux varie fortement d'un département à l'autre : de 3,2 en Haute-Garonne à 10,6 dans le Lot.

Nombre d'assurés du régime général, **pensionnés d'invalidité** en 2011, selon le sexe et l'âge en Midi-Pyrénées

	Femmes	Hommes	Total	% Total
20-29 ans	21	32	53	0,2
30-39 ans	317	370	687	2,8
40-49 ans	1 905	1 500	3 405	14,1
50-59 ans	5 756	4 810	10 566	43,8
60-69 ans	5 024	4 375	9 399	39,0
70-79 ans	5	2	7	0,0
<b>Ensemble</b>	<b>13 028</b>	<b>11 089</b>	<b>2 4117</b>	<b>100,0</b>

Source : Ersm-Midi-Pyrénées-Cnamts - Exploitation Orsmip

Nombre d'assurés du régime général, percevant une **rente d'invalidité** et taux en Midi-Pyrénées en 2011

	Nbre	%	Taux**
Accident du travail	12 485	71,8	0,9
Accident de trajet*	3 640	20,9	0,3
Mal. professionnelle	1 272	7,3	0,1
<b>Total</b>	<b>17 397</b>	<b>100,0</b>	<b>1,2</b>

\* trajet domicile-travail \*\*Taux pour 100 assurés du régime général  
Source : Ersm-Midi-Pyrénées-Cnamts - Exploitation Orsmip

**Type de pension** perçue selon le sexe en 2011

	Femmes	Hommes	Total	% Total
1 <sup>ère</sup> catégorie	4 266	2 799	7 065	29,3
2 <sup>e</sup> catégorie	8 415	7 823	16 238	67,3
3 <sup>e</sup> catégorie	307	464	771	3,2
Réversion*	40	3	43	0,2
<b>Ensemble</b>	<b>13 028</b>	<b>11 089</b>	<b>24 117</b>	<b>100,0</b>

\*pension versée au survivant

Source : Ersm-Midi-Pyrénées- Cnamts - Exploitation Orsmip

Nombre de **bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH** en 2009 et taux de bénéficiaires (de l'ACTP ou de la PCH) pour 1 000 personnes de moins de 60 ans

	ACTP nombre	PCH nombre	ACTP + PCH nombre	Taux pour 1000 personnes de moins de 60 ans
Ariège	190	318	508	4,7
Aveyron	239	891	1 130	5,9
Haute-Garonne	1 216	1 945	3 161	3,2
Gers	179	331	510	3,9
Lot	245	427	672	5,3
Hauts-Pyrénées	399	279	678	4,2
Tarn	424	632	1 056	3,9
Tarn-et-Garonne	309	438	747	4,2
Midi-Pyrénées	3 156	5 886	9 042	4,2
France métropolitaine	75 293	98 962	174 255	3,6
France entière	77 958	101 862	179 820	3,6

Sources : Enquête Drees 2009, Insee, ELP 2009 - Exploitation Orsmip

## Adultes en situation de handicap connus des MDPH

Le nombre de personnes qui se sentent en situation de handicap et s'engagent dans une démarche de reconnaissance (que la réponse soit positive ou non) est **chaque année** comptabilisée par les MDPH. Ces « besoins exprimés », ces demandes qui correspondent à des premières demandes mais aussi à des renouvellements concernent de **20 à 30 personnes pour mille de plus de 20 ans** selon les départements.

Dans toutes les MDPH, le nombre de demandeurs et de demandes augmente régulièrement ces cinq dernières années.

Les demandes de carte d'invalidité ou de priorité ou de stationnement représentent plus du tiers de l'ensemble

des demandes. Les demandes ou renouvellements d'AAH et celles de RQTH représentent en moyenne chacune plus de 17% de l'ensemble des demandes.

La RQTH a été accordée ou renouvelée à plus de 18 000 personnes en 2010 dans la région. Parallèlement plus de 10 000 cartes d'invalidité ont été accordées ou renouvelées. Une orientation professionnelle a été faite pour la 1<sup>ère</sup> fois ou renouvelée pour plus de 10 000 personnes, une orientation en établissement médico-social pour 3 500 personnes.

Pôle Adultes	Ariège	Aveyron	Hte-Gne	Gers	Lot	Htes-Pyr	Tarn	Tarn-et-Gar
Nombre d'adultes ayant déposé une demande* à la MDPH en 2010	2 592	5 600	25 583	3 715	4 004	-	-	4 782
Taux pour 1 000 personnes de plus de 20 ans	22,0	25,7	27,7	25,3	30,9	-	-	26,7

\* 1<sup>ère</sup> demande ou renouvellement

Source : rapports d'activité 2010 des 8 MDPH de la région

Répartition des **principales demandes** adressées aux 8 MDPH en 2010 (%)

Pôle Adultes	Ariège	Aveyron	Hte-Gne	Gers	Lot	Htes-Pyr	Tarn	Tarn-et-Gar
AAH	20	18	17	19	18	18	-	-
RQTH	17	17	18	18	18	10	-	-
PCH adulte	9	7	9	10	10	6	-	-
Carte d'invalidité	19,5	23	22	19	23	9	-	-
Carte de stationnement	15	13	13	12	18	14	-	-

Source : rapports d'activité 2010 des 8 MDPH de la région

Nombre de **décisions avec accord** en 2010 selon le type de prestation\*

Pôle Adultes	Ariège	Aveyron	Hte-Gne	Gers	Lot	Htes-Pyr	Tarn	Tarn-et-Gar	Ensemble
AAH	832	1 218	5 872	1 087	885	1 354	1 646	1 371	13 065
RQTH	936	1 394	8 810	1 191	1 174	1 920	2 447	1 626	18 498
Orientation professionnelle	1 283	797	5 328	446	586	783	802	538	10 463
PCH	247	441	1 888	486	409	289	535	-	-
Orientation en EMS	318	264	1 446	280	138	290	438	364	3 538
Carte d'invalidité	577	1 126	4 468	791	439	964	1 284	828	10 477

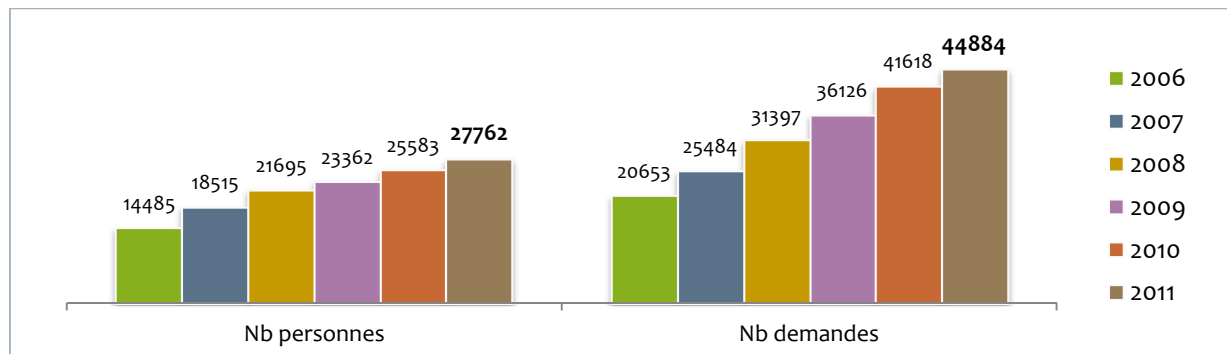
Source : rapports d'activité 2010 des 8 MDPH de la région

\* 1<sup>ère</sup> demande ou renouvellement



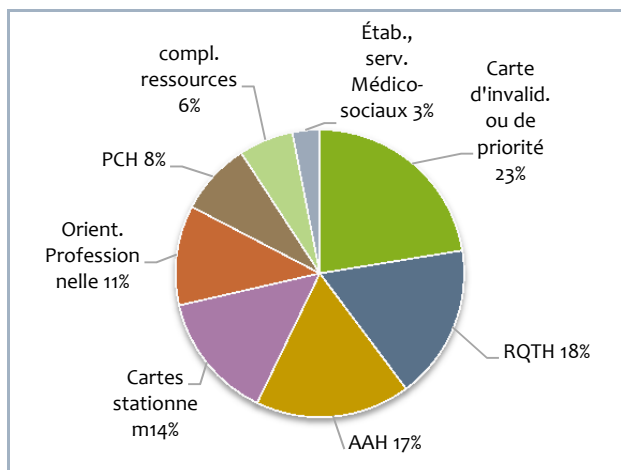
Une illustration en Haute-Garonne de l'évolution des « demandes » de reconnaissance du handicap entre 2006 et 2011

Personnes ayant fait une demande à la MDPH en Haute-Garonne



Sources : Rapport d'activité 2011, MDPH

Répartition des demandes déposées



Sources : Rapport d'activité 2011, MDPH

### Note méthodologique pour une meilleure connaissance des situations de handicap :

Afin d'apprécier l'importance des besoins exprimés, des « demandes » et de l'évolution chaque année du nombre de personnes qui « se sentent en situation de handicap » et s'engagent dans une démarche de reconnaissance (que la réponse soit positive ou non), il faut pouvoir identifier le nombre et la part de ceux qui dont une première demande et calculer :

- le nombre et le taux de personnes déposant une première demande chaque année ainsi que leur évolution,
- le nombre et le pourcentage des différents types de premières demandes et leur évolution.

Afin d'apprécier l'importance des personnes qui ont une « reconnaissance administrative » de leur handicap mais aussi les projections à prévoir, les disparités interdépartementales et les tendances évolutives, il faut pouvoir identifier :

- la prévalence à un instant T :
  - du nombre et du taux de personnes bénéficiant d'au moins un accord à la CDAPH,
  - du nombre et du taux de personnes connues de la MDPH ayant un accord pour : AAH, RQTH, PCH adulte, carte d'invalidité, AEEH, PCH enfant.
- l'incidence (les nouveaux cas chaque année) du nombre et du taux de personnes bénéficiant d'au moins un accord **pour la première fois** dans l'année et le type d'accord (AAHY, RQTH, PCH...) et leur **évolution dans le temps**.

Le profil des adultes en situation de handicap est plus difficile à préciser en raison de la multiplicité des acteurs disposant d'informations qui ne se recoupent pas forcément entre elles.

**Cependant, une analyse des bases de données des MDPH** pour les personnes en situation de handicap « reconnue administrativement » ayant au moins accord permettrait de caractériser cette population en termes d'âge, sexe, localisation, type d'accord, taux d'invalidité...

De même, l'analyse et le suivi des caractéristiques des bénéficiaires de l'AAH, à partir des fichiers de la CAF, permettraient de mieux connaître la composante familiale des bénéficiaires de l'AAH et la proportion de bas revenus.

### POUR EN SAVOIR PLUS :

- BOUVIER G., « L'approche du handicap par les limitations fonctionnelles et la restriction globale d'activité chez les adultes de 20 à 59 ans », INSEE, France, portrait social, édition 2009, 125-142
- DOS SANTOS S., MAKDESSI Y., « Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées » premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008, DREES, Études et résultats n°718 - février 2010
- BOUVIER G. et NIEL X., « Les discriminations liées au handicap et à la santé », INSEE première n°1308 - juillet 2010
- Programme de qualité et d'efficacité « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA », 14/10/2011
- DEMOLY E. « Les demandeurs de l'AAH ». Études et résultats, n° 640, juin 2008
- DEMOLY E. « La réponse à la première demande d'AAH ». Études et résultats, n° 687, avril 2009

## Définitions

**L'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)** pour objet de garantir un revenu minimum d'existence à toute personne handicapée qui ne peut prétendre au titre d'un régime de sécurité sociale, d'un régime de pension de retraite ou d'une législation particulière, à un avantage de vieillesse, d'invalidité ou à une rente d'accident du travail d'un montant au moins équivalent (Art L. 821-1 CSS).

L'AAH est accordée, pour une durée de 1 à 5 ans, sur décision de la CDAPH aux personnes âgées d'au moins 20 ans (et sous certaines conditions à partir de 16 ans), atteintes d'une incapacité permanente égale ou supérieure à 80% (ou de 50% à 80% en cas d'impossibilité de se procurer un emploi) et résidant de façon stable sur le territoire métropolitain (Art. 821-4 CSS). Financée par l'État, l'AAH est versée par la Caisse d'allocations familiales, sous conditions de ressources. Le montant maximum de l'AAH pour une personne seule s'élève à 711,95 € (montant valable jusqu'au 31/03/2011).

Les compléments de l'AAH viennent s'ajouter (sous certaines conditions) :

- Le complément de ressources, qui ajouté à l'AAH, constitue la garantie de ressources pour les personnes handicapées.
- La majoration pour la vie autonome qui se substitue au complément AAH. Cette prestation vise à permettre aux adultes vivant à domicile de couvrir les dépenses supplémentaires qu'elles ont à supporter pour les adaptations nécessaires à une vie autonome. Elle n'est pas cumulée avec le complément de ressources.

