

Dossier scientifique

Guide pour la valorisation des données locales dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie

Édition 2009



LES AUTEURS DU DOSSIER SCIENTIFIQUE

LA COMMISSION SPÉCIALISÉE DU CONSEIL SCIENTIFIQUE DE LA CNSA SUR LE PARTAGE DES INFORMATIONS TERRITORIALES

a pour objectifs d'améliorer la mise à disposition aux opérateurs des statistiques permettant d'orienter les politiques locales du handicap et de la prévention de la perte d'autonomie ; de contribuer à valoriser et à mutualiser les productions de données statistiques locales dans le domaine du handicap et de la perte d'autonomie ; de proposer des projets de recherche ou de procéder à des appels à projet pour permettre aux opérateurs locaux de disposer des méthodologies ou outils nécessaires à la mobilisation de ces données.

- Pr Alain GRAND, président de la commission (Université de Toulouse 3)
- Estelle PELLETIER, chef de projet (CNSA)
- M. Jean-Yves BARREYRE (CEDIAS, Délégation ANCREAI Ile de France)
- Mme Valérie CAPUANO-DELESTRE (Ministère de l'Éducation nationale)
- Mme le Dr Claude DUCOS-MIERAL (Conseil général du Rhône)
- Mme Sylvie EGHBAL TEHERANI (DREES)
- M. Christian FISCHER (Conseil général du Haut-Rhin)
- Mme Danièle FONTAINE (Fondation Médéric Alzheimer)
- M. le Dr André OCHOA (FNORS)
- Mme Claudine PADIEU (ODAS)
- Mme Annie-Claude PATY (INVS)
- Mme Mélanie RIDEL (Conseil général de Paris)
- Mme Florence SUZAN (INVS)

AVEC LE SOUTIEN DE

L'ÉQUIPE PROJET DE LA FÉDÉRATION NATIONALE DES OBSERVATOIRES RÉGIONAUX DE SANTÉ (FNORS)

- M. François TUFFREAU (ORS Pays de la Loire), chef de projet
- M. Frédéric IMBERT (ORS Alsace)
- M. le Dr Bernard LEDESERT (ORS Languedoc-Roussillon)
- Mme Françoise LELIEVRE (ORS Pays de la Loire)
- Mme Laurence MOINE (ORS Alsace)
- Mme Marie-Sylvie SANDER (ORS Pays de la Loire)



SOMMAIRE

Préface	2
Introduction	3
Présentation générale	5
Avertissement	8
Les thématiques	
1. Connaissance des publics	9
2. Dispositifs d'accueil, d'évaluation et de suivi.....	29
3. Scolarisation et formation	51
4. Emploi, activité professionnelle.....	77
5. Participation à la vie sociale, accessibilité.....	103
6. Prévention et dépistage.....	125
7. Compensation individuelle, aides individuelles.....	153
8. Établissements et services d'accueil et d'accompagnement.....	187
9. Financements publics	221
ANNEXES	247
Liste des indicateurs	249
<i>Descriptif des sources de données</i>	259
<i>Liste des sigles</i>	285
<i>Remerciements</i>	291

PRÉFACE

« Toute personne, quels que soient son âge, sa situation de handicap ou ses pathologies, et éprouvant des difficultés dans les actes de la vie quotidienne (actes essentiels, activités domestiques, activités sociales) doit pouvoir bénéficier temporairement ou durablement d'un droit à compensation »¹. L'« aide à l'autonomie » concerne les personnes âgées en difficultés, comme les personnes en situation de handicap, quelle qu'en soit la cause.

L'estimation du nombre de personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie, la description de leurs difficultés et l'évaluation de leurs besoins est une préoccupation majeure des acteurs et décideurs locaux et nationaux. Néanmoins, cela reste un **véritable défi pour ceux qui essaient de répondre à ces questions apparemment simples** bien que depuis quelques années, des chercheurs et des statisticiens mènent des enquêtes et des analyses pour mieux répondre à ces interrogations.

Le guide pour la valorisation des données locales est un travail particulièrement éclairant à la fois de la complexité du domaine et de la difficulté à répondre à ces interrogations mais aussi des avancées qui ont été conduites dans ce domaine.

L'ensemble de ce guide contient plus de **300 indicateurs**, provenant de **96 sources d'information différentes**. Ces indicateurs sont rassemblés en **54 concepts distincts**, correspondant à autant de problématiques définies et documentées. Le guide couvre les différents domaines de l'observation et l'évaluation des politiques en faveur des personnes handicapées ou dépendantes.

