

N° 216 • janvier 2003

*La scolarisation est, pour les enfants et adolescents handicapés comme pour les autres, un enjeu-clé de leur insertion sociale. L'état des lieux présenté ici est issu d'un rapprochement des données statistiques des ministères de l'Éducation nationale et des Affaires sociales effectué dans le cadre du plan Handiscol'. Environ 52 000 enfants et adolescents handicapés sont intégrés individuellement, c'est-à-dire scolarisés dans une classe non spécialisée d'un établissement ordinaire. Si, dans le premier degré, il s'agit en majorité d'enfants atteints de déficiences mentales ou psychiques, celles-ci deviennent minoritaires, chez les enfants handicapés allant au collège et au lycée. Les classes ou unités spécialisées accueillent environ 50 000 enfants et adolescents handicapés : en moyenne plus âgés que les autres, ils ont souvent un retard scolaire important. La quasi-totalité fréquente une classe d'intégration scolaire, dans le premier degré. Les unités pédagogiques d'intégration, destinées à couvrir le champ du second degré, sont en effet encore peu nombreuses. Enfin, quand la scolarisation en milieu ordinaire n'est pas possible, les structures médico-sociales offrent une prise en charge globale, qui concerne 115 000 enfants. 58 % y sont scolarisés à temps plein ; l'intégration scolaire partielle ou totale dans un établissement de l'Éducation nationale, plus fréquente en cas de déficience sensorielle, concerne 17 % d'entre eux. Près du quart ne sont pas scolarisés, proportion qui atteint 94 % en cas de polyhandicap et 78 % en cas de retard mental profond et sévère.*

**Élise de LACERDA, Christophe JAGGERS**  
Ministère de l'Éducation nationale, DPD  
**Hélène MICHAUDON, Christian MONTEIL**  
**et Christophe TRÉMOUREUX**

Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité  
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées  
DREES

## La scolarisation des enfants et adolescents handicapés

**S**elon l'enquête « Handicaps-incapacités-dépendance » (HID) de l'INSEE, 26 % des personnes de 20 ans et plus hébergées dans des établissements pour adultes handicapés<sup>1</sup> (hors établissements psychiatriques) déclarent avoir interrompu définitivement leurs études pour des raisons médicales et 59 % de celles qui les ont poursuivies ont connu une scolarité perturbée par leur handicap. Au total, 45 % déclarent ne savoir ni lire, ni écrire, ni compter. Les personnes de 20 ans et plus, vivant à domicile et qui ont un taux d'invalidité ou d'incapacité reconnu par une instance administrative, souffrent de déficiences moins lourdes, mais 3 % d'entre elles sont néanmoins incapables de lire, d'écrire et de compter, et 35 % n'ont aucun diplôme.

Ces chiffres illustrent l'importance de la question de la scolarisation des enfants handicapés. L'obtention d'un diplôme, qui conditionne dans une large mesure l'insertion professionnelle ultérieure, n'est de surcroît pas le seul bénéfice à attendre de la scolarisation, à plus forte raison lorsqu'elle se fait en milieu ordinaire : elle permet une meilleure insertion

1. Foyers d'hébergement, foyers de vie, maisons d'accueil spécialisées, foyers à double tarification, autres établissements pour adultes.



sociale. C'est pourquoi le droit pour les enfants et les adolescents handicapés à être scolarisés en priorité en milieu scolaire ordinaire a été posé par le législateur dès la loi d'orientation de 1975 en faveur des personnes handicapées. La loi d'orientation sur l'éducation de 1989, relayée par divers textes tels que les annexes XXIV rénovées et plus récemment les circulaires conjointes du ministère de l'Éducation nationale et du ministère de l'Emploi et de la solidarité de 1999 et 2002, est venue préciser et réaffirmer depuis, notamment à la demande des familles, cette volonté du législateur. Le plan Handiscol' a été mis en place en 1999 afin d'améliorer la scolarisation des jeunes handicapés (encadré 1).

La population scolaire et universitaire comprend environ 14,4 millions d'élèves et d'étudiants. On compte environ 48 000 enfants accueillis en internat dans des établissements pour enfants handicapés. Le repérage et le dénombrement des enfants handicapés vivant à domicile sont plus complexes ; ils peuvent se faire selon plusieurs critères (présence de défi-

ciences ou d'incapacités, passage devant une CDES<sup>2</sup>...). D'après l'enquête HID, environ 3,8 millions d'enfants de 0 à 19 ans vivant à domicile rencontrent des difficultés physiques, sensorielles ou mentales dans la vie de tous les jours. Ces difficultés peuvent être de gravité variable ; seul un petit nombre d'entre elles sont suffisamment sévères pour causer davantage qu'une gêne. On estime par exemple à environ 72 000 le nombre d'enfants et de jeunes de 0 à 19 ans vivant à domicile et présentant un retard mental moyen, grave, profond ou sévère.

### 52 000 jeunes handicapés sont scolarisés dans une classe ordinaire

L'article 6 de la loi d'orientation du 30 juin 1975, devenu article L.112-1 du code de l'Éducation, indique que c'est la scolarisation en milieu ordinaire qui doit être recherchée prioritairement pour les enfants handicapés, la fréquentation des établissements spécialisés devant être réservée aux enfants pour lesquels elle

apparaît plus profitable (tableau 1). Une autre forme de scolarisation est possible : l'enseignement par correspondance (encadré 2).

Lorsqu'un jeune handicapé est scolarisé dans une classe non spécialisée d'un établissement de l'Éducation nationale, on parle d'intégration individuelle : l'élève satisfait à l'obligation de scolarisation en étant placé dans une situation semblable à celle de ses pairs. Pour faciliter cette intégration, il peut bénéficier d'un soutien spécifique adapté à ses besoins (actes médicaux spécialisés, rééducations, intervention d'un éducateur spécialisé ou d'un enseignant spécialisé, au domicile de l'enfant ou dans l'établissement scolaire). Des aides pédagogiques peuvent lui être apportées, ainsi qu'à l'enseignant de sa classe, par un enseignant spécialisé « itinérant ». Un auxiliaire d'intégration scolaire est parfois requis pour compenser certaines restrictions d'autonomie dans la

2. Les Commissions départementales d'éducation spéciale (CDES) ont pour mission d'évaluer la situation de l'enfant handicapé dans son ensemble, sur le plan éducatif que sur le plan médical. Elles reconnaissent le handicap et définissent le taux d'incapacité, peuvent attribuer une allocation d'éducation spéciale ainsi que la carte d'invalidité, et orientent, si besoin est, vers un établissement ou service médico-éducatif. Les Commissions de circonscription préélémentaires et élémentaires (CCPE) et les Commissions de circonscription du second degré (CCSD) sont chargées, par délégation de compétence des CDES, d'élaborer des projets individualisés d'intégration incluant si nécessaire une orientation vers une Classe d'intégration scolaire (CLIS) ou une Unité pédagogique d'intégration (UPI).