Pour en savoir plus : <http://www.caf.fr/wps/portal/particuliers/catalogue/metropole/aah>

**La pension d'invalidité** est un revenu de remplacement qui vise à compenser l'absence de salaire résultant de la perte de capacité de travail ou de gains, due à la maladie ou à un accident non professionnel.

Son attribution est décidée par la Sécurité Sociale sous réserve que les conditions médicales et administratives suivantes soient satisfaites :

- être reconnu invalide à 66% au moins par le médecin conseil de la Sécurité Sociale,
- être âgé de moins de 60 ans,
- avoir été immatriculé à la sécurité sociale au moins 12 mois au 1er jour du mois de l'arrêt de travail suivi d'invalidité,
- justifier au cours des 12 mois précédents la date d'examen du droit de 800 heures de travail salarié ou assimilé dont 200 heures au cours des 3 premiers mois,
- apporter la preuve de la régularité de séjour pour les assurés de nationalité étrangère (hors espace économique européen).

Références : Articles L 341-1 à L 341-4 - R172-16 à R172-21 et R313-1 à R313-17 du code de la sécurité sociale

Source : <http://vosdroits.service-public.fr/F672.xhtml>

**La carte d'invalidité** est délivrée à titre définitif ou pour une durée déterminée par la CDAPH à toute personne dont le taux d'incapacité permanente est au moins de 80% ou qui a été classée en 3ème catégorie de la pension d'invalidité de la sécurité sociale. Cette carte permet notamment d'obtenir une priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, dans des espaces et salles d'attente ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public, tant pour son titulaire que pour la personne qui l'accompagne dans ses déplacements. Elle permet également d'obtenir une priorité dans les files d'attente.

La carte d'invalidité est surchargée d'une mention « besoin d'accompagnement » :

- pour les enfants ouvrant droit au troisième, quatrième, cinquième ou sixième complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ;
- pour les adultes qui bénéficient de l'élément « aides humaines » de la prestation de compensation ou qui perçoivent, d'un régime de sécurité sociale, une majoration pour avoir recours à l'assistance d'une tierce personne, ou qui perçoivent l'allocation personnalisée d'autonomie ou qui bénéficient de l'allocation compensatrice tierce personne.

La mention « cécité » est également apposée sur la carte d'invalidité dès lors que la vision centrale de la personne est inférieure à un vingtième de la normale.

Il existe également une « carte de priorité pour personne handicapée ». Elle remplace la carte « station debout pénible » et donne la priorité dans les files d'attente. Elle est délivrée après évaluation par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.



# Accompagnement médico-social des personnes en situation de handicap

# Accompagnement médico-social des personnes en situation de handicap

Entre 2006 et 2011, et comme en France métropolitaine, le nombre de places pour l'accueil des enfants handicapés de la région a baissé tandis que les capacités en services ont fortement augmenté.

Pour les adultes, si les places en structure ont légèrement augmenté, ce sont les services qui ont fortement progressé.

L'ensemble des établissements et des services de la région s'adressant aux jeunes et aux adultes handicapés offre des capacités d'accueil et de suivi, supérieures à celles offertes en moyenne nationale.

Les disparités interdépartementales sont importantes.

Pour les jeunes handicapés, seul le département du Tarn-et-Garonne est en sous équipement, pour les structures et pour les services, par rapport à la moyenne nationale.

## Chiffres clés Midi-Pyrénées



Près de 7 500 enfants et adolescents accueillis et accompagnés dans les établissements et services médico-sociaux. Parmi eux, près d'1 sur 4, soit 1 800 enfants accompagnés par un Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (Sessad).

Plus de 8 000 adultes en situation de handicap pouvant être accueillis dans des établissements.

Près de 1 800 adultes en situation de handicap pouvant bénéficier d'un accompagnement par des services d'aide à domicile (SAVS).

Des services médico-sociaux (SAMSAH ou SSIAD) pouvant intervenir auprès de 5 000 personnes en situation de handicap.

## Contexte

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 a renforcé la logique d'accès aux droits et services de droit commun dans une logique de citoyenneté et de participation sociale, posant les bases de la compensation individuelle.

Les acteurs publics des secteurs médico-social et sanitaire entre autres sont chargés de développer une offre diversifiée et suffisante dans l'accompagnement et le suivi des personnes à domicile ou en structure.

La loi du 21 juillet 2009 relative à l'hôpital, à la santé et aux territoires (HPST) a confié aux Agences Régionales de Santé (ARS) une compétence large et nouvelle dans le champ médico-social, la région devenant désormais le niveau de droit commun en matière de planification dans ce secteur d'activité.

Ainsi, à la compétence exclusive jusqu'ici reconnue aux Conseils Généraux s'ajoute un deuxième niveau de planification au titre des domaines relevant de la seule compétence de l'ARS, ou de la compétence partagée avec les Conseils Généraux.

Mais la connaissance qualitative et quantitative de l'offre d'établissements et services et des publics qui en

bénéficient reste encore insuffisante compte tenu de la diversité et de l'évolutivité de cette offre en établissements et services médico-sociaux.

Les sources d'informations que constituent les répertoires sont difficiles à maintenir à jour et restent limitées en données qualitatives et par public. Les enquêtes, compte tenu de leur fréquence, ne permettent pas de répondre à tous les besoins d'aide à la décision.

L'objectif principal de ce chapitre est de pouvoir apprécier l'importance et le profil des personnes en situation de handicap accompagnées et prises en charge dans les services et établissements médico-sociaux.

Les indicateurs de l'offre de services et les premiers résultats de l'enquête ES 2010 analysés par l'ARS Midi-Pyrénées et mis à notre disposition permettent de cerner les caractéristiques de l'offre médico-sociale dans la région et des publics accueillis.

Cette présentation n'inclut pas l'offre de soins psychiatriques même si elle est très en lien avec le champ du handicap.

## Les enfants et adolescents

### en situation de handicap dans les établissements et services

Après une orientation prononcée par la CDAPH les enfants et adolescents handicapés peuvent bénéficier des Services d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile (SESSAD) ou être accueillis dans un des établissements médico-sociaux en fonction de leur type de déficience.

Les SESSAD ont pour principale mission de conseiller, d'accompagner la famille et l'entourage, d'aider au développement de l'enfant (notamment psychomoteur), de soutenir et de favoriser l'acquisition de l'autonomie de l'enfant dans ses différents lieux de vie (domicile, crèche, milieu scolaire...). Ils sont organisés en entités autonomes ou sont rattachés à un établissement médico-social.

Différents établissements médico-sociaux existent en fonction du type de handicap :

- les instituts médico-éducatifs pour les déficients intellectuels (IME) ;

- les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) pour enfants ou adolescents présentant des troubles du caractère et du comportement ;
- les établissements d'éducation spéciale (IEM) pour les déficients moteurs ;
- les instituts d'éducation sensorielle pour les déficients visuels (IESDV), auditifs (IESDA) ou les sourds et/ou aveugles ;
- les établissements pour polyhandicapés.

Depuis 2006, pour l'accueil et l'accompagnement des enfants, le nombre de places en établissement a légèrement baissé (101 330 en 2011 contre 107 000 en 2006) tandis que les capacités en services poursuivent leur progression et ont augmenté de 60% (40 408 en 2011 contre 34 000 en 2006).

## Situation en Midi-Pyrénées

### Près de 7 500 enfants et adolescents ont été accueillis en 2010 dans les établissements et services de la région.

- Près de 25% (soit 1 800) étaient suivis ou accompagnés en Sessad.
- Plus de 40% étaient accueillis en Institut Médico-Educatif (IME), soit 3 000 enfants et adolescents.
- Plus de 22% (plus de 1 600) étaient en Institut Thérapeutique Éducatif, Thérapeutique et Pédagogique (ITEP).
- 8,1% (soit 600 enfants et adolescents) étaient suivis dans un Institut pour déficient sensoriel.
- 5,2 (soit 385) dans un Établissement expérimental pour enfance handicapée.

**35% des enfants et adolescents ont moins de 11 ans, 20,8% ont plus de 16 ans.**

**Au 31 décembre 2011**, le taux d'équipement en Sessad était de 3 pour 1 000 enfants de 0 à 19 ans (près de 2 000 places autorisées) [2,6 sur l'ensemble de la France].

Les taux varient de 2,2 dans le Tarn et Garonne à 4,1 dans les Hautes-Pyrénées.

Entre 2006 et 2011, les places en Sessad ont augmenté. Le taux est passé de 2,1 places pour 1 000 à 3 pour 1 000 actuellement.

La capacité totale d'accueil (places autorisées) dans les établissements était de plus de 5 700 places, soit un taux d'équipement de 8,7 pour mille (7,0 en France).

Les disparités sont importantes : de 5,3 dans le Tarn et Garonne à 13,0 dans le Gers.

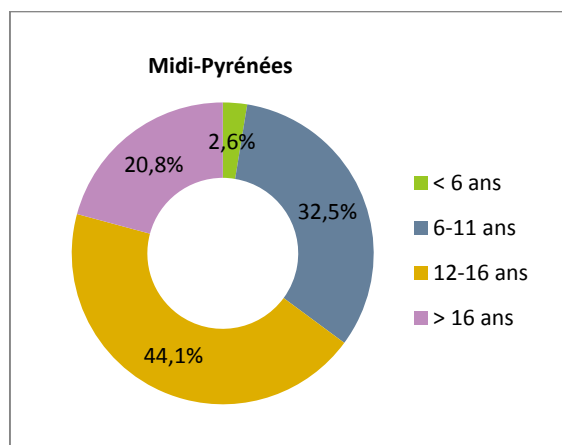
Entre 2006 et 2011, comme dans le reste de la France, le taux d'équipement en structures a baissé, passant de 9,5 à 8,7 pour 1 000.

Nombre d'enfants et adolescents handicapés accueillis dans les établissements et services médico-sociaux par département en 2010

	Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hautes-Pyrénées	Tarn	Tarn-et-Garonne	Midi-Pyrénées
Nombre d'enfants et adolescents de 0 à 19 ans	387	795	3 127	615	332	767	994	457	7 474

Source : Drees – ES 2010-Handicap – Exploitation ARS Midi-Pyrénées

Répartition par âge des enfants et adolescents accueillis dans les établissements et services médico-sociaux



Source : Drees – ES 2010-Handicap – Exploitation ARS Midi-Pyrénées

Nombre et % d'enfants et adolescents handicapés accueillis dans les différents types de structure en 2010

	Nombre	%
IME	3 027	40,5
Sessad	1 792	24,0
ITEP	1 624	21,7
Institut déficient sensoriel	604	8,1
IEM	385	5,2
Etab. exp. enfance handicapée	35	0,5
Etab. enf. ado. polyhandicapés	7	0,1
Total	7 474	100

Source : Drees – ES 2010-Handicap – Exploitation ARS Midi-Pyrénées



Taux d'équipement au 31 décembre 2011 pour 1 000 enfants de 0 à 19 ans (places autorisées)

	IME	ITEP	Instituts Educ. Sensorielle	Instituts Educ. Motrice	Établissements expérimentaux	Total établissements	SESSAD
Ariège	6,5	1,7	0,0	0,0	0,0	8,2	3,9
Aveyron	5,0	2,8	0,8	0,7	0,7	9,9	2,9
Haute-Garonne	3,1	2,7	1,1	1,0	0,2	8,1	3,0
Gers	8,9	4,0	0,0	0,0	0,0	13,0	3,2
Lot	6,5	1,1	0,0	0,0	0,0	7,6	3,9
Hautes-Pyrénées	7,9	3,7	0,0	0,7	0,0	12,3	4,1
Tarn	4,6	2,6	1,1	0,5	0,0	8,8	2,5
Tarn-et-Garonne	3,8	1,0	0,0	0,4	0,0	5,3	2,2
Midi-Pyrénées	4,6	2,6	0,7	0,7	0,1	8,7	3,0
France (au 1er janvier 2010)	nd	nd	nd	nd	nd	6,95	2,6

Sources : ARS Midi-Pyrénées (sous-direction « Parcours de santé »), Insee - Estimation de population au 1<sup>er</sup> janvier 2010, CNSA (données France)  
nd : non disponible

Nombre de places au 31 décembre 2011 pour 1 000 enfants de 0 à 19 ans (places autorisées)

	IME	ITEP	Instituts Educ. Sensorielle	Instituts Educ. Motrice	Établissements expérimentaux	Total établissements	SESSAD
Ariège	212	55	0	0	0	267	128
Aveyron	290	163	45	43	40	581	169
Haute-Garonne	944	809	333	296	60	2 442	893
Gers	351	159	0	0	0	510	127
Lot	233	40	0	0	0	273	140
Hautes-Pyrénées	379	176	0	35	0	590	198
Tarn	386	220	95	42	0	743	214
Tarn-et-Garonne	225	60	0	26	0	311	129
Midi-Pyrénées	3 020	1 682	473	442	100	5 717	1 998

Sources : ARS Midi-Pyrénées (sous-direction « Parcours de santé »), Insee - Estimation de population au 1er janvier 2010

### POUR EN SAVOIR PLUS :

- Les éléments d'un diagnostic partagé sur la santé en Midi-Pyrénées. ARS Midi-Pyrénées, novembre 2011, 264 p.  
<http://www.ars.midipyrenees.sante.fr>

## Définitions

■ **Les Instituts Médico-Éducatifs (IME)** accueillent des enfants et adolescents déficients intellectuels, quel que soit le degré de leur déficience et qui nécessitent une éducation spéciale prenant en compte les aspects psychologiques et psychopathologiques ainsi que le recours, autant que de besoin, à des techniques de rééducation.  
*L 311-1 et L 312-2 (2°) du CASF, Art. D.312-11 à D 312-59 du CASF*

■ **Les Instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques (ITEP)** accueillent des enfants et adolescents aux potentialités intellectuelles et cognitives préservées mais qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbent gravement la scolarisation et l'accès aux apprentissages. Le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé sont nécessaires.  
*CASF, décret n°2005-11 du 6 janvier, art. D.312-59-1 et suivants*

■ **Les établissements pour polyhandicapés** prennent en charge des enfants et adolescents présentant un handicap grave à expression multiple associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation.  
*L 311-1 et L 312-2 (2°) du CASF, Art. D.312-83 à D 312-97 du CASF*

■ **Les Instituts d'Éducation Motrice (IEM)** accueillent des enfants présentant une déficience motrice importante entraînant une restriction extrême de leur autonomie (avec possibilité d'internat, de semi internat et d'externat). Ils mettent également en œuvre une activité d'éducation spéciale et de soins à domicile qui reste toutefois minoritaire.