Le **guide est concerne délibérément toutes les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie, sans barrière d'âge**. *A posteriori*, ce choix s'avère pertinent, et à aucun moment cette option n'a entravé la réalisation du guide. Le mouvement de convergence entre les politiques en faveur des personnes handicapées ou âgées dépendantes semble bien engagé, même si les politiques actuellement en place distinguent les différents âges de la vie.

L'édition 2009 est la première d'une série : d'autres publications viendront l'enrichir pour tenir compte de la construction d'indicateurs nouveaux et des évolutions législatives et réglementaires à venir ou annoncées dans le champ de la perte d'autonomie – je pense au débat du « 5^{ème} » risque notamment.

Cette première version a été particulièrement travaillée car elle fixe le cadre d'élaboration de toute la démarche. Elle a demandé presque deux années de travail et une implication forte des membres de la Commission spécialisée du Conseil scientifique « Partage des informations territoriales », de la FNORS et de la CNSA. Elle a également nécessité le recours à de nombreux experts extérieurs.

Je tiens ici à les remercier pour leur contribution à une entreprise dont l'utilité est manifeste. Le guide pour la valorisation des données locales est appelé à devenir un outil de référence pour les acteurs et décideurs du champ du handicap et de la perte d'autonomie.

Laurent Vachey,
Directeur de la CNSA

¹ Rapport 2008, *Droit universel d'aide à l'autonomie : un socle, une nouvelle étape*, CNSA

INTRODUCTION

La mise en œuvre des politiques publiques, en matière de handicap et de dépendance², est de plus en plus confiée aux acteurs territoriaux : les régions, pour ce qui concerne la planification de l'offre de services médico-sociale, les départements dans le champ de l'évaluation des situations individuelles et de l'accompagnement des personnes, les communes pour l'aide aux personnes en difficulté à domicile, les caisses de retraite, les associations,....

Le pilotage de ces politiques nécessite d'être éclairé par une information partagée et pertinente. Les partenaires nationaux, régionaux, départementaux, municipaux et locaux doivent pouvoir disposer d'une connaissance précise des besoins et des actions entreprises pour « piloter » et « coordonner » leurs interventions. Or ces divers partenaires ont le plus souvent mis en place des modes d'organisation de suivi et des systèmes d'information propres qui rendent difficiles voire impossibles l'échange, la consolidation et la comparaison de données. Cela est d'autant plus vrai que les champs du handicap et de la dépendance mobilisent des concepts complexes, évolutifs et qui font souvent débat. Une réflexion doit donc être menée afin d'harmoniser les concepts et indicateurs et permettre des analyses pertinentes.

Consciente d'une telle nécessité, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a installé au sein de son Conseil scientifique, la Commission Spécialisée « Partage des Informations Territoriales ». Cette dernière a pour missions d'améliorer la mise à disposition de statistiques aux acteurs territoriaux leur permettant d'orienter les politiques locales du handicap et de prévention de la perte d'autonomie, de contribuer à valoriser et à mutualiser les productions de données locales dans le domaine du handicap et de la dépendance, de permettre aux opérateurs locaux de disposer de méthodologies ou outils nécessaires à la mobilisation des données.

Sa première décision a été, en 2007, d'entreprendre la réalisation d'un *Guide pour la valorisation des données locales utilisées dans les domaines du handicap et de la perte d'autonomie, à destination des partenaires locaux et nationaux de la Caisse nationale.*

Parallèlement, le 23 janvier 2008 le colloque national « connaître pour agir » organisé par le conseil national de l'information statistique (cnis), l'assemblée des départements de France (adf) et le conseil général de Loire Atlantique faisait état de la nécessité de consolider les données présentes sur les territoires, de mettre de la cohérence dans les multiples données existantes - qui n'ont pas forcément les mêmes bases de calcul -, et de permettre aux travaux statistiques de mieux rendre compte des réalités sociales.

La finalité de ce guide est de faire connaître et rendre accessibles les principaux indicateurs existants jugés pertinents susceptibles d'éclairer les politiques publiques. Il doit ainsi permettre d'améliorer la communication et la concertation, en facilitant l'analyse des données à chaque niveau de décision et d'action territoriales, afin de répondre aux besoins de connaissance des différents acteurs. C'est un outil résolument pratique qui fournit aux utilisateurs les informations sur les données disponibles selon le niveau territorial et sur les conditions d'accès à ces données. Le guide ne prétend pas à l'exhaustivité dans la