## E-1 Le rapprochement des statistiques sur la scolarisation des enfants handicapés

*La mesure n° 5 du plan Handiscol' prévoyait la création d'une cellule statistique interministérielle ayant pour mission de « coordonner les enquêtes statistiques des deux ministères, afin d'améliorer la connaissance des besoins et de disposer, en matière d'intégration scolaire, d'instruments de régulation de l'offre mieux adaptés ». Une cellule comprenant des représentants de la Direction de l'enseignement scolaire (DESCO) et de la Direction de la programmation et du développement (DPD) du ministère en charge de l'Éducation nationale, de la Direction générale de l'action sociale (DGAS) et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère chargé des Affaires sociales<sup>1</sup>, a donc été créée, et s'est fixée pour objectifs :*

*- de publier un état des lieux chiffré aussi complet que possible de la scolarisation des enfants et adolescents handicapés, à partir du rapprochement des sources statistiques des deux ministères et de l'enquête HID*

*- de dégager, à partir de l'examen des sources d'information disponibles, des pistes qui permettent d'améliorer la précision et la cohérence des données chiffrées.*

*La présente étude présente un bilan de ces travaux. La cellule a également produit un Document de travail (à paraître à la DREES) décrivant les statistiques disponibles sur la scolarisation des jeunes handicapés et comparant les sources à un niveau fin ; ce document comprend des préconisations en vue d'améliorer les enquêtes existantes, notamment pour disposer de données individuelles sur les jeunes handicapés. Dans ce but, la cellule a également mis au point et testé un questionnaire sur les élèves porteurs de maladies et de handicaps dans le premier degré.*

1. Ont participé aux travaux de cette cellule :

**Ministère chargé de l'Éducation nationale**

**DESCO** : Marie-Claude Courteix, Florence Gousserey.

**DES** : Michelle Palauqui.

**DPD** : Antoine Santolini, Élise de Lacerda, Christophe Jagers.

**Ministère chargé des Affaires sociales**

**DGAS** : Pascale Gilbert, Katia Julienne, Anne Meyer, Catherine Vaslin, Anne Veber.

**DREES** : Christel Colin, Annie Mesrine, Hélène Michaudon, Christian Monteil, Christophe Trémoureux.

## E-2

### Une scolarisation à distance par le CNED

*Certains enfants suivent un enseignement par correspondance. Le Centre national d'enseignement à distance (CNED) propose à partir de 5 ans, au sein de son pôle « handicap », des cursus scolaires pour l'enseignement primaire adaptés aux enfants handicapés. Un soutien pédagogique à domicile par un enseignant rémunéré par le CNED peut être proposé à l'élève. 605 inscriptions d'élèves handicapés, correspondant à un enseignement à temps plein, ont été enregistrées du 1<sup>er</sup> juin 2000 au 31 mai 2001 pour la France entière.*



**T 01** scolarisation et autres prises en charge des jeunes en situation de handicap

S C O L A R I T E	LIEUX DE SCOLARISATION (la scolarisation d'un enfant peut s'appuyer sur un ou plusieurs lieux de scolarisation)	Établissements scolaires				Familles <sup>3</sup>	Établissements sanitaires (y compris psychiatrie) <sup>3</sup>	Établissements médico-éducatifs <sup>3</sup>
		classes dites « ordinaires »	adaptation scolaire <sup>2</sup>	intégration scolaire collective	adaptation scolaire « handicapés »			
P R I M A I R E E E N -	ACCOMPAGNEMENT ÉDUCATIF ET PÉDAGOGIQUE (enseignants spécialisés, éducateurs spécialisés, aides...)  ACCOMPAGNEMENT RÉÉDUCATIF OU THÉRAPEUTIQUE (orthophonistes, psychomotriciens, psychologues...)	● Sections du pré-élémentaire	● Classes d'adaptation ● Sections d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA) ● Établissements régionaux d'enseignement adapté (EREA) non spécialisés	● Classes d'intégration scolaire (CLIS) ● Unités pédagogiques d'intégration (UPI)	● EREA spécialisés pour adolescents atteints de déficiences physiques (sensorielles ou motrices)	● La famille peut être amenée à prendre en charge tout ou partie de la scolarisation d'un enfant lors d'une année scolaire	● Les établissements sanitaires peuvent disposer de moyens d'enseignement	● Établissements d'éducation spéciale pour enfants et adolescents déficients intellectuels/polyhandicapés/déficients moteurs Instituts de rééducation Instituts d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences auditives et/ou visuelles
		● École						
		SANS accompagnement en classe*	AVEC accompagnement en classe*					
	« Type » de scolarisation	Intégration individuelle	Intégration collective	En établissement scolaire pour « handicapés »	Hors établissement scolaire	Hors établissement scolaire	Hors établissement scolaire	
		auxiliaires de vie scolaire				cours du Centre national d'enseignement à distance (CNED)		outre la dimension pédagogique évoquée dans la partie « scolarité », ces établissements intègrent des dimensions éducatives, rééducatives et thérapeutiques
		aides éducateurs				Service d'assistance pédagogique à domicile		
		(aménagement matériels)						
		maîtres spécialisés itinérants				Les dimensions rééducatives ou thérapeutiques fondent l'objet des établissements sanitaires		
		Réseaux d'aides spécialisées pour les enfants en difficulté (RASED)						
		Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)						
		consultations en Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)						
		consultations en Centres médico-psycho-pédagogique (CMPP)						
		praticiens libéraux						
		médecins scolaires						

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

Lecture : les parcours des enfants handicapés peuvent combiner diverses formes de scolarisation et d'accompagnements. Leurs parcours scolaires doivent se dérouler au plus près possible des conditions ordinaires, en tenant compte des évolutions liées à l'âge et aux besoins particuliers que génèrent la maladie ou l'atteinte subie. Ils dépendent aussi des contraintes de l'offre.

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

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

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

vie quotidienne. En complément, des praticiens libéraux, des structures telles que les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), en un Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) peuvent dispenser un accompagnement thérapeutique, voire rééducatif, indispensable. Dans les faits, l'intégration individuelle recouvre des réalités très diverses, allant de la scolarisation à temps plein à la présence dans la classe uniquement

quelques heures par semaine, la prise en charge pouvant se faire en établissement médico-éducatif le reste du temps.