■ **Les instituts d'éducation sensorielle pour les handicaps auditifs et visuels** sont des établissements de soins et d'éducation spéciale dédiés aux déficiences auditives et aux déficiences visuelles. Les Services d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile (SESSAD) assurent le soutien à l'intégration scolaire et à l'acquisition de l'autonomie, le conseil et l'accompagnement de la famille et de l'entourage en général, l'aide au développement psychomoteur et aux orientations ultérieures. Ils peuvent être généralistes ou dédiés à l'accompagnement des déficiences cognitives, motrices, sensorielles, ainsi qu'à l'accompagnement des troubles du caractère et du comportement. Ils interviennent au domicile familial de l'enfant ou de l'adolescent, mais aussi à la crèche, à l'école, au centre aéré ou encore dans les locaux du SESSAD, si la nature de l'intervention et la proximité s'y prêtent.  
*Source : ARS - STATISS France 2010*

## Les adultes

### en situation de handicap dans les établissements et services

#### Contexte

Suite à une évaluation de la gravité du handicap faite par la MDPH, la CDAPH se prononce pour une orientation de l'adulte handicapé vers une structure adaptée :

- le foyer d'hébergement s'adresse à des travailleurs handicapés (soit en milieu ordinaire, soit en ESAT, soit en centre de rééducation professionnelle), et qui ne nécessitent pas un hébergement médicalisé ;
- le foyer de vie accueille des personnes qui ont un handicap important ne leur permettant pas de travailler mais qui ont toutefois une certaine autonomie dans la vie quotidienne ;
- le foyer d'accueil médicalisé accueille des personnes lourdement handicapées qui ne peuvent exercer une activité professionnelle et qui ont besoin de l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de la vie quotidienne.
- la maison d'accueil spécialisée accueille des personnes lourdement handicapées qui nécessitent à la fois une aide pour les gestes de la vie quotidienne, une surveillance médicale et des soins constants et la pratique d'activités de vie sociales destinées notamment à préserver et améliorer leurs acquis

Pour les personnes handicapées vivant à domicile, les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) proposent un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens personnels (familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels) et facilitent l'accès de l'adulte handicapé à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) accompagnent les personnes dont les déficiences et les incapacités, en sus des interventions des SAVS, nécessitent des soins réguliers et un accompagnement médical et paramédical.

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) interviennent plus particulièrement auprès des personnes âgées mais, avec un agrément particulier, certains interviennent auprès de personnes handicapées de moins de 60 ans.

Depuis 2006, les capacités des services médico-sociaux (SAMSAH et SSIAD) et des services à domicile (SAVS) progressent, ainsi que le nombre de places d'hébergement dans les structures.

#### Situation en Midi-Pyrénées

Au 31.12.2011, la capacité totale d'accueil dans les établissements pour adultes handicapés compte plus de 8 000 places (y compris les foyers d'hébergement), soit un taux d'équipement de 5,4 places pour 1 000 habitants âgés de 20-59 ans (3,9 places pour 1 000 en France métropolitaine). Ce taux varie de 8,5 places pour 1 000 dans le Gers, à 3,9 places pour 1 000 en Haute-Garonne. La capacité des SAVS et SAMSAH est de 2 000 places, soit un taux de 1,4 places pour 1 000 adultes de 20-

59 ans, variant de 2,4 places pour 1 000 dans les Hautes-Pyrénées, à 1,4 dans le Lot.

Entre 2006 et 2011, le taux d'équipement en structures d'hébergement est passé de 4,9 places pour 1 000 habitants âgés de 20-59 ans à 5,4 places pour 1 000.

Le nombre de place en SSIAD a fortement augmenté entre 2006 et 2011 (de 44 à 239), le taux passant de 0 à 0,2 place pour 1 000 habitants âgés de 20-59 ans.

Nombre de places et taux d'équipement dans les structures et services pour adultes handicapés en Midi-Pyrénées en 2011

Au 31 décembre 2011		Ariège	Aveyron	Haute-Gne	Gers	Lot	Htes-Pyrén.	Tarn	Tarn-et-Gne	Midi-Pyr.	France métrop.
<b>Structures</b>	M.A.S	99	232	687	171	107	293	188	131	<b>1 908</b>	22 815
	Taux*	1,3	1,7	1,0	1,9	1,3	2,6	1,0	1,0	<b>1,3</b>	0,8
	F.A.M.	128	62	522	188	20	248	120	135	<b>1 423</b>	18 863
	Taux*	1,7	0,5	0,8	2,1	0,2	2,2	0,7	1,1	<b>1,0</b>	0,6
	Foyer de Vie	53	185	890	169	217	75	573	345	<b>2 513</b>	45 269
	Taux*	0,7	1,4	1,3	1,9	2,6	0,7	3,1	2,8	-	1,4
	<b>Ensemble</b>	280	479	2105	528	344	616	881	611	<b>5 814</b>	-
	Taux*	3,7	3,6	3,0	5,8	4,1	5,4	4,8	5,0	<b>3,9</b>	-
	Foyer d'héberg.	185	332	611	245	246	245	201	190	<b>2 255</b>	39 990
	Taux*	2,4	2,5	0,9	2,7	2,9	2,2	1,1	1,6	<b>1,5</b>	1,2
<b>Services</b>	SSIADPH**	13	16	70	29	28	22	26	35	<b>239</b>	5 497
	Taux*	0,2	0,1	0,1	0,3	0,3	0,2	0,1	0,3	<b>0,2</b>	0,2
	SAVS	89	211	501	160	82	274	325	137	<b>1 729</b>	-
	Taux*	1,2	1,6	0,7	1,8	1,0	2,4	1,8	1,1	<b>1,2</b>	-
	SAMSAH	30	30	119	10	30	5	28	20	<b>272</b>	-
	Taux*	0,4	0,2	0,2	0,1	0,4	0,04	0,2	0,2	<b>0,2</b>	-

\* nombre de places pour 1 000 personnes âgées de 20-59 ans

\*\* Service de soins infirmiers à domicile pour adultes handicapés

Sources : Drees, ARS, Finess, Insee - Exploitation Orsmip

# Accès à la scolarisation

- Les enfants et les adolescents en situation de handicap dans les établissements scolaires
- Les enfants scolarisés dans les établissements médico-sociaux
- Les étudiants en situation de handicap

# Les enfants et les adolescents dans les établissements scolaires

Entre 2006 et 2011, le nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés dans les établissements scolaires dans la région a été multiplié par 2,5. La progression rapide de cette population soulève la question de leur insertion professionnelle à l'issue de leur scolarisation et témoigne de besoins jugés prioritaires par l'ensemble des partenaires pour adapter le dispositif d'accompagnement.

## Chiffres clés Midi-Pyrénées



**Plus de 9 000 enfants handicapés** dans les établissements scolaires en 2010-2011, soit 2,1% des élèves du 1<sup>er</sup> degré et 1,6% des élèves du 2<sup>d</sup> degré.

**78%** des enfants handicapés fréquentent une classe ordinaire.

Parmi les enfants handicapés du 1<sup>er</sup> degré, **73%** souffrent d'un trouble intellectuel ou mental et cette part est de **70,2%** pour les enfants du 2<sup>nd</sup> degré.

**27%** des enfants handicapés scolarisés sont accompagnés d'un AVS, plus souvent dans le 1<sup>er</sup> degré (37%) que dans le 2<sup>nd</sup> (11%).

Source : Rectorat de l'Académie de Toulouse

## Contexte

Le droit d'inscrire à l'école tout enfant qui présente un handicap constitue l'une des évolutions fondamentales de la loi du 11 février 2005. La scolarisation en milieu ordinaire est posée comme principe, c'est-à-dire dans un établissement de l'Éducation Nationale. On parle de milieu ordinaire quel que soit l'enseignement dispensé (ordinaire ou adapté) et le type de scolarisation (individuel ou collectif). Pour atteindre cet objectif chaque enfant handicapé peut bénéficier d'un Plan personnalisé de scolarisation (PPS) qui définit les modalités de déroulement de sa scolarité et notamment les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant à des besoins particuliers. Le PPS détermine également les aides humaines (accompagnement par un auxiliaire de vie scolaire) et techniques nécessaires au bon suivi de la scolarité comme l'attribution de matériel pédagogiques destinés à compenser son handicap. Validé par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ce plan est élaboré en lien avec les familles par les équipes pluridisciplinaires de la MDPH. Une équipe de suivi de scolarisation animée par l'enseignant référent dont dispose chaque enfant est chargée de la cohérence et de la continuité de la mise en œuvre du PPS.

### **Plus de 201 000 élèves en situation de handicap en France étaient accueillis dans les écoles et les établissements scolaires en 2010-2011.**

Ils représentaient 1,8% des effectifs du premier degré et 1,3% du second degré. 69% d'entre eux fréquentaient une classe ordinaire alors que les autres étaient scolarisés en intégration collective dans les classes d'inclusion scolaire du premier degré (CLIS) ou dans les unités pédagogiques d'intégration (UPI) devenues unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS). Toutes modalités de scolarité confondues les élèves souffrant d'un trouble intellectuel ou mental ou de troubles du langage constituaient 75,6% des effectifs.

### **Plus de 78 100 enfants et adolescents en situation de handicap étaient scolarisés en établissements hospitaliers ou dans des établissements médico-sociaux en 2010-2011, soit 28,6% de l'ensemble des 278 800 enfants en situation de handicap scolarisés.**

De nombreux jeunes handicapés bénéficient également d'une formation initiale par l'apprentissage (cf. chapitre suivant) : 100 contrats d'apprentissage concernant de jeunes handicapés ont reçu le soutien de l'AGEFIPH en 2010 en Midi-Pyrénées.

## Situation en Midi-Pyrénées

### La scolarisation dans les établissements scolaires des enfants en situation de handicap

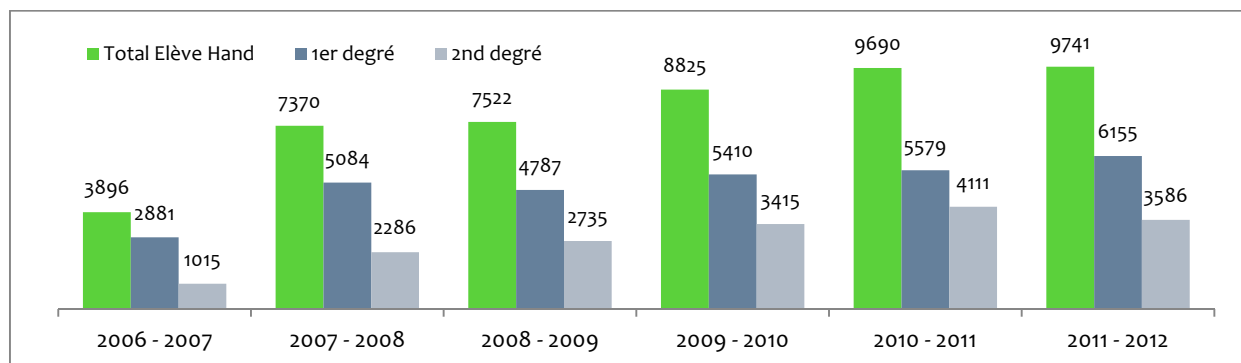
Depuis 2006, la scolarisation des enfants en situation de handicap dans les établissements scolaires de la région a considérablement augmenté, passant de 4 000 élèves en 2006 à plus de 9 000 en 2010.