² Il est d'usage en France de distinguer handicap et dépendance bien que cette distinction ne soit pas fondée : le mot handicap fait ainsi référence aux personnes de moins de 60 ans, porteuses de d'altération de fonction(s) et dont l'état peut nécessiter un accompagnement ou une compensation ; le terme de dépendance est quant à lui appliqué aux personnes ayant besoin d'aide pour la réalisation d'actes de la vie quotidienne du fait de l'avancée en âge, il renvoie implicitement aux personnes âgées de 60 ans et plus, du fait de la barrière d'âge fixée dans les dispositifs administratifs. De la même façon, le vocable « perte d'autonomie » est généralement associé aux personnes âgées de 60 ans et plus alors que cette dernière peut survenir au cours de la vie, avant l'âge de 60 ans. En réalité, pour rendre compte des difficultés et des situations des personnes, il faudrait parler uniquement de handicap quel que soit l'âge des personnes. Dans le présent guide sera généralement utilisé le vocabulaire le plus répandu, le lecteur est donc invité à porter attention à la définition et au périmètre des indicateurs plus qu'à ce vocabulaire.

mesure où l'objectif est de sélectionner les indicateurs qui paraissent les plus appropriés pour la conduite et l'évaluation des politiques. Cet outil doit pouvoir valoriser l'existant. Il s'agit en outre à travers le guide d'impulser une démarche d'harmonisation dans la construction des indicateurs et d'instaurer une culture commune autour des données.

Le guide vise trois objectifs :

- faire connaître les indicateurs existants et publiés, dans le domaine de la perte d'autonomie ;
- sensibiliser à la bonne utilisation des données en termes d'interprétation et d'utilisation ;
- dire où se trouve l'information et comment y accéder ;

Les informations contenues dans le guide sont tributaires des sources disponibles et de la construction des indicateurs actuels. Certains indicateurs peuvent donc apparaître insuffisants ou certains domaines mal couverts.

Le guide est appelé à évoluer. Les versions ultérieures permettront d'améliorer l'état des connaissances. Elles pourront être enrichies de nouveaux indicateurs et notamment des indicateurs discutés et produits dans le système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SIPAPH) que la CNSA met en place avec les conseils généraux, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et les partenaires nationaux ; elles tiendront compte également des évolutions législatives et réglementaires.

Démarrée pendant l'été 2008, la **réalisation du guide** s'est achevée fin 2009. Quelques données chiffrées permettent de mesurer l'ampleur du travail accompli. L'ensemble du guide contient plus de **300 indicateurs**, provenant de **96 sources d'information différentes**. Ces indicateurs sont rassemblés en **54 concepts distincts**, correspondant à autant de problématiques définies et documentées.

Il a été réalisé sous l'égide de la commission « partage des informations territoriales », coordonné par la CNSA avec la collaboration de la FNORS. Il couvre les différents domaines nécessaires pour l'observation et l'évaluation des politiques en faveur des personnes handicapées ou dépendantes.

Une consultation rapide du guide montre l'importance et la diversité des sources disponibles au plan local. Certains jugeront peut-être que des champs de connaissance sont incomplets ou mal couverts. On pense en particulier à l'absence d'indicateurs concernant l'aide aux aidants. La thématique consacrée à la prévention et au dépistage constitue sans doute également une première ébauche pour un chantier qui est encore loin d'être défriché. Mais globalement, la masse des indicateurs mobilisables à l'échelle des thématiques est déjà très importante.

Le guide pour la valorisation des données locales constitue une brique de l'ensemble de la réflexion en cours pour une meilleure observation et évaluation des politiques publiques. Le travail du groupe CNIS « indicateurs sociaux départementaux » installé à la suite du colloque « Connaître pour agir » du 23 janvier 2008 en constitue une autre, complémentaire.

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

Le Guide pour la valorisation des données locales dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie a été conçu comme un outil résolument pratique destiné à fournir aux utilisateurs nationaux et locaux (régionaux, départementaux, communaux) un certain nombre d'informations sur des indicateurs existants.

Ce guide est un outil dynamique, pensé pour être utilisé de façon interactive, les différents sujets étant connectés et interdépendants les uns des autres.

Il est structuré en 9 thématiques. Chacune d'elles est introduite par une note de problématique qui vise à présenter les enjeux, la pertinence et le périmètre de la thématique. La note de problématique propose également des ordres de grandeurs, justifie la logique de découpage et d'articulation avec les autres thématiques du guide. Chaque thématique est ensuite découpée en autant de concepts qu'il a été jugé nécessaire, ceux-ci étant présentés selon une architecture identique : une définition concise et documentée, des indicateurs, une rubrique de sensibilisation à la bonne utilisation/interprétation des indicateurs présentés, la liste des sources de données.

Tous les indicateurs présentés dans cette version constituent une sélection de l'existant au 31/12/2009.