À la rentrée 1999, le nombre de jeunes en situation de handicap scolarisés dans une classe non spécialisée d'un établissement ordinaire est estimé, d'après les enquêtes administratives menées auprès des chefs d'établissement (encadré 3), à environ 52 000 (tableau 2). L'évolution sur longue période de cet

effectif est nettement à la hausse. Entre 1990 et 1999, le nombre d'enfants handicapés intégrés dans le premier degré a augmenté de 46 %, et celui des intégrations à temps plein dans le second degré de 38 %, alors que dans le même temps la population scolaire des premier et second degrés a diminué. Dans le premier degré, la part relative des enfants handicapés en situation d'intégration individuelle est passée de 0,3 % à 0,4 % en dix ans. Elle est voisine de 0,3 % dans le second degré et dans le supérieur. Ces chiffres proviennent d'enquêtes administratives dont les répondants ne disposent pas toujours des éléments nécessaires au repérage des enfants handicapés. Une sous-estimation des cas d'intégration individuelle est donc possible, mais elle n'est vraisemblablement pas constante dans le temps. En effet, le développement de l'accompagnement et des aménagements matériels, une sensibilisation accrue des personnels à l'accueil des enfants handicapés concourent probablement à mieux les repérer, ce qui explique sans doute en partie l'évolution observée de 1990 à 1999.

La frontière entre intégration individuelle et intégration collective n'est en outre pas fixe, ce qui rend malaisées les tentatives de dénombrement. En effet, certains élèves handicapés sont scolarisés dans des classes qui relèvent certes de l'enseignement adapté, mais qui n'ont pas vocation à accueillir uniquement des jeunes handicapés, et dont la « mixité » justifie que l'on parle à leur égard d'intégration individuelle. Par exemple, les élèves intégrés individuellement dans le second degré fréquentent pour 75 % d'entre eux des lycées ou des classes ordinaires de collèges, mais 25 % d'entre eux sont en SEGPA (sections d'enseignement général et professionnel adapté) ou en EREA (établissements régionaux d'enseignement adapté) non spécialisés, sachant qu'ils ne représentent que 4 % de l'effectif total de ces deux derniers types de structures.

#### ■ Les jeunes handicapés : des cursus scolaires différents.

La répartition des jeunes handicapés intégrés individuellement entre le premier degré, le second degré et le supérieur ne s'écarte pas massivement de celle observée pour la population générale.

### E•3

#### Les sources utilisées

##### INSEE

###### Enquête HID

*L'enquête Handicaps-incapacités-dépendance, réalisée par l'INSEE, vise à décrire les conséquences des problèmes de santé sur la vie quotidienne des personnes. La collecte s'est faite en quatre vagues : la première, fin 1998, et la troisième, fin 2000, concernent les personnes en institutions socio-sanitaires ou psychiatriques ; la deuxième, fin 1999, et la quatrième, fin 2001, portent sur les personnes vivant à leur domicile. Les résultats présentés dans cet article ont été obtenus à partir des première et deuxième vagues. Lorsque les personnes n'étaient pas en mesure de répondre seules au questionnaire, une tierce personne les a aidées ou a répondu à leur place. C'est systématiquement le cas pour les enfants âgés de moins de 16 ans.*

##### Ministère en charge des Affaires sociales

###### Enquête Établissements sociaux (ES) auprès des établissements pour personnes handicapées

*L'enquête ES est une enquête administrative exhaustive réalisée par la DREES, auprès des établissements médico-sociaux.*

*À l'inverse des données individuelles, les résultats d'activité sont redressés des non-réponses (concernant la clientèle, les non-réponses ne concernaient que 4 % des personnes accueillies en 1996).*

##### Ministère en charge de l'Éducation nationale

###### Enquête 19

*Elle a pour but de recenser les effectifs et les caractéristiques des élèves dans les écoles maternelles et primaires sous tutelle du ministère, y compris les classes d'intégration scolaire (CLIS). Elle est réalisée par la Direction de la programmation et du développement (DPD). Annuelle et exhaustive, l'enquête a souffert de l'impact de la grève administrative des directeurs d'école, qui a interdit l'actualisation des chiffres figurant dans cette étude.*

*Ces résultats ne sont pas redressés des non-réponses, sauf dans le cas de grèves peu suivies.*

###### Enquête 12

*Cette enquête de la DPD comptabilise les élèves handicapés bénéficiant d'une intégration individuelle ou collective dans les établissements du second degré sous tutelle du ministère. La collecte est réalisée par les inspecteurs de l'Éducation pour l'adaptation et l'intégration scolaire (IEN-AIS).*

*Ces résultats ne sont pas redressés des non-réponses.*

###### Enquête 32

*L'enquête dans les établissements hospitaliers, médico-éducatifs et médico-sociaux a ici servi de source aux données relatives à la scolarisation des enfants malades et handicapés dans les établissements de santé.*

*Ces résultats ne sont pas redressés des non-réponses.*

###### Enquête relative aux étudiants handicapés scolarisés dans l'enseignement supérieur (DES)

*Cette enquête, réalisée tous les ans par la Direction de l'enseignement supérieur, s'effectue à partir de questionnaires qui sont renseignés par les universités et les écoles d'ingénieurs, à partir des déclarations des étudiants. Pour les sections de techniciens supérieurs et les classes préparatoires aux grandes écoles, cette enquête est renseignée par le médecin conseiller du recteur.*

*Ces résultats ne sont pas redressés des non-réponses.*

*Malgré les différences entre les années de référence des enquêtes, on a jugé utile de réaliser des tableaux de synthèse.*

Cela ne signifie toutefois pas que leurs trajectoires scolaires soient semblables à celles des autres enfants et adolescents. Par exemple, seuls 58 % des élèves handicapés intégrés à temps plein dans un établissement du second degré fréquentent un lycée général et technologique, contre 67 % de l'ensemble des élèves (tableau 3). On ne peut pas non plus conclure que les enfants handicapés parviennent dans les mêmes proportions que les autres jusqu'à l'enseignement supérieur. Un certain nombre de pathologies invalidantes peuvent ne se déclarer que tardivement : certains des étudiants aujourd'hui handicapés ne l'étaient pas lorsqu'ils étaient scolarisés dans le primaire. Cette inégalité d'accès à l'enseignement supérieur est illustrée par les chiffres obtenus à partir de l'enquête HID : 22 % des adultes vivant à domicile sont diplômés du supérieur ; cette proportion tombe à 9 % pour ceux qui ont un handicap administrativement reconnu.