Durant l'année scolaire 2010-2011, **plus de 5 500 élèves** en situation de handicap étaient scolarisés dans les **classes**

**du 1<sup>er</sup> degré**, soit 2,1% de l'ensemble des enfants scolarisés en maternelle et dans les classes élémentaires.

Parmi eux, 26% étaient en scolarisation collective dans les classes d'intégration scolaire (CLISS).

Évolution du **nombre d'élèves** en situation de handicap entre 2006 et 2012



Source : Rectorat de l'Académie de Toulouse

Nombre d'élèves du **1<sup>er</sup> degré** en situation de handicap en 2010-2011 selon les établissements

2010-2011	Élèves handicapés du 1 <sup>er</sup> degré	dont élèves handicapés		dont en CLIS*
		Maternelle	École élément.	
Ariège	308	47	261	96
Aveyron	700	181	519	164
Haute-Garonne	2 109	420	1 689	496
Gers	388	70	318	111
Lot	351	65	286	100
Hautes-Pyrénées	381	58	323	140
Tarn	811	170	641	181
Tarn-et-Garonne	531	129	402	164
Midi-Pyrénées	5 579	1 140	4 439	1 452

Cf définition en fin de chapitre

Source : Rectorat de l'Académie de Toulouse – Exploitation Orsmip

Nombre d'élèves du **2<sup>d</sup> degré** en situation de handicap en 2010-2011 selon les établissements

2010-2011	Élèves hand. du 2 <sup>d</sup> degré	Élèves handicapés					EREA
		Collège	dont en Ulis	Lycée général	Lycée prof.	dont en Ulis	
Ariège	235	170	41	9	21	0	35
Aveyron	495	427	41	33	26	7	9
Haute-Garonne	1 189	970	117	70	128	30	21
Gers	426	336	49	60	30	0	0
Lot	330	258	22	41	31	0	0
Hautes-Pyrénées	232	205	101	15	12	3	0
Tarn	430	393	77	10	27	5	0
Tarn-et-Garonne	258	228	91	12	18	10	0
Midi-Pyrénées	3 595	2 987	539	250	293	55	65

Cf définition en fin de chapitre

Source : Rectorat de l'Académie de Toulouse – Exploitation Orsmip

**Plus de 3 600 élèves** en situation de handicap étaient scolarisés dans les collèges (2 987) ou dans les lycées (543), dont 18,3% en scolarité collective.

**Les disparités entre les départements sont importantes.** Le taux de scolarisation des enfants en situation de handicap dans les établissements scolaires variant de 1,8% à 2,8% en primaire et de 1,1% à 3,1% dans le second degré.

**37,1% des élèves en situation de handicap en primaire et 11,2% dans le secondaire sont accompagnés par une auxiliaire de vie scolaire.** Les disparités entre les départements sont aussi importantes : de 24,3% à 54,2% dans le 1<sup>er</sup> degré ; de 4,3% à 31,5% au 2<sup>d</sup> degré.



Nombre et % d'enfants accompagnés d'une **auxiliaire de vie scolaire (AVS)** dans le 1<sup>er</sup> et 2<sup>d</sup> degré en 2010-2011 en Midi-Pyrénées

	1 <sup>er</sup> degré*	2 <sup>d</sup> degré **
Enfants handicapés	5579	3387
Avec AVS	2069	379
<b>% AVS</b>	<b>37,1</b>	<b>11,2</b>

\* 1<sup>er</sup> degré : maternelle et école primaire

\*\* 2<sup>d</sup> degré : Collège, Lycée général et Lycée professionnel

Source : Rectorat de l'Académie de Toulouse – Exploitation Orsmip

L'analyse des écarts entre les départements reste complexe. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces disparités : les caractéristiques du dispositif des services et établissements médico-sociaux dans chaque département, la plus ou moins grande proximité des lieux de

scolarisation et de prise en charge médico-sociale, les critères et les modalités de décisions dans les MDPH, les pratiques et les logiques professionnelles mises en œuvre dans chacun des départements.

## Les types de handicaps des enfants scolarisés dans les établissements scolaires

**Les troubles intellectuels et les troubles du psychisme sont retrouvés dans 60% des cas dans le 1<sup>er</sup> degré et dans 36% des cas dans le 2<sup>d</sup> degré.** Si l'on inclut la part des enfants dont la déficience a été identifiée comme trouble du langage et de la parole la proportion des enfants présentant un trouble mental passe à près de 70% au premier et second degré. Ces troubles sont la 1<sup>ère</sup> cause de déficience ; leur codification semble beaucoup varier selon

les départements. L'ensemble de ces troubles recouvrent des situations de nature et de gravité très diverses. Plus de 630 enfants soit 6% des enfants en situation de handicap présentent des troubles viscéraux regroupant différentes maladies somatiques chroniques. La proportion de ce type de déficience est aussi très variable selon les départements témoignant de recours et de pratiques professionnelles différentes.

Enfants et adolescents scolarisés selon le **type de déficience**

	2010-2011		2009-2010*				2009-2010*	
	1 <sup>er</sup> degré		Collège SEGPA		Lycée		2 <sup>d</sup> degré	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Troubles intellectuels et cognitifs	2 174	39,0	294	10,4	30	5,3	324	9,6
Troubles du psychisme	1 203	21,6	836	29,7	76	13,4	912	26,9
Troubles du langage et de la parole	692	12,4	978	34,7	165	29,0	1 143	33,7
Troubles auditifs	147	2,6	72	2,6	54	9,5	126	3,7
Troubles visuels	89	1,6	78	2,8	27	4,7	105	3,1
Troubles viscéraux	305	5,5	166	5,9	88	15,5	254	7,5
Troubles moteurs	336	6,0	198	7,0	98	17,2	296	8,7
Plusieurs troubles associés	451	8,1	168	6,0	26	4,6	194	5,7
Autres troubles	182	3,3	28	1,0	5	0,9	33	1,0
<b>Ensemble des élèves handicapés</b>	<b>5 579</b>	<b>100,0</b>	<b>2 818</b>	<b>100,0</b>	<b>569</b>	<b>100,0</b>	<b>3 387</b>	<b>100,0</b>

\* données 2010-2011 en cours d'exploitation

Source : Rectorat de l'Académie de Toulouse - Exploitation Orsmip

Répartition des déficiences des enfants scolarisés dans le 1<sup>er</sup> degré en 2010-2011 dans les départements

	Ariège	Aveyron	Hte-Gne	Gers	Lot	Htes-Pyr	Tarn	Tarn-et-Gar
Troubles intellectuels et cognitifs	27,9	29,1	38,5	30,2	37,6	50,4	47,6	46,0
Troubles du psychisme	18,5	9,3	29,3	17,5	21,7	22,8	15,4	20,3
Troubles du langage et de la parole	15,6	16,0	11,2	7,5	7,1	14,4	13,6	14,3
Troubles auditifs	2,3	1,4	2,7	2,8	4,0	2,1	2,7	3,6
Troubles visuels	0,3	1,3	2,0	1,0	2,6	0,3	1,8	1,3
Troubles viscéraux	1,9	20,9	1,0	18,8	13,4	0,8	0,2	1,3
Troubles moteurs	2,6	7,0	5,9	5,9	10,3	2,4	8,1	4,0
Plusieurs troubles associés	8,1	9,4	7,2	16,2	3,1	6,6	8,8	7,3
Autres troubles	22,7	5,6	2,2	0,0	0,3	0,3	1,7	1,9
Ensemble des élèves handicapés	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Rectorat de l'académie de Toulouse - Exploitation Orsmip

Répartition des déficiences des adolescents scolarisés dans le 2<sup>d</sup> degré en 2010-2011 dans les départements

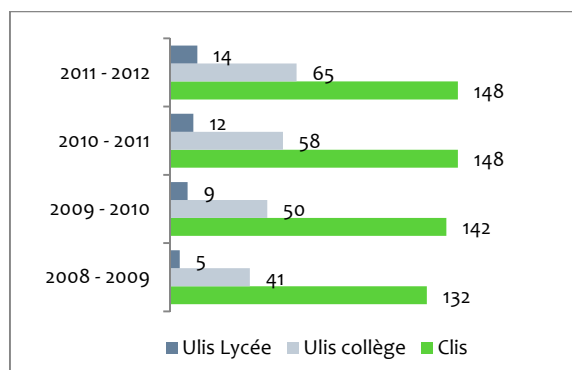
	Ariège	Aveyron	Hte-Gne	Gers	Lot	Htes-Pyr	Tarn	Tarn-et-Gar
Troubles intellectuels et cognitifs	8,3	8,2	14,3	6,1	9,1	13,6	4,5	11,6
Troubles du psychisme	24,1	12,8	47,1	9,6	11,8	25,0	21,7	33,3
Troubles du langage et de la parole	25,3	40,3	16,1	52,3	46,5	33,6	47,0	18,4
Troubles auditifs	6,6	2,4	4,6	0,7	1,2	5,0	3,8	8,2
Troubles visuels	3,3	3,7	4,6	1,2	1,6	0,0	2,1	5,4
Troubles viscéraux	2,1	23,4	1,0	18,5	13,8	2,1	1,4	2,7
Troubles moteurs	1,7	7,6	7,8	7,7	13,8	12,9	11,4	9,5
Plusieurs troubles associés	26,1	1,5	3,6	4,0	1,6	2,1	7,0	10,9
Autres troubles	2,5	0,0	0,9	0,0	0,8	5,7	1,2	0,0
Ensemble des élèves handicapés	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Rectorat de l'académie de Toulouse - Exploitation Orsmip

## L'évolution du dispositif de scolarisation collective dans la région

**En 2011-2012, la région compte 227 dispositifs de scolarisation collective : 148 CLIS et 79 ULIS (65 en lycées et 14 en collèges).**

Évolution des dispositifs collectifs d'inclusion au sein de l'académie



Source : Académie de Toulouse

En trois ans, la progression de ces dispositifs a été de +12% pour les CLIS et de 72% pour les ULIS (58,5% pour les collèges et +180% dans les lycées).

Mais les disparités entre les départements restent importantes.

	Nb CLIS	CLIS pour 1000 élèves elem.	ULIS Collège	ULIS pour 1000 élèves collège	ULIS lycée profes.	ULIS pour 1000 lycéens
2009-2010						
Ariège	10	1,193	3	0,44		0,00
Aveyron	17	1,133	4	0,34	1	0,12
Hte-Garonne	52	0,716	16	0,28	5 +1*	0,13
Gers	12	1,161	4	0,47		0,00
Lot	7	0,763	3	0,41		0,00
Htes-Pyrénées	14	1,118	6	0,59		0,00
Tarn	16	0,728	7	0,41	1	0,08
Tarn et Gne	14	0,896	7	0,61	1	0,14
Midi-Pyrénées	142	0,86	50	0,39	9	0,09

\* lycée général  
Source : Académie de Toulouse

L'ensemble de ces indicateurs permet d'attirer l'attention sur plusieurs constats mis en avant par les professionnels intervenant en milieu scolaire.

Depuis 2007, le développement considérable de la scolarisation dans les établissements scolaires des élèves en situation de handicap s'est réalisé à tous les niveaux d'enseignement. On notera cependant la diminution très importante du nombre d'élèves en situation de handicap entre le collège et le lycée, de 2 800 élèves à 570 élèves. Ces ruptures de parcours entre collège et lycée, puis entre lycée et enseignement supérieur posent le problème du devenir de ces jeunes sortis du système scolaire et de leur accompagnement.

De façon plus générale, la progression rapide de la population en situation de handicap scolarisée rend de plus en plus prégnante la question de leur insertion professionnelle à l'issue de la scolarisation.

Cette question est au cœur d'une réflexion animée par l'Académie de Toulouse réunissant l'ensemble des partenaires afin de concevoir le dispositif d'accompagnement répondant aux besoins de ces populations et d'établir l'articulation entre les établissements scolaires et les entreprises.

Une convention, signée entre l'Académie de Toulouse, le PRES Université de Toulouse, l'ONISEP, le Ministère du Travail (DIRECCTE) et plusieurs grands groupes toulousains, illustre la dynamique d'action en cours et la volonté de mettre en place une politique cohérente et efficace.