Le guide est structuré en **neuf thématiques** :

1. Connaissance des publics
2. Dispositifs d'accueil, d'évaluation et de suivi
3. Scolarisation et formation
4. Emploi, activité professionnelle
5. Participation à la vie sociale, accessibilité
6. Prévention et dépistage
7. Compensation individuelle, aides individuelles
8. Etablissements et services d'accueil et d'accompagnement
9. Financements publics

Cette structuration couvre l'ensemble du champ du handicap et de la dépendance. Toutefois, leur contenu, dans cette version, ne prétend pas couvrir l'ensemble des problématiques qui se posent en termes de perte d'autonomie.

Le découpage choisi dans le guide s'affranchit de la barrière d'âge légale.

Volontairement, il n'existe pas de thématique spécifique à la santé car ce secteur est décliné en tant que de besoin dans les neuf thématiques.

Le périmètre actuel du guide ne couvre pas la thématique de l'aide aux aidants, ni celle de la précarité des personnes handicapées et âgées.

- **La thématique 1** concerne la connaissance des publics et s'attache à décrire les caractéristiques des personnes du point de vue des déficiences, des limitations d'activité et de la reconnaissance administrative. Les données sont peu nombreuses, précieuses, et pour la plupart issues d'enquêtes ponctuelles.

- **La thématique 2** concerne l'activité des dispositifs d'accueil, d'évaluation et de suivi. Quatre dispositifs sont étudiés : les maisons départementales des personnes handicapées, les « équipes médico-sociales APA » des conseils généraux, les centres d'information et de coordination dans le domaine gérontologique et les centres de ressources.
- **La thématique 3** aborde les questions relatives à la scolarisation et la formation des enfants et jeunes handicapés, y compris celles des jeunes apprentis et des étudiants handicapés.
- **La thématique 4** concerne l'ensemble des questions relatives à l'activité professionnelle, à l'emploi et à l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap.
- **La thématique 5** traite de la participation à la vie sociale et s'attache en particulier à l'accessibilité physique de l'environnement, faute d'indicateurs existants dans les autres domaines de l'accessibilité (sociale notamment).
- **La thématique 6** consacrée à la prévention et au dépistage du handicap et de la dépendance, constitue une première ébauche pour un chantier qui est encore loin d'être défriché.
- **La thématique 7** renseigne sur les bénéficiaires des prestations individuelles de compensation (AEEH, PCH, APA, ACTP) et aides individuelles (AAH, pensions d'invalidité). Les aides techniques et les aménagements du logement sont également abordés.
- **La thématique 8** décrit les indicateurs relatifs aux établissements et services d'accueil et d'accompagnement, pour les personnes handicapées et les personnes âgées, et à leur activité.
- **La thématique 9** concerne les financements de la solidarité consacrés à la perte d'autonomie, en termes de dépenses et de moyens, par financeur.

La thématique est ensuite découpée en **concepts**. Chaque concept est décliné sous forme d'une fiche, l'ensemble des fiches constituant le guide. Les concepts font l'objet d'une numérotation séquentielle, par thématique.

Tous les concepts sont structurés de la manière suivante :

1. Définitions et références
2. Textes de référence
3. Concepts liés
4. Indicateurs
5. Intérêts et limites
6. Sources

Définitions et références

Définition du concept qui précise la nature et les caractéristiques des prestations (âge des bénéficiaires potentiels, lieu de vie, évaluation du handicap...), des structures (missions, financement, régime d'autorisation...) ou des dispositifs observés. Les définitions sont concises, valables à la date du 31/12/2009.

Textes de référence

La quasi-totalité des concepts contient, en complément de la définition du concept, des références législatives et réglementaires qui permettent d'approfondir le concept.

Concepts liés

Liste de concepts étudiés dans le guide, en lien avec le concept présenté.

Indicateurs

Cinq types d'informations sont présentés pour chaque indicateur :

- Titre
- Libellé, construction, méthode de calcul
- Axes d'analyse disponibles (par sexe, âge, structure...)
- Déclinaisons géographiques possibles
- Accès aux données

Pour chaque indicateur, il est précisé le niveau territorial de disponibilité des données : France entière (FE), France métropolitaine (FM), Régional (R), Départemental (D), Infra départemental (ID).

Un tableau résume les conditions d'accès aux données, selon le niveau territorial : organisme producteur de données, nom de la source, conditions d'accès aux données, séries statistiques publiées, fréquence de publication.

Parfois, l'organisme qui est à la source de l'information et la source d'information elle-même sont confondus. Dans ce cas, le nom de l'organisme n'est pas répété. Lorsque les données ne font pas l'objet d'une publication (quel qu'en soit le support), la mention « disponible sur demande auprès de » est précisée.

Le site internet d'accès aux données est en général mentionné dans le descriptif des sources qui figure en annexe. Il est parfois aussi cité directement dans le tableau.