Les étudiants d'université qui, à la rentrée 2000, se sont déclarés handicapés, ou les étudiants de sections de techniciens supérieurs (STS) ou de classes préparatoires aux grandes écoles (CPGE) identifiés comme handicapés par les médecins scolaires représentent 14 % de l'ensemble des cas d'intégration individuelle, soit environ 7 000 jeunes (tableau 4). La poursuite d'un cursus universitaire ne peut se faire que par le biais de l'intégration individuelle, puisqu'il n'existe pas de structures dédiées aux étudiants handicapés. 73 % de ces étu-

diants suivent des études universitaires et 22 % sont en sections de techniciens supérieurs ou en classes préparatoires aux grandes écoles. Les étudiants handicapés sont très peu nombreux dans les écoles d'ingénieurs et dans les instituts universitaires de formation des maîtres, où ils représentent respectivement 0,4 % et 0,1 % de l'ensemble des élèves. À l'université, les étudiants handicapés semblent avoir plus de difficultés que les autres à franchir le seuil du premier cycle : 60 % y sont scolarisés, contre 50 % de l'ensemble de la population étudiante. Globalement, leurs choix d'orientation diffèrent de ceux des autres étudiants : à

l'université, ils sont plus fréquemment inscrits en lettres et sciences humaines (43 % contre 37 %) ; en sections de techniciens supérieurs, ils choisissent moins que les autres le domaine des services (62 % contre 70 %) et, en classe préparatoire aux grandes écoles, ils sont moins nombreux à opter pour les classes scientifiques (50 % contre 63 %). Dans les universités, plus du quart des étudiants handicapés a un handicap moteur, et près de 30 %, une déficience sensorielle ; en sections de techniciens supérieurs et en classes préparatoires aux grandes écoles, près de la moitié d'entre eux souffre de « troubles de la santé provoquant une si-

### T02 les différents modes de scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap

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

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

1. Hors Section d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA) et Établissements régionaux d'enseignement adapté (EREA) non spécialisés.

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

3. Enfants présents toute l'année.

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : (a) Ministère de l'Éducation nationale, enquêtes 12, 19 et enseignement supérieur, 1999 (sauf Unité pédagogique d'intégration et supérieur : 2000) ; (b) Ministère de l'Éducation nationale, enquête ES, 1995 ; (c) Ministère de l'Éducation nationale, enquête 32, 2000.

### T03 répartition des élèves en situation de handicap intégrés individuellement à temps plein dans les établissements des premier et second degrés par déficience

en %

Déficience	Premier degré	Second degré				
		Collège			Lycée	
		classes ordinaires	SEGPA	EREA non spécialisés	professionnel	général et technologique
Intellectuelle ou psychique	54	13	69	58	11	6
Du langage et de la parole *	-	4	2	0	4	3
Motrice	21	24	8	0	23	24
Viscérale métabolique	6	18	4	1	20	22
Auditive	13	23	8	3	22	21
Visuelle	6	9	2	33	12	12
Autre	-	9	7	5	8	12
<b>Ensemble</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

\* Modalité absente dans l'enquête 19.

Champ : France métropolitaine et DOM (GUYANE exceptée), public et privé.

Source : DPD, enquêtes 12 et 19, 1999.

T  
•04

## répartition des étudiants handicapés par filière

Filière	déficience			troubles à dominante psychologique	troubles de santé	incapacités temporaires	autres	TOTAL
	visuelle	auditive	motrice					
Université	18	11	27	13	15	4	12	100
1 <sup>er</sup> cycle	17	11	25	14	16	5	12	100
2 <sup>e</sup> cycle	19	11	28	11	14	4	13	100
3 <sup>e</sup> cycle	18	14	39	7	9	2	11	100
STS <sup>1</sup>	13	13	13	8	43	2	8	100
CPGE <sup>2</sup>	21	4	6	7	50	1	11	100
Écoles d'ingénieurs	12	14	8	11	51	0	4	100
IUFM	34	3	32	10	13	0	8	100
<b>Ensemble</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>23</b>	<b>11</b>	<b>24</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Champ : France métropolitaine et DOM.

1. Sections de techniciens supérieurs.

2. Classes préparatoires aux grandes écoles

Source : Direction de l'enseignement supérieur (DES) recensement des étudiants en situation de handicap, année universitaire 2000-2001.

tuation de handicap » (asthme, cancer, diabète, mucoviscidose...).

Le nombre des étudiants se déclarant handicapés a doublé entre 1993 et 2000, alors que la population universitaire a crû de moins de 1,5 % sur la même période. L'augmentation de la proportion d'étudiants handicapés s'explique sans doute en partie par un changement de champ, de perception et d'environnement. De nouvelles catégories sont apparues dans le recensement, confirmant la nécessité de prendre en compte d'une manière plus large les situations de handicap. Ont ainsi été ajoutés les maladies évoluant sur une longue période et entraînant une situation de handicap, les troubles psychologiques et les incapacités temporaires d'une durée supérieure à six mois. Les étudiants eux-mêmes se déclarent plus facilement. Ceci peut être dû à une moindre stigmatisation par leurs pairs, mais aussi à une accessibilité accrue des mesures d'aide et de soutien avec, par exemple, la mise en place de responsables désignés pour l'accueil des handicapés

#### ■ L'intégration individuelle est moins fréquente pour les enfants présentant un handicap mental.

La répartition par type de déficience des élèves handicapés en situation d'intégration individuelle à temps plein varie fortement entre le premier et le second degré. Ce sont les déficiences viscérales ou métaboliques et les déficiences sensorielles qui paraissent les plus compatibles avec la poursuite d'une scolarité dans une classe ordinaire d'un lycée général et technologique : les jeunes touchés par ce type de déficiences repré-

sentent respectivement 22 et 36 % des élèves handicapés fréquentant un lycée, alors que seuls 6 et 19 % des enfants intégrés individuellement dans le premier degré sont dans ce cas.

Si 54 % des élèves handicapés intégrés individuellement dans le premier degré sont des déficients mentaux ou psychiques, les troubles et retards mentaux totalisent toutefois à eux seuls 65 % des déficiences sévères recensées à l'âge scolaire<sup>3</sup>. En outre, les élèves touchés par ce type de déficiences ne représentent que 13 % des jeunes ayant un handicap en collège, et 8 % en lycée. Cela laisse supposer qu'un certain nombre d'entre eux n'accède plus à ce mode de scolarisation à l'issue de sa scolarité en primaire.

Non seulement les enfants déficients mentaux ou psychiques sont sous-représentés parmi les jeunes handicapés intégrés individuellement, mais encore ils sont davantage scolarisés à temps partiel : 27 % des enfants intégrés individuellement dans le premier degré ne fréquentent leur classe ordinaire qu'à temps partiel, ce mode de scolarisation concernant surtout les déficients intellectuels et/ou psychiques. De surcroît, leur intégration individuelle survient souvent après un passage par une structure dédiée aux jeunes handicapés. 37 % des enfants atteints d'une déficience intellectuelle ou psychique, scolarisés à temps plein dans une classe ordinaire viennent ainsi d'une classe d'intégration scolaire (CLIS) ou d'un établissement médico-éducatif ; seuls 10 % des déficients auditifs et 5 % des déficients moteurs ou visuels ont suivi un parcours semblable. La nature de la déficience influe donc non seule-

ment sur le mode de scolarisation mais également sur les trajectoires scolaires des enfants.