Cette convention vise les objectifs suivants :

- la progression rapide de la demande d'inclusion, en milieu ordinaire, d'élèves handicapés,
- la réduction des ruptures de parcours constatées, particulièrement entre collège et lycée puis entre lycée et enseignement supérieur,
- l'augmentation dans l'enseignement supérieur du nombre d'étudiants handicapés, faible cependant au regard de la population initiale,
- la promotion de l'insertion professionnelle de jeunes adultes handicapés à un haut niveau de qualification, à travers la volonté des entreprises,
- la multiplicité d'initiatives de qualité mises en œuvre aux diverses étapes de parcours qui, faute de coordination, ne permet pas d'asseoir une politique cohérente et efficace.

## POUR EN SAVOIR PLUS :

La scolarisation des enfants et adolescents handicapés. Ph. Espagnol, DREES, Études et résultats n° 564, mars 2007

## Définitions

### L'enseignement adapté dans le second degré

**Les Sections d'Enseignement Général et Professionnel Adapté (SEGPA)** accueillent des élèves présentant des difficultés scolaires graves et durables auxquelles n'ont pu remédier les actions de prévention, d'aide et de soutien et l'allongement des cycles. Les SEGPA offrent une prise en charge globale dans le cadre d'enseignements adaptés, fondée sur une analyse approfondie des potentialités et des lacunes de ces élèves.

*Cf. Circulaire n°2006-139 du 29 août 2006 et circulaire n°2009-060 du 24 avril 2009*

**Les Établissements Régionaux d'Enseignement Adapté (EREA)** ont pour mission de prendre en charge des adolescents en grande difficulté scolaire et sociale, ou présentant un handicap. Les orientations des élèves en EREA sont effectuées par la CDAPH pour les élèves présentant un handicap moteur ou sensoriel et par la commission départementale d'orientation vers les enseignements adaptés du second degré (CDO) pour les élèves présentant des difficultés scolaires graves et durables.

*Cf. circulaire n°95-127 du 17-5-1995 (BO n°22 du 1-6-1995)*

### La scolarisation collective

**La Classe d'Intégration Scolaire (CLIS)** est une classe de l'école et son projet est inscrit dans le projet de l'école. Elle a pour mission d'accueillir de façon différenciée dans certaines écoles élémentaires ou exceptionnellement maternelles, des élèves en situation de handicap afin de leur permettre de suivre totalement ou partiellement un cursus scolaire ordinaire. C'est la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées qui propose l'orientation en CLIS dans le cadre du projet personnalisé de scolarisation. L'effectif de ces classes est limité à un maximum de 12 enfants. Il existe quatre catégories de CLIS destinées à accueillir des enfants atteints de troubles des fonctions cognitives ou mentales (CLIS 1), d'un handicap auditif (CLIS 2), d'un handicap visuel (CLIS 3) ou d'un handicap moteur (CLIS 4).

*BO n°31 du 27 août 2009 - circulaire n°2009-087 du 17-7-2009*

**L'Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS)** : ce dispositif s'adresse à des collégiens et lycéens qui ne sont pas en mesure de bénéficier d'un enseignement ordinaire. Encadrés par un enseignant spécialisé, ils reçoivent un enseignement adapté qui met en œuvre les objectifs prévus par le projet personnalisé de scolarisation (PPS). L'inscription d'un élève handicapé dans un établissement scolaire au titre d'une ULIS nécessite obligatoirement une décision de la CDAPH.

*Circulaire n°2010-088 du 18 juin 2010*

### Les types de déficiences des enfants scolarisés

**Modalités utilisées pour classer les « troubles ou atteintes » principales de l'enfant** : troubles des fonctions cognitives, troubles psychiques, troubles spécifiques des apprentissages (dyslexie, dysphasie, dyspraxie), troubles des fonctions motrices, troubles des fonctions viscérales, métaboliques ou nutritionnelles, troubles des fonctions visuelles, troubles des fonctions auditives, plusieurs troubles associés, autres types de troubles.

# Les enfants et les adolescents scolarisés dans les établissements médico-sociaux

Entre 2006 et 2010, le nombre et la part des enfants et adolescents scolarisés exclusivement dans une unité d'enseignement des établissements médico-sociaux diminue.

## Chiffres clés Midi-Pyrénées



En 2010, **près de 3 800 enfants** en situation de handicap étaient scolarisés exclusivement en unité d'enseignement présente dans les établissements médico-sociaux (non compris les établissements hospitaliers).

**Près de 800 enfants** en situation de handicap pris en charge dans les établissements et services médico-sociaux n'étaient pas scolarisés (2010).

Source : ARS – ES 2010

## Contexte

Quand la situation de l'enfant ou adolescent n'est pas compatible avec une scolarisation en milieu ordinaire, il est orienté vers une structure médico-éducative ou hospitalière qui offre une prise en charge globale.

Les enquêtes ES « handicap » réalisées en 2006 et en 2010 permettent de dresser le profil des personnes présentes dans ces établissements et services médico-sociaux et d'apprécier notamment le type de scolarisation des enfants et adolescents accueillis dans ce dispositif. Parmi ces informations, l'importance et l'évolution du nombre et de la part des enfants bénéficiant uniquement d'un temps de scolarisation au sein d'une unité d'enseignement (UE) dans les établissements ou services médico-

sociaux et de ceux qui ne sont pas scolarisés sont **des indicateurs complémentaires** à ceux présentés dans le chapitre précédent qui concerne les enfants en situation de handicap scolarisés dans les établissements scolaires à temps complet ou partiel, en scolarisation individuelle ou collective.

Ces indicateurs permettent aussi d'apprécier l'importance des jeunes en établissement médico-social qui ne bénéficient pas d'un temps de scolarisation. C'est le cas en particulier des enfants les plus lourdement handicapés et notamment les jeunes polyhandicapés ou des enfants qui sont éloignés de l'apprentissage scolaire par manque de places dans les structures adaptées.

## Situation en Midi-Pyrénées

	2006		2010	
	Nombre	%	Nombre	%
Non scolarisés	889	12,6	778	10,6
Exclusivement scolarisés dans l'établissement d'éducation spéciale	3 948	56,0	3 783	51,6
Autres modes scolarisation	2 216	31,4	2 765	37,7
Ensemble des enfants pris en charge dans les établissements ou services	7 053	100,0	7 326	100,0

Source : DREES ES-Handicap 2010. Calculs ARS Midi-Pyrénées

En 2010, la part des enfants non scolarisés parmi les enfants pris en charge dans un établissement ou service médico-social s'établit à 10,6%, soit près de 780 enfants. Celle des enfants scolarisés uniquement dans l'établissement médico-social s'établit à plus de 51,6%, soit près de 3 800 enfants et adolescents.

Les disparités entre les départements sont relativement importantes.

Ces disparités s'observent aussi selon la catégorie d'établissement en lien avec le profil des enfants accueillis.

Près de 57% des enfants scolarisés exclusivement dans un établissement médico-social sont accueillis dans un Institut médico-éducatif (IME), près de 29% sont pris en

charge dans les Instituts d'éducation thérapeutique, éducative et pédagogique (ITEP) accueillant des enfants présentant des troubles du comportement malgré des capacités intellectuelles normales ou quasi-normales.

Entre 2006 et 2011, le nombre et la part des enfants scolarisés uniquement dans l'établissement d'éducation spéciale diminuent. Cette tendance est corrélée avec l'augmentation observée du nombre de jeunes handicapés scolarisés en milieu ordinaire.

Cet indicateur illustre les évolutions de la politique de scolarisation des enfants handicapés et de la priorité donnée à leur intégration dans les établissements d'enseignement ordinaire de l'Éducation Nationale.

Répartition des 3 783 enfants et adolescents scolarisés exclusivement dans un établissement médico-social selon le type d'établissement

	SESSAD	IME	ITEP	Polyhandicap	Instituts Educ. Motrice	Instituts Educ. Sensorielle	Établissements expérimentaux	Total étab.
Nombre	4	2 149	1 091	-	205	318	16	3 783
%	0,1	56,8	28,8	-	5,4	8,4	0,4	100,0

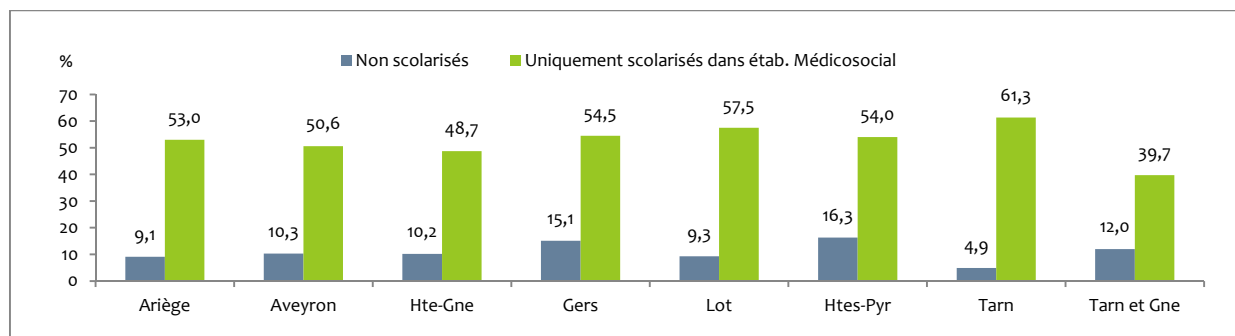
Source : DREES ES-Handicap 2010. Calculs ARS Midi-Pyrénées

Nombre et % des enfants non scolarisés ou uniquement scolarisés dans un établissement médico-social sur l'ensemble des enfants pris en charge

	Non scolarisés		Uniquement scolarisés dans un établissement	
	nombre	%	nombre	%
Ariège	35	9,1	205	53,0
Aveyron	82	10,3	402	50,6
Haute-Garonne	319	10,2	1520	48,7
Gers	93	15,1	335	54,5
Lot	31	9,3	191	57,5
Hautes-Pyrénées	125	16,3	413	54,0
Tarn	44	4,9	555	61,3
Tarn-et-Garonne	49	12,0	162	39,7

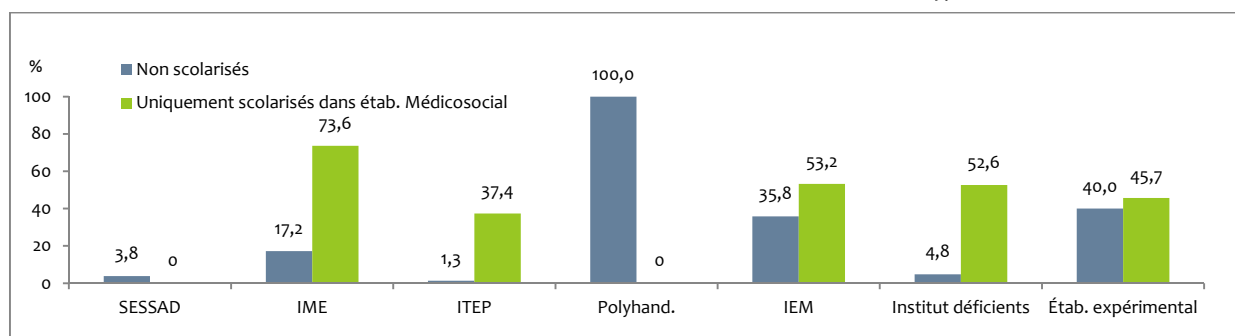
Source : DREES ES-Handicap 2010. Calculs ARS Midi-Pyrénées

% des enfants non scolarisés ou uniquement scolarisés dans un établissement médico-social sur l'ensemble des enfants pris en charge



Source : DREES ES-Handicap 2010. Calculs ARS Midi-Pyrénées

% des enfants non scolarisés ou exclusivement scolarisés dans un établissement médico-social selon le type d'établissement



Source : DREES ES-Handicap 2010. Calculs ARS Midi-Pyrénées

# Les étudiants

## en situation de handicap

### Situation en Midi-Pyrénées

Près de 700 étudiants en situation de handicap étaient inscrits dans l'enseignement supérieur pour l'année universitaire 2009-2010 en Midi-Pyrénées, soit une part de 5,9 pour 1 000 sur l'ensemble des étudiants. Midi-Pyrénées fait partie des 10 régions françaises où cette part est des plus élevées.

Parmi ces étudiants, 30,7% sont atteints de troubles intellectuels et mentaux (26,9% en moyenne en France), 26% d'une déficience physique (38% en France) et 21% d'un handicap temporaire (9% en France).