Pour certains indicateurs, la donnée n'est pas publiée mais peut être calculée à partir d'autres indicateurs présentés dans le guide. Dans ce cas, l'indicateur est mentionné, la méthode de construction est précisée mais aucun tableau précisant les conditions d'accès ne l'accompagne.

Intérêts et limites

Rubrique destinée à éclairer la compréhension des indicateurs. Il s'agit de montrer les intérêts et limites des indicateurs présentés, et de sensibiliser à la bonne interprétation et utilisation de ces indicateurs.

Sources

Chaque source utilisée dans le concept est numérotée, et une présentation succincte est disponible en annexe du guide.

AVERTISSEMENT

Dans le cadre de la révision générale des politiques publiques (RGPP), une profonde réorganisation des administrations centrales et territoriales de l'Etat a abouti en 2009-2010 à de nombreux regroupements de services, en particulier au plan territorial.

Les organismes producteurs de données et les accès aux données cités dans ce guide (édition 2009) peuvent s'en trouver modifiés.

Au plan national, la Direction générale de l'action sociale (DGAS) est devenue la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

Au plan régional, ces regroupements touchent en particulier les DRASS, ARH, DRTEFP, et DRJS.

- Les missions en matière de santé au sens de la définition de l'OMS étant regroupées au sein des agences régionales de santé (ARS), les services chargés de ces missions au sein des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et des ARH sont intégrées au sein des ARS, avec les personnels des URCAM et certains personnels des CRAM.
- Les missions sociales des DRASS relèvent dorénavant des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS).
- Les Directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) sont intégrées au sein des Directions régionales des entreprises, de la concurrence et de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE).

Au plan départemental

- En matière sociale, deux modes d'organisation sont prévus en fonction de la taille du département. Dans les départements les plus importants (plus de 400 000 habitants), les Directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) regroupent notamment les services de la Direction départementale de la jeunesse et des sports et le pôle social des DDASS. Dans les départements moins peuplés, un regroupement plus large est effectué au sein de la Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP).
- Les Directions départementales de la jeunesse et des sports rejoignent, en fonction de la taille du département, soit les Directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) soit les Directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP) (voir ci-dessus).
- Les agents du pôle santé et médico-social des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) sont intégrés au sein des ARS. Les DDASS deviennent des antennes territoriales de l'ARS.
- Les DDTEFP deviennent des antennes départementales de la DIRECCTE.

1

CONNAISSANCE DES PUBLICS

L'estimation du nombre de personnes handicapées ou dépendantes, la connaissance de leurs caractéristiques, de leur situation et de leurs difficultés est un préalable essentiel pour la définition des politiques publiques visant à répondre au mieux à leurs besoins.

Pourtant, la connaissance des personnes en situation de handicap ou de dépendance demeure lacunaire tant la notion est complexe et les données nombreuses mais parcellaires.

► **Le handicap, une combinaison de situations et de caractéristiques**

Les frontières mêmes du handicap sont encore soumises à débat, y compris au niveau international¹.

Aujourd'hui, l'organisation mondiale de la santé (OMS) considère que « l'expérience de santé » d'un individu, pour être décrite, doit faire appel à différentes dimensions intriquées et interdépendantes comme les pathologies et leurs causes, les altérations de fonctions, les limitations d'activités et restrictions de participation sociale, le tout en interaction avec l'environnement social et physique de la personne. Les points d'entrée pour caractériser une situation de handicap sont donc multiples et il n'est pas possible d'appréhender le handicap de façon linéaire².

La personne handicapée doit « pouvoir faire » dans son environnement de vie les activités qui relèvent de ses choix ou de ses habitudes de vie. Ainsi, l'approche du handicap doit prendre en compte non seulement les différentes dimensions qui caractérisent une personne mais aussi une situation : il s'agit de tenir compte de l'environnement de la personne et de ses restrictions d'activité dans sa vie quotidienne. Le concept du handicap est en réalité une interaction entre des caractéristiques de la personne et de ses environnements.

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 définit le handicap - quel que soit l'âge -, de manière multidimensionnelle en faisant appel à ces concepts : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, 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 ».

► **Les données disponibles, au rythme des enquêtes en population générale et issues des données administratives, couvrent des périmètres de publics et de connaissance différents.**

Connaître les personnes en situation de handicap ou de dépendance nécessite de disposer de données relatives à ces personnes qu'elles soient connues ou non des dispositifs publics d'aide.