**51 000 enfants ou adolescents en situation de handicap sont scolarisés dans une classe ou une unité qui leur est spécialement dédiée**

Certaines classes, dites spécialisées, sont spécifiquement destinées à accueillir des enfants et des adolescents handicapés : l'enseignement y est dispensé par un personnel spécialisé, et l'admission y est subordonnée à la décision d'une Commission de l'éducation spéciale. On emploie également à leur propos le terme d'intégration, mais il s'agit alors d'intégration collective et non plus individuelle : les élèves pour lesquels les exigences d'une intégration individuelle seraient trop contraignantes y bénéficient d'un enseignement adapté mais partagent aussi des activités avec les autres enfants, par exemple la participation aux actions pédagogiques prévues dans le projet collectif de l'école ou l'utilisation commune des équipements dans le temps extra-scolaire. Lorsque c'est possible, certains enseignements peuvent être reçus en commun avec les autres élèves. Les enfants bénéficiant d'une intégration collective peuvent aussi avoir recours à un soutien individuel, en général par le biais des

3. C. Rumeau-Rouquette, C. Cans, H. Grandjean, C. Du Mazaubrun : « Prévalence et évolution chronologique des déficiences à l'âge scolaire », BEH n° 19/98, 1998.

SESSAD. À la rentrée 1999, 51 000 enfants ou adolescents handicapés étaient scolarisés dans des classes ou unités spécialisées des premier et second degrés (hors SEGPA) [tableau 2].

### ■ 96 % des enfants intégrés collectivement sont en CLIS.

La quasi-totalité des enfants intégrés collectivement relèvent du premier degré : 48 000, soit environ 0,8 % des élèves du premier degré, fréquentent une classe d'intégration scolaire spécialisée (CLIS). Les CLIS, au nombre de 4 714 en 1999, ont vocation à accueillir, dans certaines écoles élémentaires, ou exceptionnellement en maternelles, des élèves présentant un handicap mental (CLIS 1), auditif (CLIS 2), visuel (CLIS 3) ou moteur (CLIS 4). L'effectif de chaque classe est limité à 12 élèves.

Entre les rentrées 1990 et 1998, les effectifs des CLIS ont diminué de près de 19 000 élèves (-27 %), alors que le nombre d'élèves scolarisés du CP au CM2 chutait de seulement 4 %. Cette baisse des effectifs, qui s'accompagne d'une augmentation du nombre de CLIS, n'est pas seulement due à un développement de l'intégration individuelle. Elle s'explique plutôt par la fermeture d'anciennes classes de perfectionnement, qui accueillait le plus souvent des enfants ayant de graves difficultés scolaires, et étaient abusivement comptabilisées en CLIS, et par l'ouverture, en parallèle, de nouvelles CLIS à effectifs réduits comme le prévoit la loi.

93 % des élèves fréquentant une CLIS sont en CLIS 1, classes ayant vocation à accueillir des enfants présentant des troubles importants des fonctions cognitives. Toutefois, le mode de recueil des données conduit également à comptabiliser comme CLIS des classes de perfectionnement qui accueillent des enfants en grande difficulté scolaire, et qui n'ont pas encore été supprimées dans certains départements. Les enfants scolarisés en CLIS sont plus âgés que l'ensemble des élèves : 77 % d'entre eux ont 9 ans ou plus (27 % des élèves du premier degré sont dans ce cas). Plus nombreux que les filles, 61 % d'entre eux sont des garçons. Les élèves de CLIS présentent un retard scolaire important, surtout lorsqu'ils font partie des CLIS 1 : deux tiers d'entre eux

(parmi ceux dont le cycle est connu, soit environ 80 % du total) suivent les enseignements du cycle des apprentissages fondamentaux, qui commence en grande section de l'école maternelle et se poursuit pendant les deux premières années de l'école élémentaire. On estime que les enfants arrivent en CLIS en général vers 8 ans et y restent durant toute leur scolarité primaire, jusqu'à environ 11 ans. Le nombre d'élèves sortant de CLIS chaque année est évalué à environ 12 500 ; parmi eux, 1 500 vont dans les structures d'intégration du second degré et 1 900 dans les établissements médico-sociaux (aucune information n'est disponible sur le devenir des autres).

### ■ Peu de structures spécialisées pour accueillir les enfants sortant de CLIS.

Les premières unités pédagogiques d'intégration (UPI) ont été créées au milieu des années 90 dans certains collèges pour accueillir des préadolescents ou des adolescents de 11 à 16 ans présentant différentes formes de handicap mental. Elles se sont progressivement étendues aux élèves présentant des déficiences sensorielles ou motrices. On dénombre, en 2000, 232 UPI pour élèves présentant des troubles importants des fonctions cognitives, 32 UPI pour des élèves présentant une déficience auditive, 13 UPI pour des jeunes présentant une déficience visuelle, 26 UPI pour des élèves présentant une déficience motrice, soit 303 au total. En 2001, le principe de la création de dispositifs collectifs d'intégration scolaire dans le second degré a été étendu aux lycées d'enseignement général, technologique ou professionnel. Leur effectif est limité à 10 élèves. Comme dans les CLIS, les élèves des UPI présentent un retard scolaire important. Les garçons y sont sur représentés, comme d'ailleurs dans les sections d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA). Cette sur-représentation masculine peut s'expliquer par la plus forte prévalence du handicap chez les garçons, mais peut-être aussi par une meilleure adaptation des filles à l'enseignement primaire, qui pourrait permettre un maintien plus facile dans le système scolaire ordinaire.

Le nombre d'élèves accueillis dans les UPI est en très forte augmentation : 200 en 1997, 400 en 1998, 1 100 en 1999 et 1 600 en 2000. Les UPI sont destinées

à permettre aux enfants issus de CLIS de poursuivre leur scolarité, mais étant de création récente, leur petit nombre ne leur permet pas actuellement d'atteindre cet objectif, d'autant qu'elles accueillent aussi des enfants issus des classes ordinaires des premier et second degrés, qui représentent un quart des entrants.

Le statut des sections d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA) diffère de celui des UPI dans la mesure où ces classes ne sont pas spécifiquement destinées aux enfants en situation de handicap. Elles accueillent un public très hétérogène, qu'il n'est pas aisé de caractériser. Les SEGPA, au nombre de 1 553 à la rentrée 2000, et regroupant 111 000 élèves, sont des unités spécifiques, annexées principalement à des collèges. Initialement appelées sections d'éducation spécialisée (SES), elles ont été créées à la fin des années 60 pour permettre aux enfants scolarisés dans les classes d'enseignement spécialisé du premier degré de poursuivre leur scolarité dans le second degré en obtenant un CAP ou un BEP. Elles accueillait donc initialement des enfants dits « déficients intellectuels légers ». Mais depuis les années 1990, les enfants entrant en SEGPA sont issus dans leur très large majorité non plus des classes de perfectionnement et des CLIS, mais des classes de CM2 (66 % des entrants en 2000). Depuis la rénovation des collèges en 1996, il est d'ailleurs spécifié que les SEGPA accueillent des élèves présentant des difficultés scolaires graves et persistantes. À l'inverse, le « retard mental léger » est rarement repéré comme motif d'orientation en SEGPA. Il n'en reste pas moins que cette orientation peut être proposée à des jeunes handicapés dans le cadre d'un projet individualisé. Dans tous les cas de figure, les élèves orientés en SEGPA le sont après avis d'une Commission de circonscription du second degré, ce qui les place *de facto* dans le champ de l'éducation spéciale.