Nombre et part des étudiants handicapés dans l'enseignement supérieur dans la région et en France

Année universitaire 2009-2010	Handicapés 2009-2010	Étudiants** 2009-2010	Part (pour 1 000 étudiants)
Midi-Pyrénées	668	113651	5,9
France	10259	2324217	4,4

Source : Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche - Exploitation Orsmip

Effectif des étudiants handicapés dans l'enseignement supérieur en Midi-Pyrénées selon le type de déficience

Année universitaire 2009-2010	Nombre	%	% France
Déficience visuelle	35	5,2	9,5
Déficience auditive	41	6,1	6,9
Troubles moteurs	96	14,4	21,8
Troubles intellectuels et cognitifs	6	0,9	1,7
Troubles psychiques	61	9,1	11,1
Troubles viscéraux	53	7,9	11,6
Trouble du langage et de la parole	138	20,7	14,1
Plusieurs Troubles Associés	18	2,7	3,5
Autres troubles	80	12,0	10,5
Handicap Temporaire	140	21,0	9,4
<b>TOTAL GENERAL 2009-2010</b>	<b>668</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Source : Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche - Exploitation Orsmip

#### POUR EN SAVOIR PLUS :

Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche. Édition 2011. Ministère de l'Éducation Nationale



# Accès à l'emploi et à la formation

- Les reconnaissances de travailleurs handicapés
- Les personnes handicapées en emploi en milieu ordinaire de travail
- Les personnes handicapées en milieu de travail protégé
- L'insertion et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap
- Les demandeurs d'emploi en situation de handicap
- L'accès à la formation professionnelle

# Emploi et formation

D'après l'enquête Handicap et Santé, on peut estimer que 6% des personnes entre 15 et 64 ans ont potentiellement droit à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés. 2,6% des emplois dans les établissements de la région sont occupés par les travailleurs handicapés ; 4,9% dans la fonction publique.

**L'accès aux formations de la Région pour les personnes en situation de handicap continue de progresser.**

Le nombre de demandeurs d'emploi travailleurs handicapés augmente.

## Chiffres clés Midi-Pyrénées



**Plus de 15 000 personnes** en situation de handicap bénéficient de l'obligation d'emploi dans les établissements de 20 salariés ou plus (10 000) ou dans la fonction publique (5 100).

**Plus de 1 000 emplois** occupés par des personnes en situation de handicap dans les 31 entreprises adaptées de la région.

**5 200 personnes** en situation de handicap accueillies dans les 61 ESAT.

**Près de 17 000 demandeurs d'emploi** en situation de handicap en 2011.

Sources : AGEFIPH, AGEFIPH, Conseil Régional

## Contexte

**Selon l'enquête Handicap et Santé, en 2008 en France, 2,5 millions de personnes âgées de 15 à 64 ans vivant à domicile déclaraient avoir une reconnaissance administrative de leur handicap ouvrant potentiellement droit à l'obligation d'emploi de travailleur handicapé (OETH) selon la loi du 11 février 2005, soit 6% de cette tranche d'âge.**

Cette population est plus masculine (56% contre 49% pour l'ensemble des 15-64 ans), plus âgée (50% ont plus de 50 ans contre 29% pour l'ensemble des 15-64 ans). La moitié ne possède aucun diplôme ou le seul BEPC contre moins d'un tiers pour l'ensemble des 15-64 ans.

Ces personnes reconnues handicapées sont peu présentes sur le marché du travail : 46% sont actives contre 71% pour l'ensemble de la population entre 15 et 64 ans et leur taux de chômage est en 2008 le double de celui de la

population active (22% contre 10%). Elles ont plus souvent une qualification d'ouvriers ou employés et sont plus souvent à temps partiel (25% contre 16%).

Parmi les personnes reconnues handicapées qui sont inactives alors qu'elles ont déjà travaillé et qui ne sont pas retraités, les trois quarts attribuent leur départ ou la perte de leur dernier emploi à un problème de santé, un accident, ou un travail usant. Les trois quart aussi se disent inaptes au travail et ne souhaitent pas retravailler. Le suivi des chiffres de l'emploi et du chômage des personnes handicapées (AGEFIPH, DIRECTE) permet par ailleurs d'établir qu'en France **2,8% des salariés** dans les établissements du secteur privé soumis à l'obligation d'emploi **sont des personnes reconnues handicapées et 7,1% de l'ensemble des demandeurs d'emploi sont des demandeurs d'emploi travailleurs handicapés.**

## Situation en Midi-Pyrénées

### Les reconnaissances de travailleurs handicapés

Depuis la loi de 2005, la MDPH est chargée de la définition du projet de vie de la personne, incluant la dimension professionnelle, avec notamment la désignation d'un référent pour l'insertion professionnelle. Elle est ainsi la porte d'entrée principale pour aider la personne à définir son besoin et à l'orienter dans son parcours professionnel.

En 2010, **19 200 accords de RQTH** ont été prononcés pour la 1<sup>ère</sup> fois ou en renouvellement par les CDAPH des huit départements de la région.

À titre d'illustration, 29 795 personnes en 2011 avaient des droits ouverts de RQTH, soit 3,5% de la population de 15 à 64 ans.

En 2010	Ariège	Aveyr.	Hte-Gne	Gers	Lot	Htes-Pyr	Tarn	Tarn-et-Gar	Midi-Pyrénées
Nombre de personnes ayant pour la 1 <sup>ère</sup> fois ou en renouvellement une RQTH	936	1 394	8 810	1 191	1 174	1 620	2 447	1 626	19 198

### Les personnes handicapées en emploi en milieu ordinaire de travail

**Plus de 10 000 personnes bénéficiaient de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) dans les 3 800 établissements de plus de 20 salariés assujettis en 2008.**

Pour remplir leur obligation, ces établissements devraient employer 17 687 bénéficiaires. Le **taux d'emploi des travailleurs handicapés** en équivalent temps plein parmi les effectifs salariés **était de 2,6%** (pour 8 500 emplois en EQTP) et variait de 1,8% en Haute-Garonne à 3,5% dans les Hautes-Pyrénées.

Ces travailleurs handicapés sont majoritairement des hommes, plus de 40% ont 50 ans et plus (23% en moyenne nationale), 48,5% sont ouvriers (57% au niveau national). 70% ont une RQTH délivrée par la CDAPH. Les victimes d'accident de travail ou maladie professionnelle représentent 16,3% de ces travailleurs ; 1,9% ont une carte d'invalidité.

**Plus de 5 100 personnes** bénéficiaient début 2009 de l'obligation d'emploi dans la fonction publique de Midi-Pyrénées, soit un taux de 4,9% (4,0% en moyenne nationale). Leur moyenne d'âge est élevée (83% ont plus de 40 ans), 58,4% sont des femmes et 49% bénéficient d'une RQTH.

18 459 contrats aidés ont été réalisés en 2011.

Ces contrats s'adressent aux personnes sans emploi rencontrant des difficultés sociales et professionnelles

3% en moyenne de ces contrats étaient destinés aux personnes en situation de handicap, soit **plus de 600 personnes**.

**En 2011, près de 1 000 emplois (EQTP)** étaient occupés par des personnes en situation de handicap travaillant dans l'une des **31 entreprises adaptées de la région**. Ces entreprises adaptées (EA) (anciennement ateliers protégés) sont des entreprises à part entière, employant au moins 80% de travailleurs handicapés.

	Ariège	Aveyron	Hte-Gne	Gers	Lot	Htes-Pyr	Tarn	Tarn-et-Gar	Midi-Pyr.
% des bénéficiaires de l'OETH dans les établissements assujettis (2008)	3,5	3,2	1,8	2,6	2,8	3,0	3,2	3,2	<b>2,6</b>
Nombre et % de BOE dans la fonction publique (2009)	268 4,8	400 4,7	2 427 5,0	305 4,2	250 4,6	517 5,3	642 5,4	353 4,5	<b>5 161 4,9</b>

Source : DIRECCTE données DOETH brutes, FIPHFP rapport d'activité local 2010

#### Aides au poste en entreprises adaptées (EQTP)

	Ariège	Aveyron	Haute-Gne	Gers	Lot	Hautes-Pyr	Tarn	Tarn-et-Gar	Midi-Pyr.
2010	73.3	112	491.8	4	109.6	26.5	69.7	31.1	<b>918</b>
2011	74.3	116.5	498	4.5	112	18	70.2	34.4	<b>928</b>

Source : Direccte Midi-Pyrénées

## Les personnes handicapées en milieu de travail protégé

**En 2011, 61 ESAT dans la région pouvaient accueillir 5 200 personnes en situation de handicap.**

Dans ces structures de travail adapté (anciennement Centre d'aide par le travail CAT), les personnes en situation de handicap exercent une activité professionnelle dans des conditions de travail aménagées et bénéficient d'un soutien médicosocial et psychoéducatif. Ce sont des

établissements médico-sociaux ayant des activités à caractère professionnel.

Le taux d'équipement régional de 3,5 places pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans ne diffère pas de la moyenne nationale. Les disparités interdépartementales sont importantes : de 2,5 places en Haute-Garonne à 5,8 places dans les Hautes-Pyrénées.

#### Places dans les établissements et services d'aide par le travail (ESAT)

ESAT	2008		2011		Taux d'équipement pour 1000 personnes de 20-59 ans 2011
	Nombre d'établissements	Places installées	Nombre d'établissements	Places installées	
Ariège	5	320	5	336	4,4
Aveyron	8	549	8	563	4,2
Haute-Garonne	19	1730	17	1760	2,5
Gers	6	352	7	376	4,1
Lot	5	326	5	335	4,0
Hautes-Pyrénées	6	655	5	662	5,8
Tarn	7	734	7	750	4,1
Tarn et Garonne	7	418	7	429	3,5
Midi-Pyrénées	63	5 084	61	5211	3,5
France métropolitaine	1 325	108 225	1 322	112612	3,4

Source : DREES, ARS, FINESSE

## L'insertion et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap

**Les placements réalisés par Cap emploi**

La mission des Cap emploi est l'accompagnement et le placement durable des travailleurs handicapés sur le marché du travail. Présentes au niveau départemental, ces structures travaillent en lien avec les CDAPH, Pôle emploi, les missions locales et l'ensemble des partenaires

concernés par l'emploi des personnes handicapées. Ces structures sont financées par l'Agefiph, le FIPHP et Pôle emploi au titre de la cotraitance.

En 2011, le réseau Cap emploi a contribué à 4 680 placements dans la région dont 55% pour des contrats de plus de 6 mois.

2011	Ariège*	Aveyron	Hte-Gne**	Gers	Lot	Htes-Pyr	Tarn	Tarn-et-Gar***	Midi-Pyr.
Placements Cap emploi	309	280	1 264	301	355	249	1 410	512	<b>4 680</b>
Placements publics de 3 mois et plus	262	231	1 074	245	225	248	459	414	<b>3 158</b>

\* y compris le Comminges ; \*\* hors le territoire de l'agence Pôle emploi ; \*\*\* y compris Saint-Alban  
Source : Parcours H, Agefiph

**Les Services d'appui au maintien dans l'emploi par le réseau (SAMETH)**

Ils ont pour mission d'aider les employeurs publics ou privés et les salariés à trouver une solution sur-mesure de maintien dans l'entreprise quand apparaît une inadéquation entre l'état de santé du salarié et son poste de travail.

En 2011, 873 personnes ont été maintenues dans l'emploi grâce au réseau Sameth. Les disparités départementales sont importantes : le taux de maintien dans l'emploi varie de 59,7 pour 100 000 accompagnements dans la Haute-Garonne à 113 pour 100 000 accompagnements dans le Gers.

	Ariège	Aveyron	Hte-Gne	Gers	Lot	Htes-Pyr	Tarn	Tarn-et-Gar	Midi-Pyr.
Nombre de maintien Sameth	44	82	347	77	46	93	110	74	<b>873</b>
Nombre de maintien Sameth pour 100 000 actifs en emploi	81.9	74.5	59.7	113.0	72.0	102.0	83.4	87.7	<b>73.7</b>

Dans tableau de bord AGEFIPH Midi-Pyrénées.2011

## Les demandeurs d'emploi en situation de handicap

**Depuis plusieurs années, le nombre de demandeurs d'emploi travailleur handicapé augmente et cette hausse est plus importante que pour l'ensemble des demandeurs d'emploi.**

Fin septembre 2011, 18 139 demandeurs d'emploi étaient en situation de handicap (DETH catégorie A, B, C) soit 8,9% de l'ensemble des demandeurs d'emploi. La hausse du nombre de DETH sur un an est importante (+26,2%) comparativement au tout public (5,9%) et particulièrement en Haute-Garonne (38%) et dans le Tarn et Garonne (33,8%). Cette hausse s'accompagne d'une part élevée de demandeurs d'emploi de 50 ans et plus : 40%

(19% pour l'ensemble des demandeurs d'emploi), des chômeurs de longue durée : 51% (38% pour l'ensemble).

Ces demandeurs d'emploi handicapés ont un niveau de qualification plus faible, 39% sont manœuvres, OS ou ouvriers non qualifiés (29% pour l'ensemble des demandeurs d'emploi); leur niveau de formation est inférieur au CAP pour 24% d'entre eux (15% pour l'ensemble des demandeurs).