En France, l'enquête nationale **Handicaps-Incapacités-Dépendance**³ réalisée auprès d'un échantillon représentatif de plus de 20 000 personnes en ménage ordinaire et de 16 000 personnes en institutions entre 1998 et 2001 sous l'égide de l'INSEE et en collaboration avec différents chercheurs et acteurs du domaine a permis, **pour la première fois**, d'estimer et de repérer les populations concernées par le handicap quel que soit leur âge et d'éclairer la connaissance sur les besoins, les difficultés liées à l'incapacité, l'accès à l'emploi, les conditions de vie des personnes etc. Plus précisément, les résultats de l'enquête HID ont permis une meilleure connaissance des déficiences, une description des incapacités et une approche par désavantage social.

Toutefois si l'enquête constitue une avancée majeure dans la connaissance des personnes handicapées quel que soit leur âge, elle présente néanmoins l'inconvénient, de par sa construction, de ne pas proposer d'estimation locale, exception faite des départements qui ont financé une extension spécifique de l'enquête sur leur territoire. Elle présente aussi la limite de ne pas permettre la production d'indicateurs à fréquence annuelle ou suivis puisque l'actualisation est conditionnée à la reproduction de l'enquête nationale et les résultats sont diffusés au rythme des études réalisées ad hoc. L'enquête **Handicap-Santé** lancée en 2008, en ménage ordinaire et en institutions, assure la suite sur un rythme décennal : les premiers résultats de l'enquête Handicap-

¹ La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), succédant à la Classification internationale des handicaps (CIH) OMS, 1980, est élargie à la prise en compte de l'environnement. Elle a été adoptée par l'OMS en 2001. Les différences d'approche font pourtant toujours débat.

² Les désignations du handicap. Des incapacités déclarées à la reconnaissance administrative. Isabelle Ville, Jean-François Ravaud, Alain Letourmy. Revue française des affaires sociales N°1-2, janvier-juin 2003.

³ Voir le descriptif de l'enquête dans le chapitre « Descriptif des sources de données », en annexe du guide.

Santé en ménage ordinaire sont prévus pour 2010. Dans les deux cas, ces enquêtes déclaratives sont sujettes aux aléas des réponses des personnes d'autant plus que le sujet est complexe.

A côté des enquêtes en population générale, qui permettent d'identifier au niveau national une partie des besoins des personnes, et d'approcher leurs déficiences et leurs incapacités, les données issues des sources administratives permettent de cerner de manière précise certains aspects d'une partie de la population concernée par le handicap ou la dépendance. Elles sont restreintes à une description des personnes connues des dispositifs et n'offrent pas une connaissance générale de l'ensemble des situations et des besoins des personnes mais elles présentent l'avantage d'obtenir des résultats réguliers et disponibles au niveau local. Le système d'information partagé que met en place la CNSA avec les départements permettra de recueillir des données situationnelles précises des personnes connues de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

► La thématique est donc structurée en tenant compte des données disponibles qui couvrent tout ou partie du public et de l'approche du handicap retenue⁴ dans l'enquête HID :

- Concept 1.1 : Connaissance des publics du point de vue des altérations de fonctions : les déficiences
- Concept 1.2 : Connaissance des publics du point de vue des limitations d'activité
- Concept 1.3 : Population connue des dispositifs

► La thématique s'articule avec les concepts de la thématique 7 « Compensation individuelle, aides individuelles » qui traite des bénéficiaires par type de prestation, de ceux de la thématique 8 « Etablissements et services d'accueil et accompagnement » qui traite des personnes accueillies ou hébergées en établissements ou services. Enfin la question du désavantage social est traitée dans la thématique 5 « Participation à la vie sociale, accessibilité », au travers de l'accessibilité et de la participation à la vie sociale.

⁴ Classification internationale des handicaps (CIH) OMS, 1980, en vigueur lors de l'élaboration de l'enquête, antérieure à la CIF et à la définition légale du handicap introduite par la loi n°2005-102 du 11 février 2005.

CONCEPT 1.1 : CONNAISSANCE DES PUBLICS DU POINT DE VUE DES ALTERATIONS DE FONCTIONS : LES DEFICIENCES

1.1.1	Nombre de personnes déclarant des déficiences par grands types de déficiences.....	15
1.1.2	Taux de prévalence par grands types de déficiences	15
1.1.3	Nombre de personnes déficientes selon l'origine de la déficience	16
1.1.4	Taux de prévalence des déficiences selon l'origine de la déficience.....	16
1.1.5	Taux de prévalence des déficiences sévères chez l'enfant dans sa huitième année	17