Le statut des établissements régionaux d'enseignement adapté (EREA) diffère de celui des UPI et SEGPA dans la mesure où c'est l'établissement tout entier, et non seulement la classe, qui est spécialisé. Les écoles nationales de perfectionnement (ENP), devenues EREA, ont été créées en 1954 pour recevoir les élèves ne pouvant fréquenter utilement

les classes normales d'enseignement général ou professionnel. L'enseignement dans ces établissements, sous forme adaptée, vise les mêmes objectifs qu'en collège et en lycée (CAP, BEP, baccalauréat). Cinq des 80 EREA ont vocation à accueillir des jeunes ayant un handicap moteur, et trois sont destinés aux jeunes présentant des déficiences visuelles. 10 % des EREA peuvent donc être identifiés comme pratiquant l'intégration collective de jeunes handicapés, sans y être toutefois uniquement consacrés : on estime à environ 1 200 le nombre d'élèves ayant un handicap dans ces 8 EREA. En revanche, les 10 000 élèves qui fréquentent les autres EREA ont des profils scolaires identiques à ceux des élèves de SEGPA.

### 70 000 enfants et adolescents sont scolarisés à temps plein dans un établissement médico-éducatif

Dans le cas où la situation de l'enfant ou de l'adolescent n'est pas compatible avec une scolarisation en milieu ordinaire, l'orientation vers une structure médico-sociale lui offre une prise en charge globale, à vocation scolaire, éducative et thérapeutique. Au 1<sup>er</sup> janvier 1998, on dénombre 2 500 structures médico-sociales pour enfants et adolescents, offrant au total 127 500 places, dont 48 500 en internat, 61 000 en externat et 18 000 en SESSAD. Ces structures sont spécialisées par type de déficience. Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) dispen-

sent un accompagnement éducatif et des soins dans tous les lieux ordinaires que fréquentent les enfants (à leur domicile familial, dans des crèches, des établissements scolaires ordinaires, des familles d'accueil où les enfants peuvent être placés), ou encore au siège du service. Certains sont rattachés à des établissements, d'autres sont autonomes. Les établissements peuvent être regroupés en huit grandes catégories : 1 194 établissements pour enfants déficients intellectuels, 345 instituts de rééducation, accueillant des enfants présentant des troubles du comportement qui rendent nécessaire, malgré des capacités intellectuelles normales ou proches de la normale, la mise en œuvre de moyens médico-éducatifs pour le déroulement de la scolarité, 132 établissements pour polyhandicapés<sup>4</sup>, 125 établissements pour déficients moteurs, 87 instituts d'éducation sensorielle pour déficients auditifs, 33 instituts d'éducation sensorielle pour déficients visuels, et 18 instituts d'éducation sensorielle pour sourds et/ou aveugles. Ils reçoivent des enfants et adolescents âgés de 0 à 20 ans, sauf prolongation pour finir un cursus pédagogique ou au titre de « l'amendement Creton »<sup>5</sup>.

Les structures médico-sociales accueilleraient au 31 décembre 1995 près de 115 000 enfants de 6 ans et plus, connaissant des situations de scolarisation très diverses. La plus fréquente est la scolarisation à temps plein au sein de l'établissement, qui concerne environ 60 % des enfants accueillis dans ces structures. 13 % sont intégrés à temps plein dans

une classe d'un établissement de l'Éducation nationale, et 4 % à temps partiel (tableau 5). Le lieu de scolarisation diffère, par vocation, très fortement entre les services et les établissements. En effet, 85 % des enfants fréquentant les SESSAD sont scolarisés à temps plein dans un établissement scolaire ordinaire, alors que 66 % des enfants accueillis en établissement (hormis ceux qui sont destinés aux polyhandicapés) sont scolarisés à temps plein au sein de la structure d'accueil.

Les caractéristiques individuelles des enfants influent bien évidemment sur leur situation scolaire. Certaines déficiences semblent limiter l'intégration individuelle. Ainsi, seuls 19 % des enfants hébergés dans un établissement médico-éducatif et présentant des troubles du caractère et du comportement, et 9 % des enfants souffrant d'un retard mental léger sont scolarisés à temps plein dans une classe ordinaire (tableau 6). D'autres déficiences semblent moins limitatives : les déficiences auditives et visuelles autorisent, dans plus du tiers des cas, une sco-

4. Les personnes polyhandicapées présentent une déficience mentale grave associée à une déficience motrice importante.

5. L'« amendement Creton » a été adopté en 1989 pour permettre aux établissements médico-sociaux pour enfants handicapés de les accueillir après l'âge de 20 ans en raison du déficit de places en établissements pour adultes handicapés.

**T 05** répartition des enfants de 6 ans et plus, accueillis en structures médico-éducatives selon le type d'établissement et le lieu de scolarisation

Type d'établissement	Non scolarisés	Temps plein dans l'établissement d'éducation spéciale	Intégration scolaire		Total
			partielle	totale	
instituts médico-éducatifs	31	64	3	2	100
instituts de rééducation	4	78	2	16	100
Établissements pour déficients moteurs	23	60	3	14	100
Établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés	95	4	1	0	100
instituts d'éducation sensorielle pour déficients visuels	13	72	2	13	100
instituts d'éducation sensorielle pour déficients auditifs	5	66	15	14	100
instituts d'éducation sensorielle pour sourds et aveugles	6	73	11	10	100
SESSAD (autonomes et non autonomes)	8	0	7	85	100
<b>Ensemble</b>	<b>24</b>	<b>59</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

Source : DREES, enquête Établissements sociaux (ES), 1995.



larisation à temps plein dans un établissement de l'Éducation nationale. Il en va de même pour 30 % des déficients moteurs et 30 % des enfants souffrant de déficiences viscérales, métaboliques ou nutritionnelles accueillis en établissement.

À âge donné, le type de déficience a également un impact sur la nature et le niveau de la classe suivie. À 11 ans, plus de la moitié des jeunes atteints principalement d'une déficience intellectuelle légère suivent une classe de niveau CP ou CE1, et 15 % un enseignement de niveau pré-élémentaire. À l'inverse, si le retard scolaire reste important pour les jeunes atteints d'une déficience auditive totale ou profonde, seuls 7 % sont dans une classe de CP ou de CE1 à l'âge de 11 ans, tandis que 70 % d'entre eux suivent une classe de CE2, ou CM1, ou CM2, ou une classe d'initiation ou d'adaptation. En outre, à 16 ans, les adolescents déficients auditifs suivent dans leur très grande majorité un enseignement dans des classes générales, technologiques ou préprofessionnelles des premier et second cycles du secondaire, quand les deux tiers des jeunes atteints de déficiences intellectuelles suivent un niveau d'enseignement du cycle élémentaire.