Entre 2008 et 2011 dans la région, le nombre de demandeurs d'emploi handicapés a augmenté de 56% (37% pour l'ensemble des demandeurs d'emploi).

**Demandeurs d'emploi handicapés fin septembre 2011\***

	Ariège	Aveyron	Hte-Gne	Gers	Lot	Htes-Pyr	Tarn	Tarn-et-Gar	Midi-Pyr.	France
DEFM handicapés	1264	1511	6859	1138	1300	1547	2834	1675	<b>18139</b>	<b>284764</b>
% sur l'ensemble des DEFM tous publics	11.4	11.8	6.9	11.9	12.6	10.0	10.4	9.2	<b>8.9</b>	<b>6.3</b>

Source : AGEFIPH - Tableau de bord n°14, bilan fin décembre 2011  
\* hors les bénéficiaires de l'AAH seule

## L'accès à la formation professionnelle

En 2010, plus de 1700 personnes en situation déclarée de handicap sont entrées en formation dans le cadre d'un Programme régional de formation professionnelle **conduit par la Région, soit 7,1% des stagiaires** entrés en formation (contre 4% en 2007).

Cette même année, près de 3700 personnes en situation de handicap ont bénéficié d'actions de formation financées ou cofinancées par l'Agefiph.

En 2011, le nombre de stagiaires en situation de handicap inscrits dans le programme régional de formation

professionnelle est passé à plus de 2 200 personnes, soit 9,2% de l'ensemble des stagiaires (24 800).

Parmi l'ensemble de ces personnes en situation de handicap :

- plus de 200 ont moins de 26 ans, soit 9,5% des stagiaires de moins de 26 ans,
- près de 1 470 ont entre 26 et 50 ans, soit 65,7% des stagiaires de cette tranche d'âge,
- et 564 ont entre 50 et 65 ans, soit plus de 25,3% de cette tranche d'âge.

Entrées en formation 2010	PH	Tous publics	Part Ph
<b>Centre de rééducation professionnelle et Centre de pré orientation</b>	<b>770</b>		
<b>Conseil Régional</b>	<b>1 729</b>	<b>24 289</b>	<b>7,2%</b>
dont dispositif d'accès à la qualification	617	5 499	11,2%
dont actions de qualification	1 116	18 336	6,1%
dont formations en accès individuel	24	811	3,0%
<b>AFPA 2010</b>	<b>375</b>	<b>6 118</b>	<b>13,0%</b>
<b>Agefiph</b>	<b>3 749</b>		
dont bilan et orientation professionnelle et mobilisation, remise à niveau	1 970		
dont pré qualifiant, qualifiant et professionnalisant	1512		
dont alternance et apprentissage	267		
<b>Apprentissage</b>	<b>96</b>		
<b>Professionalisation adulte et professionnalisation jeunes</b>	<b>171</b>		

Sources : AGEFIPH, Conseil Régional

Programme Régional de Formation Professionnelle 2011 - **Stagiaires handicapés** en 2011 par département d'origine

	Ariège	Aveyron	Hte-Gne	Gers	Lot	Htes-Pyr	Tarn	Tarn-et-Gar	Autres	Total
Nombre de stagiaires handicapés	114	201	923	132	112	164	355	204	27	<b>2 232</b>

Source : Conseil Régional Midi-Pyrénées

Programme Régional de Formation Professionnelle 2011 - **Stagiaires handicapés** en 2011 selon l'âge

	De 16 à 18 ans	De 18 à 26 ans	De 26 à 50 ans	De 50 à 65 ans	Total
Stagiaires en situation de handicap	9	192	1 466	564	2 232
Ensemble des stagiaires	424	7 667	14 092	2 614	24 797

Source : Conseil Régional Midi-Pyrénées

**POUR EN SAVOIR PLUS :**

- L'emploi des travailleurs handicapés en Midi-Pyrénées dans les établissements de 20 salariés ou plus en 2008. Préfecture-Région, CARIF OREF, Septembre 2011.
- Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique. Rapport d'activité local 2010. Région Midi-Pyrénées.
- Panorama Formation –Emploi des personnes handicapées en Midi-Pyrénées. CARIF OREF, AGEFIPH, Région, octobre 2011.
- La situation sur le marché du travail en 2008 des personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap. Dares Analyses n°040, juin 2011.

## Définitions

Depuis la loi du 11 février 2005, bénéficient de **l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH)** :

- les travailleurs reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) (code du travail, art 5213-1),
- les titulaires d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10%,
- les titulaires d'une pension d'invalidité, attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics, à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain,
- les bénéficiaires des emplois réservés (code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, art. L.394, L.395 et L.396),
- les titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité attribuée aux sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service,
- les titulaires de la carte d'invalidité (CASF, art. L. 241-3),
- les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés.

Les personnes en situation de handicap peuvent accéder au statut de bénéficiaire de l'obligation d'emploi par l'intermédiaire des décisions de deux organismes essentiellement : la CDAPH au sein des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) et les organismes de sécurité sociale.

En matière d'insertion professionnelle, les personnes handicapées obtenant **la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et/ou la carte d'invalidité (CIN)** peuvent bénéficier des mesures suivantes :

- l'orientation, par la CDAPH, vers une entreprise adaptée (anciennement « ateliers protégés »), un établissement et service d'aide par le travail (anciennement « centre d'aide par le travail ») ou une formation (stage en centre de formation ordinaire ou spécialisé, contrat d'apprentissage...);
- le soutien du réseau de placement spécialisé Cap Emploi ;
- l'obligation d'emploi définie par la loi du 10 juillet 1987 et modifiée en dernier lieu par la loi du 11 février 2005 ;
- l'accès à la fonction publique par concours, aménagé ou non, ou par recrutement contractuel spécifique ;
- les aides de l'AGEFIPH.

En matière de formation professionnelle, les personnes handicapées ont accès à l'ensemble des dispositifs ouverts aux salariés et aux demandeurs d'emploi. Ces dispositifs peuvent être aménagés afin de favoriser leur insertion ou leur réinsertion professionnelle, leur maintien dans l'emploi et le développement de leurs compétences.

Parmi les aménagements prévus, il faut citer :

- le contrat de rééducation professionnelle pour les assurés sociaux qui ne peuvent plus exercer leur activité professionnelle en raison d'un handicap. Ce contrat, d'une durée déterminée comprise entre trois mois et un an, comprend une formation ;
- le contrat d'apprentissage aménagé. Les CDAPH orientent sur ce type de contrat les personnes dont elles ont reconnu la qualité de travailleur handicapé. La durée maximale du contrat est portée à quatre ans (contre trois pour les autres stagiaires) et la limite d'âge supérieure est fixée à trente ans (contre vingt-cinq ans pour les autres).

**Les CDAPH** décident d'autres formes d'orientations vers la formation professionnelle :

- vers un stage dans un centre de pré orientation, d'une durée de huit à douze semaines, lorsque l'orientation professionnelle présente des difficultés. La personne handicapée est mise dans des situations de travail très différentes. Elle est informée des perspectives professionnelles de chacun des métiers pour élaborer un projet professionnel en lien avec les services de l'ANPE ;
- vers un stage de rééducation professionnelle en centre de rééducation professionnelle, sur demande de la personne handicapée. Dans un environnement médico-social adapté, celle-ci suit une formation d'une durée de dix à trente mois avec la possibilité d'être rémunérée. Elle peut bénéficier de la prime de reclassement à l'issue du stage.



# Participation à la vie sociale

- | Sport, activité physique et handicap
- | Participation aux activités de la vie quotidienne et à la vie sociale, et qualité de vie d'enfants paralysés cérébraux

# Sport, activité physique et handicap

Une offre de pratique diversifiée proposée par la Ligue Handisport et Sport Adapté.

Des actions d'information auprès de la personne en situation de handicap et de son entourage et de formation de l'encadrement signalés par les ligues et comités régionaux sont nécessaires pour renforcer l'accès aux pratiques sportives.

## Chiffres clés Midi-Pyrénées



En 2011 :

1 282 licenciés déclarés en Handisport répartis dans 80 clubs (42 associations Handisport, 38 sections de clubs sportifs valides).

341 licenciés font de la compétition sportive.

3825 licenciés déclarés en Sport Adapté répartis dans 75 clubs dont 1 409 qui font de la compétition.

1 784 licenciés au sein des ligues et comités régionaux.

## En Midi-Pyrénées

Deux fédérations spécifiques (Fédérations délégataires chargées des sports) organisent la pratique sportive pour les personnes en situation de handicap : la Fédération Française Handisport (FFH) et la Fédération Française du Sport Adapté (FFSA) qui concerne les personnes en situation de handicap mental ou psychique.

À travers 34 disciplines organisées en commissions de loisirs, de compétitions et de pleine nature dont 6 prioritaires (tennis de table, athlétisme, cyclisme, basket-ball, natation et ski), la FFH propose un projet pour chaque licencié adapté à sa pathologie, ses besoins et ses envies. En 2011, elle a accueilli, en 2011, 1 282 licenciés en situation de handicap.

À travers plus de 20 disciplines sportives, individuelles, collectives, d'oppositions, la FFSA permet une pratique compétitive, non compétitive ou de loisirs, selon les désirs et les capacités des personnes, et a accueilli 3 825 licenciés en situation de handicap en 2011.

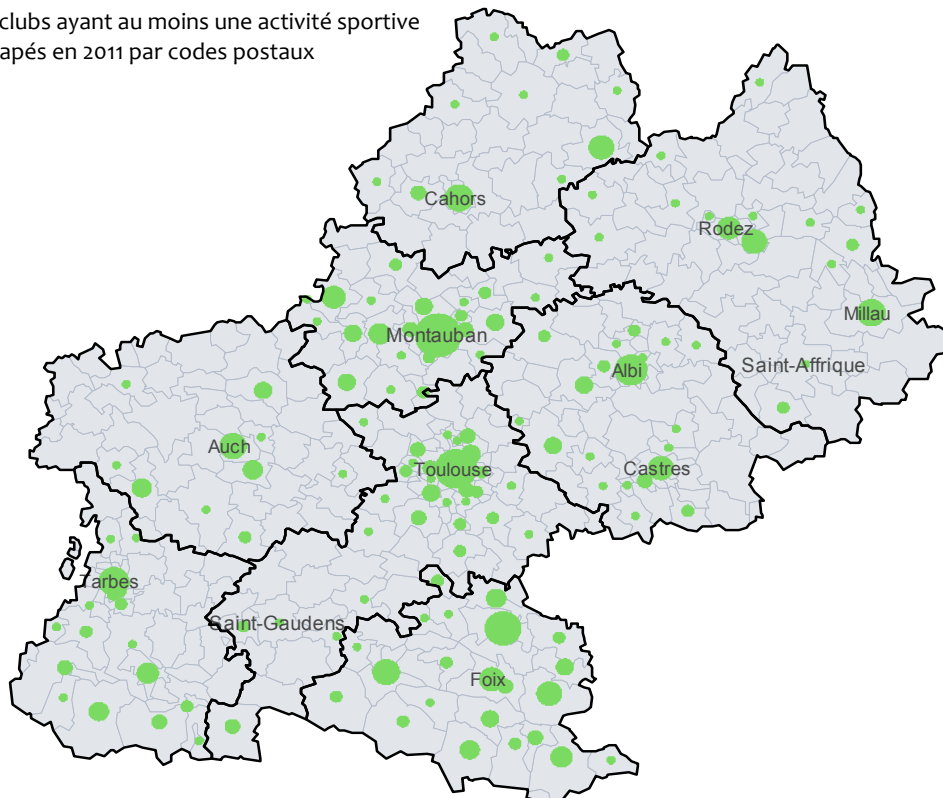
Une enquête réalisée en 2011 par la DRJSCS auprès des comités régionaux et ligues de Midi-Pyrénées (hors ces

fédérations) a permis de dresser un bilan sur l'offre de pratique physique et sportive sur le territoire régional au sein des ligues et des comités régionaux.

55 ligues et comités régionaux ont participé à l'enquête. Un sur deux déclare avoir un référent handicap au sein de la structure, seulement 12% présentent des informations en direction des personnes en situation de handicap sur leur site internet. **1 784 licenciés sont répartis dans 469 clubs**, 267 font de la compétition. 40 clubs seulement étaient inscrits sur Handiguide.

Les principaux freins évoqués par ces acteurs pour favoriser l'accessibilité à la pratique physique et sportive aux personnes en situation de handicap concernent : la méconnaissance du public en situation de handicap, le manque de formation de l'encadrement bénévole et professionnel, l'accessibilité des lieux de pratiques, le coût du matériel spécifique, la difficulté à communiquer sur l'offre de pratique auprès des personnes en situation de handicap.