CONCEPT 1.2 : CONNAISSANCE DES PUBLICS DU POINT DE VUE DES LIMITATIONS D'ACTIVITES

1.2.1	Taux de personnes déclarant être limitées dans leurs activités	20
1.2.2	Taux de personnes déclarant ne pouvoir réaliser sans aide certaines activités de la vie quotidienne	20
1.2.3	Taux de personnes selon le degré de dépendance mesuré par l'indicateur de Katz	21
1.2.4	Nombre de personnes dépendantes selon l'indicateur de Katz	21
1.2.5	Nombre de personnes âgées de 60 ans et plus selon leur groupe iso-ressources (GIR).....	21
1.2.6	Nombre de personnes âgées de 60 ans et plus potentiellement dépendantes selon le groupe iso-ressource (GIR)	22

CONCEPT 1.3 : POPULATION CONNUE DES DISPOSITIFS

1.3.1	Proportion de personnes ayant une reconnaissance d'un handicap	25
1.3.2	Nombre de personnes ayant déposé au moins une demande à la MDPH.....	26
1.3.3	Nombre de personnes ayant bénéficié d'un moins un accord de la CDAPH	26
1.3.4	Nombre moyen de demandes déposées à la MDPH par personne.....	26
1.3.5	Nombre moyen d'accords pris par la CDAPH par personne.....	26
1.3.6	Nombre de personnes titulaires de la carte d'invalidité	26
1.3.7	Nombre de personnes titulaires de la carte de priorité pour personne handicapée.....	26
1.3.8	Nombre de personnes titulaires de la carte de stationnement.....	27

CONCEPT 1.1 : CONNAISSANCE DES PUBLICS DU POINT DE VUE DES ALTERATIONS DE FONCTIONS : LES DEFICIENCES

DEFINITIONS ET REFERENCES

Une altération de fonction - ou déficience - chez une personne est une altération définitive ou provisoire, d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique. L'origine peut en être une anomalie congénitale, une maladie ou un traumatisme.

La déficience est une des dimensions par laquelle on peut approcher le handicap. Cette dimension à elle seule ne permet pas de dénombrer l'ensemble des personnes handicapées ou dépendantes. En effet, la déficience peut être ou non à l'origine d'une limitation d'activité (incapacité et/ou difficulté à réaliser une activité) ou d'une restriction de participation à la vie sociale. Lorsque plusieurs déficiences coexistent chez une même personne, la notion de déficience principale peut être utilisée pour décrire celle qui a le plus fort impact sur la personne.

En référence à l'arrêté de nomenclature du 6 février 2008, les déficiences peuvent être intellectuelles, psychiques, du langage et de la parole, sensorielles (auditives, visuelles), viscérales (cardio-vasculaires, respiratoires...), motrices.

Les déficiences ne sont pas des données recueillies aujourd'hui par les instances administratives mais le système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SIPAPH) que met en place la CNSA avec les départements permettra le recueil de cette information pour les personnes connues des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

L'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) permet d'appréhender les déficiences par 3 étapes : le questionnement direct, le questionnement indirect qui en interrogeant sur les limitations d'activité, questionne sur les causes de ces difficultés et *a posteriori* par le recodage et le contrôle par une équipe médicale de la liste des déficiences. Les déficiences recueillies dans l'enquête HID ne sont pas construites selon la nomenclature désormais en vigueur publiée dans l'arrêté du 6 février 2008. L'enquête HID permet, pour le niveau national, une approche du handicap par la description de différentes dimensions dont celle des déficiences. Cette description est aussi disponible pour les départements 13-Bouches-du-Rhône, 34-Hérault, 35-Ille-et-Vilaine, 42-Loire, 62- Pas-de-Calais, 77-Seine-et-Marne et 95-Val-d'Oise, et la région Haute-Normandie, ces départements et région ayant bénéficié d'une extension dite « locale » qui leur permet de disposer d'estimations pour leur territoire. Les résultats ont été recueillis auprès de personnes interrogées en 1998-1999. De nouvelles données seront disponibles prochainement, avec la mise à disposition de l'enquête Handicap-Santé. Pour cette édition 2008, les départements 59-Nord, 62- Pas-de-Calais, 69-Rhône, 92-Hauts-de-Seine, 971-Guadeloupe, 972-Martinique qui ont choisi des extensions locales disposeront d'estimations pour leur territoire.

Par ailleurs, le Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal (RHEOP) a été une source identifiée pour la connaissance des déficiences des enfants, pour trois départements : 38-Isère, 73-Savoie, 74-Haute-Savoie.

Textes de références :

- *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (Organisation mondiale de la santé)*
- *Définition du handicap : Code de l'action sociale et des familles - CASF (L114)*
- *Annexe 1 de l'arrêté du 6 février 2008 relatif au GEVA, définissant les références et nomenclatures applicables au guide d'évaluation*

Concepts liés :

- Concept 1.2 : Connaissance des publics du point de vue des limitations d'activités

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

1.1.1 Nombre de personnes déclarant des déficiences par grands types de déficiences

Nombre de personnes déclarant une ou plusieurs déficiences.