#### ■ La scolarisation des enfants hospitalisés.

Les enfants hospitalisés pendant de longues périodes se trouvent de fait dans une situation de handicap dans la mesure où certains d'entre eux souffrent de maladies chroniques invalidantes, qui entravent de façon majeure leur scolarisation. Néanmoins, cette entrave peut n'être ni définitive, ni continue (enfants leucémiques, ou enfants ayant eu un grave accident de voiture, par exemple). Près de 13 000 élèves sont accueillis dans des établissements hospitaliers qui ont une fonction d'enseignement. La moitié d'entre eux est scolarisée toute l'année ; ils sont aujourd'hui 6 700 dans ce cas, contre 4 900 en 1990 (tableau 2). Ce mode de scolarisation ne correspond en général pas à une situation transitoire puisque 70 % des élèves suivant des cours à temps plein dans un établissement hos-

pitalier le faisaient déjà l'année précédente. Près des trois quarts des élèves dont le niveau est connu sont scolarisés dans le premier degré, dont 40 % en cycle 1 (apprentissage premiers) et 41 % en cycle 2 (apprentissage fondamentaux). Dans le second degré, plus de la moitié des élèves est scolarisée en premier cycle. Plus de 50 % des élèves hospitalisés présentent des atteintes diverses du psychisme et 10 % ont une déficience motrice. 7 % souffrent de déficiences viscérales métaboliques, 5 % sont polyhandicapés et 3 % ont un retard mental. Dans les établissements hospitaliers, 67 % des enfants et adolescents scolarisés sont des garçons. Plus de 50 % de l'ensemble des élèves ont au plus 10 ans, et près du quart a de 11 à 14 ans ; le quart restant a de 15 à 19 ans.

#### *La non-scolarisation : lacunes de la prise en charge ou limitations dues à l'état de santé ?*

La non-scolarisation des enfants handicapés est difficile à évaluer. Elle peut être transitoire, lorsque l'enfant est en attente d'une place. Un enfant non scolarisé peut être accueilli dans un établissement médico-éducatif, et bénéficier dans ce cadre d'un apprentissage adapté à ses capacités. Enfin, certains enfants ne sont ni scolarisés, ni accueillis en établissement : leur nombre, très difficile à estimer avec précision, est vraisemblablement de l'ordre de quelques milliers. L'exploitation de l'enquête HID auprès des personnes vivant à domicile permet d'estimer que le nombre d'enfants âgés de 6 à 16 ans, pour lesquels un dossier a été déposé devant une CDES et qui n'ont jamais été scolarisés, se situe entre 5 000 et 14 000.

La description des différentes situations de non-scolarisation n'a de sens qu'à la lumière de données sur l'état de santé de l'enfant. Certaines déficiences – déficiences mentales lourdes, polyhandicaps – peuvent être difficilement compatibles avec un apprentissage scolaire. Ces limitations majeures expliquent-elles tous les cas de non-scolarisation ? Les données statistiques disponibles ne permettent une mise en relation de l'état de santé et de la non-scolarisation que pour les enfants et adolescents en établissements et services médico-so-

ciaux. Les résultats présentés ici proviennent donc de l'enquête *Établissements sociaux (ES)* [encadré 3]. En 1996, un quart des enfants et adolescents – soit environ 29 000 individus – accueillis dans ces structures n'était pas scolarisé. La part des enfants non scolarisés parmi ceux accueillis dans des établissements et services médico-sociaux était en 1991 de 20 %, alors que la structure de la population accueillie par type de déficience était globalement la même. Une des raisons de cette augmentation vient sans doute du changement de nomenclature de l'enquête entre 1991 et 1996. Le taux de non-scolarisation est lié à l'âge des enfants : 25 % des 6-10 ans accueillis en établissement ne sont pas scolarisés, taux qui chute à 18 % pour les 11-15 ans. Après 16 ans, la scolarité n'est plus obligatoire. Le taux de non-scolarisation est donc plus élevé : il atteint 26 % pour les 16-19 ans accueillis en établissement, contre 16 % pour les autres jeunes du même âge (graphique 1). Dans l'ensemble de la population, 69 % des jeunes de 20 ans et plus ne sont pas scolarisés ; dans les établissements pour handicapés, ils sont 56 %. En effet, les jeunes peuvent être maintenus en établissement médico-éducatif après 20 ans non seulement dans l'attente d'être placés dans une structure pour adultes au titre de l'amendement Creton, mais aussi pour y finir un cursus pédagogique.

Mais ce sont surtout, bien évidemment, les déficiences qui sont liées à l'absence de scolarisation : 94 % des enfants accueillis en établissement qui souffrent d'un polyhandicap et 78 % de ceux qui ont un retard mental profond et sévère ne sont pas scolarisés (tableau 6). La surdi-cécité<sup>6</sup> s'accompagne dans près d'un cas sur deux d'une absence de scolarisation. La non-scolarisation des enfants souffrant d'une déficience visuelle totale, d'un retard mental léger, ou d'un trouble du comportement, est nettement moins fréquente (elle concerne respectivement 13, 8 et 11 % des enfants accueillis en établissement), mais plus difficile à expliquer. Quelle que soit la déficience principale, l'absence de scolarisation se produit plus fréquemment si l'enfant a au moins deux déficiences, hormis en cas de retard mental profond. La déficience principale est alors déjà si lourde qu'un handicap supplémentaire

6. On désigne ainsi le fait d'être sourd et aveugle.

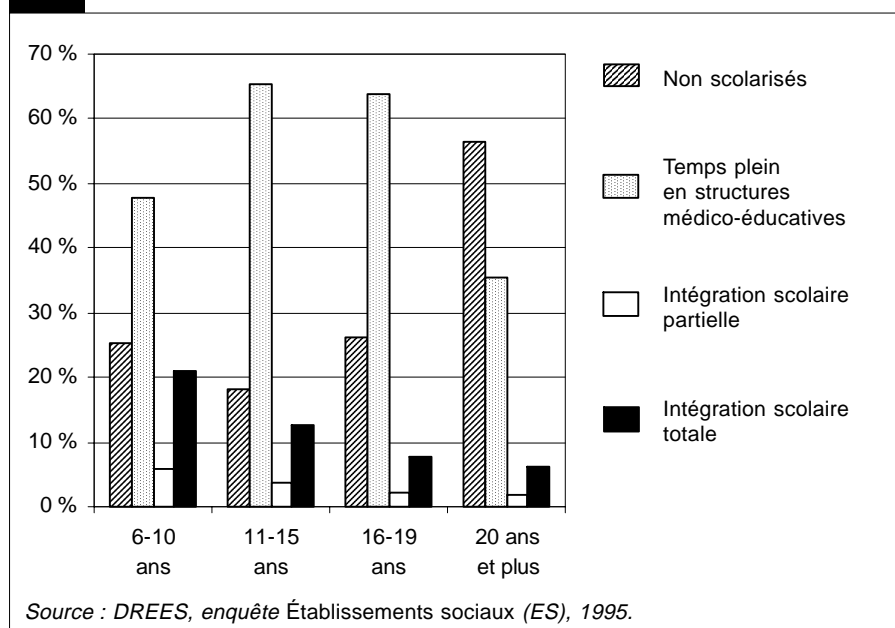
n'a pas d'impact additionnel. En revanche, lorsque les personnes n'ont pas de déficience intellectuelle, le fait d'avoir une déficience associée est un facteur limitant fortement la scolarisation. En effet, ceux qui ont une déficience psychologique sans déficience intellectuelle ne sont que 6 % à ne pas être scolarisés lorsqu'ils ont une seule déficience, mais 16 % lorsqu'ils en subissent plus d'une.