Nombre de clubs ayant au moins une activité sportive pour handicapés en 2011 par codes postaux



Source : Enquête DRJSCS, décembre 2011, Handiguide – Exploitation Orsmip

	Nombre de clubs par départements
Ariège	89
Aveyron	41
Haute-Garonne	76
Gers	30
Lot	31
Hautes-Pyrénées	46
Tarn	51
Tarn et Garonne	91

Source : Enquête DRJSCS et Handiguide – exploitation Orsmip

**POUR EN SAVOIR PLUS :**

Guide répertoriant les associations sportives pouvant accueillir les personnes en situation de handicap.

[www.handiguide.gouv.fr](http://www.handiguide.gouv.fr)

# La qualité de vie, la participation aux activités de la vie quotidienne et à la vie sociale des enfants paralysés cérébraux

Les deux registres de handicaps de l'enfant (en Haute-Garonne et en Isère) ont participé à un **projet de recherche européen, SPARCLE**, afin de mesurer la participation aux activités quotidiennes, à la vie sociale et scolaire, aux activités de loisirs et la qualité de vie ressentie des enfants, pour identifier les facteurs de l'environnement physique, social et attitudinal permettant une participation et une qualité de vie optimale pour les enfants atteints de paralysie cérébrale. Cette déficience est la plus fréquente des déficiences motrices de l'enfant entraînant des limitations fonctionnelles de sévérité variable. Elle concerne 1 naissance sur 500. Le nombre d'enfants atteints de pathologie cérébrale ne diminue pas en raison de l'augmentation des naissances prématurées.

Ces enfants ont souvent des handicaps associés aux troubles moteurs, leurs opinions peuvent refléter celles d'une population plus large d'enfants en situation de handicap.

Leur situation en termes d'éducation, de relations sociales et de perspectives d'emploi reste souvent plus défavorable comparativement aux autres enfants.

77 enfants et leur famille ont été interrogés en Haute-Garonne. 42% avaient une déficience motrice de faible gravité (marche possible), sans troubles sévères associés. 23% présentaient des déficiences très sévères (déficience motrice sévère associée à une ou plusieurs autres déficiences sévères : intellectuelles, troubles sévères de la vision ou de l'audition, épilepsie sévère, trouble de la communication ou de l'alimentation). 35% présentaient des troubles modérés.

La participation a été mesurée en faisant référence à la réalisation par l'enfant des actes de la vie quotidienne (alimentation, hygiène, soins corporels, vie au domicile, mobilité, communication) et aux rôles sociaux qu'il est capable d'exercer avec ses pairs ou des adultes : à la maison, à l'école ou dans ses activités de loisirs.

Afin de servir de support à une réflexion collective sur ce thème, nous reproduisons ici les éléments de conclusion retenus et publiés par les auteurs de la recherche\*.

**\* Influence des conditions de vie sur la qualité de vie et la participation d'enfants paralysés cérébraux. Projet européen SPARCLE. Résultats en Haute-Garonne. Juin 2009. Sous la direction du Dr Catherine Arnaud, UMR-INSERM 1027, UPS Toulouse**

## « L'essentiel »

---

- **La mobilité est difficile, avec ou sans assistance, dans près de 9 cas sur 10.**

**Moins d'1 enfant sur 5 participe sans difficulté ou sans aide à des activités de loisirs.**

L'absence de possibilité d'autonomie dans les situations de la vie quotidienne et les difficultés d'implication dans la vie communautaire ou les loisirs sont très fréquemment soulignées par les familles.

Les enfants qui participent peu aux activités quotidiennes participent également peu à la vie sociale.

Le niveau de participation est lié à la sévérité de la déficience motrice : plus la capacité motrice est limitée, moins l'enfant participe.

La présence d'autres déficiences diminue encore cette participation.

- **La participation des enfants varie selon la région dans laquelle ils habitent.**

A sévérité égale, les enfants atteints de paralysie cérébrale vivant en France participent significativement moins aux activités courantes de la vie que les enfants des autres régions, notamment ceux vivant au Danemark.

Dans la plupart des domaines, les enfants atteints de paralysie cérébrale ont des fréquences de participation inférieures à celles observées dans la population générale. Les écarts observés sont d'ampleur différente selon les régions mais la Haute-Garonne fait partie des régions où ces écarts sont les plus importants.

- **Globalement, les enfants qui peuvent s'exprimer rapportent une qualité de vie proche de celle de leurs pairs non handicapés.**

Une plus grande sévérité des déficiences n'est pas toujours synonyme d'altération de la qualité de vie.

En dehors du bien-être physique, les aspects de la qualité de vie les plus souvent altérés concernent le soutien social et les relations avec les pairs.

- **En revanche, la douleur est un facteur limitant constamment retrouvé.**

3 enfants sur 4 souffrent de douleurs ; 1 sur 5 rapporte le vécu de douleurs fortes en fréquence et en intensité au cours des 4 semaines précédant l'enquête.

La douleur limite la participation de l'enfant aux activités quotidiennes et sociales, indépendamment de la sévérité de la déficience.

La douleur diminue également la qualité de vie de l'enfant, et ce dans tous les domaines.

- **Le bien-être des parents est fortement corrélé au bien-être de leur enfant.**

L'aide aux familles constitue le domaine où les besoins ressentis sont les plus importants.

Ce soutien concerne bien entendu les professionnels mais l'aide informelle est également sollicitée.

- **Dans cette population, le besoin d'une accessibilité des lieux publics est rappelé.**

Comparativement aux enfants vivant dans les autres régions européennes, les enfants résidant en Haute-Garonne et leurs familles rencontrent plus souvent des obstacles dans leur environnement immédiat.

Certains besoins, notamment en termes d'accessibilité et de services à la personne, exprimés par un grand nombre de familles, sont majoritairement non satisfaits.

En conclusion, les auteurs de la recherche attirent l'attention sur plusieurs points :

- La proportion importante des familles pour lesquelles les questions d'accessibilité et d'adaptation des équipements au handicap de l'enfant restent une préoccupation majeure.
- La fréquence avec laquelle l'enfant ou les parents rapportent l'existence de douleurs et l'impact de ces douleurs sur le bien-être devraient inciter à être plus attentif à cet aspect de leur handicap.
- Le travail qui reste à accomplir pour améliorer la disponibilité des dispositifs d'aide aux familles : aides techniques et humaines mais aussi soutien aux familles.

# Annexes

- Sources de données  
et informations mobilisées

## Sources de données et informations mobilisées.

Source	Indicateurs	Intérêt / limites
Registre des handicaps de l'enfant En Haute-Garonne : RHE31 En Isère : RHEOP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévalence des enfants ayant au moins une déficience sévère</li> <li>- Prévalence par type de déficience sévère : motrice, intellectuelle, visuelle, auditive</li> <li>- Prévalence des enfants atteints de TED dont autisme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissance de la fréquence et nature des déficiences sévères.</li> <li>- Estimation régionale et départementale du nombre d'enfants atteints de déficiences sévères</li> </ul>
CNAF - CAF - MSA	Nombre et taux des enfants et jeunes de moins de 20 ans bénéficiaires de l'AAEH	Connaissance de la prévalence des enfants « reconnus » en situation de handicap et percevant une aide pour compenser (sans conditions de ressources).
CG/MDPH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre et taux des enfants et jeunes de moins de 20 ans ayant déposé une demande à la MDPH en 2010 (1<sup>ère</sup> demande ou renouvellement)</li> <li>- Nombre d'accords annuels des différentes prestations (AAEH...)</li> </ul>	<p>Importance et évolution des personnes en situation de « handicap ressenti » à l'échelle départementale en « <b>demande de reconnaissance</b> » et importance des situations ayant bénéficié d'une reconnaissance selon le type d'accord.</p> <p>Mais ces indicateurs ne correspondent pas à l'ensemble des enfants connus par la MDPH (prévalence), ni au flux annuel des nouveaux cas (incidence).</p>
Enquête Handicap-Santé (HSM-Insee-Drees, 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Limitation fonctionnelle physique ou cognitive</li> <li>Restriction d'activité</li> <li>« Gradient d'autonomie »</li> </ul>	<p>Mesure systématique des limitations fonctionnelles et des facteurs environnementaux freinant ou favorisant la réalisation systématique des activités de la vie quotidienne « la restriction d'activité ».</p> <p>Absence de données locorégionales : données de cadrage seulement.</p>
CAF - MSA	Nombre et taux de bénéficiaires de l'AAH	Apprécier la localisation, l'importance, et l'évolution du nombre de personnes de 20 à 59 ans en situation de handicap et disposant de faibles ressources (minima social versé sous conditions de ressources).
CNAMTS Échelon régional du service médical	Nombre et taux d'assurés du régime général percevant une pension d'invalidité ou une rente d'invalidité pour accident du travail ou maladie professionnelle.	Importance et évolution du nombre de personnes percevant un revenu visant à compenser l'absence de salaire résultant de la perte de capacité au travail (reconnues invalides à 66% et sous réserve des conditions administratives satisfaites).
CG/MDPH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre et taux des personnes de 20 ans et plus ayant déposé une demande à la MDPH en 2010 (1<sup>ère</sup> demande ou renouvellement)</li> <li>- Nombre d'accords annuels des différentes prestations</li> </ul>	<p>Importance et évolution des personnes en situation de handicap ressenti à l'échelle départementale en « demande de reconnaissance ».</p> <p>Mais les demandes et les accords pour une année donnée ne correspondent pas à l'ensemble des enfants connus par la MDPH (prévalence), ni au flux annuel des nouveaux cas (incidence).</p>



Source	Indicateurs	Intérêt / limites
Enquête Drees ES 2010 exploitation ARS Midi-Pyrénées, premiers résultats	Enfants et adolescents présents dans les établissements et les services au 31 décembre 2010	Importance, profil et évolution des enfants et adolescents en situation de handicap bénéficiant d'un accompagnement médico-social dans un établissement ou un service d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD)
Finess –Finat 2010 Ars Midi-Pyrénées	Places et taux d'équipement pour personnes en situation de handicap : enfants de 0 à 19 ans, adultes de 20 à 59 ans	Analyse de l'offre d'équipement et de services, de son évolution et des disparités départementales
Rectorat Toulouse	Nombre et taux d'enfants scolarisés dans les établissements scolaires en Midi-Pyrénées	Importance et évolution de l'accès à la scolarisation en milieu ordinaire
Rectorat Toulouse	Types de déficience des enfants scolarisés dans les établissements scolaires	Importance relative des différents types de déficience mais variation importante pouvant correspondre à des codifications et des pratiques professionnelles très hétérogènes.
Rectorat Toulouse	Nombre et taux d'enfants handicapés accompagnés d'une auxiliaire de vie scolaire (AVS)	Importance et évolution des modalités d'accompagnement des élèves handicapés scolarisés
Rectorat Toulouse	Caractéristiques du dispositif de scolarité collective	Apprécier la multiplicité et la diversité des structures possibles de scolarisation
Drees ES2010 ARS Midi-Pyrénées Effectifs et % des enfants scolarisés exclusivement dans les services et établissements médico-sociaux par type d'établissements	Effectifs et % des enfants scolarisés exclusivement dans les services et établissements médico-sociaux par type d'établissements	Caractéristiques et évolution des enfants scolarisés exclusivement dans les établissements et services médico-sociaux et modalités de scolarisation,
Drees ES2010 ARS Midi-Pyrénées	Effectifs et % des enfants non scolarisés	Importance des situations de handicap les plus graves liés au polyhandicap notamment.
Enquête HSM 2008 Insee-Drees	% des personnes entre 15-64 ans ayant une reconnaissance administrative de leur handicap ouvrant potentiellement droit à une OETH	Donnée de cadrage issue de l'enquête nationale traduisant l'importance et les caractéristiques des personnes qui doivent pouvoir bénéficier d'une OETH
MDPH	Nombre de personnes ayant eu pour la première fois ou en renouvellement une RQTH une année donnée	Importance annuelle et évolution des accords pour RQTH, mais ne traduit pas la prévalence à un instant t des RQTH ni leur incidence annuelle
Directe-Doeth FIPHFP (Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique)	Nombre et % des personnes bénéficiant de l'OETH dans les établissements de plus de 20 salariés assujettis et dans la fonction publique	Importance, évolution et caractéristiques des personnes handicapées en situation d'emploi.
Drees- ARS Finess	Nombre d'ESAT et nombre de personnes handicapées en milieu de travail protégé	Importance, évolution des personnes handicapées en milieu de travail protégé

Source	Indicateurs	Intérêt / limites
AGEFIPH	Accompagnement Cap-Emploi Maintien dans l'Emploi SAMETH	Importance des mesures d'insertion et de maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap
AGEFIPH	Demandeurs d'emploi en situation de handicap	Importance, évolution et caractéristiques des demandeurs d'emploi en situation de handicap
AGEFIPH -CONSEIL REGIONAL	Nombre de personnes en situation de handicap entrées en formation	Accès à la formation professionnelle