Ceux qui n'ont ni déficience psychologique, ni déficience intellectuelle ne sont que 4 % à ne pas être scolarisés lorsqu'ils ont une seule déficience, et 21 % lorsqu'ils en ont plus d'une. Cela reste vrai, mais moins nettement, pour les enfants atteints de déficiences intellectuelles autres que le retard mental profond.

En établissement médico-éducatif, la non-scolarisation ne signifie pas absence

complète d'apprentissage : 42 % des enfants de plus de 6 ans non scolarisés<sup>7</sup> acquièrent des notions simples de communication, d'habitudes d'hygiène et de sécurité alimentaire, mais sans lecture, ni calcul, ni écriture. C'est même le cas de 77 % des enfants non scolarisés qui n'ont ni déficience intellectuelle, ni déficience psychologique. Lorsqu'ils ont une déficience psychologique sans autre déficience, ils reçoivent dans les deux tiers des cas ce type d'apprentissage. En revanche, pour 58 % des enfants de plus de six ans accueillis en établissement et qui ne sont pas scolarisés, l'apprentissage ne va pas au-delà de quelques gestes simples. Ainsi, 86 % des enfants polyhandicapés non scolarisés n'apprennent que quelques gestes simples ; c'est aussi le cas de 60 % des enfants non scolarisés ayant des déficiences intellectuelles lourdes.

**G.01** scolarisation des enfants accueillis en structures médico-éducatives en fonction de la classe d'âge



7. Il faut toutefois relativiser ces résultats car il y a 17 % de non réponses.

**T.06** lieu de scolarisation des enfants de 6 ans et plus accueillis en structures médico-éducatives en fonction de leur déficience principale

Déficiences	Non scolarisés	Temps plein dans l'établissement d'éducation spéciale	Intégration scolaire		Total
			partielle	totale	
Retard mental profond et sévère	78	19	2	1	100
Retard mental moyen	33	60	3	4	100
Retard mental léger	8	80	3	9	100
Autres déficiences de l'intelligence	12	59	8	21	100
Déficiences de la conscience	29	66	2	3	100
Troubles du caractère et du comportement	11	67	3	19	100
Déficiences du langage	19	62	4	15	100
Déficiences auditives	4	50	13	33	100
Surdi-cécité	44	48	2	6	100
Déficiences visuelles totales	13	50	3	34	100
Autre déficiences visuelle	3	55	2	40	100
Déficiences motrices	15	52	3	30	100
Déficiences viscérales, métaboliques, nutritionnelles	15	53	2	30	100
Polyhandicap	94	5	1	0	100
Déficiences non renseignées	23	60	5	12	100
<b>Ensemble</b>	<b>24</b>	<b>59</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

Source : DREES, enquête Établissements sociaux (ES), 1995.

**Pour en savoir plus**

- *Élise de LACERDA* : « Les classes d'intégration scolaire et les sections d'enseignement général et professionnel adapté en 1998-1999 », Ministère de l'Éducation Nationale, Note d'information n° 00.13, 2000.
- *Élise de LACERDA* : « Les enseignements généraux et professionnels adaptés du second degré en 1999 », Ministère de l'Éducation Nationale, Note d'information n° 00.44, 2000.
- *Christian MONTEIL* : « Les enfants handicapés en internat en 1998 », DREES, Études et Résultats n° 106, 2001.
- *Christophe TRÉMOUREUX, Emmanuel WOITRAIN* : « Les établissements pour personnes handicapées entre 1988 et 1998 : réduction globale des disparités départementales », DREES, Études et Résultats n° 58, 2000.
- *Cellule Handiscol* : « Les statistiques sur la scolarisation des jeunes en situation de handicap, présentation des enquêtes des ministères de tutelle et de leurs modes de description des déficiences des enfants et adolescents », document de travail (à paraître à la DREES).
- *IGAS (Ministre chargé des Affaires Sociales) et IGEN (Ministre chargé de l'Éducation Nationale)* : « Rapport sur l'accès à l'enseignement des enfants et adolescents handicapés », n° 99-002, 1999.
- *A. TRIOMPHE (sous la direction de)* : « les personnes handicapées en France : données sociales », INSERM-CTNERHI, 1995.
- *Ministère de l'Éducation nationale et ministère de la Recherche* : « Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche », 2001.
- *Ministère de l'Éducation nationale, de la recherche et de la technologie* : « Handiscol', guide pour la scolarisation des enfants et adolescents handicapés », septembre 1999.

# les publications de la **drees**

Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité  
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées

11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon  
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes :

**Internet** : [www.sante.gouv.fr/htm/publication](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication)

Tél. : 01 40 56 81 24



- un hebdomadaire :

## **Études et Résultats**

consultable sur Internet

abonnement gratuit à souscrire auprès de la DREES

télécopie : 01 40 56 80 38

[www.sante.gouv.fr/htm/publication](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication)

- trois revues trimestrielles :

## **Revue française des affaires sociales**

revue thématique

dernier numéro paru :

« Le bénévolat »

n° 4, octobre-décembre 2002

## **Dossiers Solidarité et Santé**

revue thématique

dernier numéro paru :

« Comparaisons internationales », n° 3, juillet-septembre 2002

« La tarification à la pathologie - leçons de l'expérience étrangère »,

Actes du colloque du 7 et 8 juin 2001, Hors série, juillet 2002

## **Cahiers de recherche de la MiRe**

- des ouvrages annuels :

**Données sur la situation sanitaire et sociale en France**

**Comptes nationaux de la santé**

**Comptes de la protection sociale**

- et aussi...

**Chiffres repères sur la protection sociale  
dans les pays de l'Union européenne**

**STATISS, les régions françaises**

Résumé des informations disponibles dans les services statistiques des DRASS

consultable sur Internet :

[www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm](http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm)



Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française

29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07

tél. : 01 40 15 70 00

Internet : [www.ladocfrancaise.gouv.fr](http://www.ladocfrancaise.gouv.fr)