Cet indicateur est disponible pour chaque grand type de déficiences (motrice, visuelle, auditive, du langage ou de la parole, viscérale ou métabolique, intellectuelle ou mentale, autre) et tous types de déficiences confondues, au niveau national et pour les départements et région ayant bénéficié d'une extension locale de l'enquête.

Il est décliné notamment selon :

- l'âge (classes décennales),
- le milieu social de la personne de référence du ménage (disponible uniquement pour les personnes vivant à domicile),
- le type d'établissement (foyers pour enfants handicapés, foyers pour adultes handicapés, établissements hébergeant des personnes âgées, institutions psychiatriques) et l'âge (classes décennales).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FM	INSEE	Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (HID)	Collection INSEE Résultats - Société « Les enquêtes Handicaps - Incapacités - Dépendance de 1998 et 1999. Résultats détaillés » - personnes vivant à domicile et en institution : n°22 [tableaux 183 à 185 page 206] - personnes vivant en institution : n°83-84 [tableaux 52 à 54 page 69, tableaux 76 à 79 page 77] - personnes vivant en domicile ordinaire : n°6 [tableau 21 page 72, tableau 29 page 75]		
FM, D (13, 34, 35, 42, 62, 77, 95), R (Haute-Normandie)			Collection INSEE Résultats - Société n°12 « Estimations locales sur les personnes handicapées vivant en domicile ordinaire. Enquête HID 1999. Résultats détaillés »* [tableau page 51, tableau 202 page 65]		

* Cette publication contient les données France métropolitaine et pour chacune des extensions locales.

1.1.2 Taux de prévalence par grands types de déficiences

Nombre de personnes déclarant au moins une déficience dans chaque grand type de déficiences, divisé par l'effectif de la population et multiplié par 100.

Cet indicateur est disponible pour chaque grand type de déficiences (motrice, visuelle, auditive, du langage ou de la parole, viscérale ou métabolique, intellectuelle ou mentale, autre), au niveau national et pour les départements et région ayant bénéficié d'une extension locale de l'enquête.

Il est décliné notamment selon :

- le sexe et l'âge (classes décennales),
- le milieu social,
- le type d'établissement (foyers pour enfants handicapés, foyers pour adultes handicapés, établissements hébergeant des personnes âgées, institutions psychiatriques) et l'âge (classes décennales).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FM	INSEE	Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (HID)	Collection INSEE Résultats - Société « Les enquêtes Handicaps - Incapacités - Dépendance de 1998 et 1999. Résultats détaillés » - personnes vivant à domicile et en institution : n°22 [tableaux 17 à 21 page 70] - personnes vivant en institution : n°83-84 [tableaux 108 à 114 page 87] - personnes vivant en domicile ordinaire : n°6 [tableaux 45 à 51 page 85]		
FM, D (13, 34, 35, 42, 62, 77, 95), R (Haute-Normandie)			Collection INSEE Résultats - Société n°12 « Estimations locales sur les personnes handicapées vivant en domicile ordinaire. Enquête HID 1999. Résultats détaillés »* [tableau page 51, tableau 201 page 56, tableaux 203-a et 203-b page 92]		

* Cette publication contient les données France métropolitaine et pour chacune des extensions locales

1.1.3 Nombre de personnes déficientes selon l'origine de la déficience

Nombre de personnes déclarant une déficience selon l'origine (maladie, problème lié à la naissance, accident, vieillesse, problèmes socio-familiaux, cas divers ou difficile à traiter).

Cet indicateur est disponible au niveau national et pour les départements et région ayant bénéficié d'une extension locale de l'enquête.

Il est décliné notamment selon :

- le sexe et l'âge (classes décennales),
- le milieu social de la personne de référence du ménage (disponible uniquement pour les personnes vivant à domicile),
- le type d'établissement (foyers pour enfants handicapés, foyers pour adultes handicapés, établissements hébergeant des personnes âgées, institutions psychiatriques) et l'âge (classes décennales).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FM	INSEE	Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (HID)	Collection INSEE Résultats - Société « Les enquêtes Handicaps - Incapacités - Dépendance de 1998 et 1999. Résultats détaillés » - personnes vivant en institution : n°83-84 [tableaux 126 à 128 page 100, tableaux 147 à 150 page 107] - personnes vivant en domicile ordinaire : n°6 [tableaux 60 à 62 page 101, tableaux 81 à 83 page 108]		
FM, D (13, 34, 35, 42, 62, 77, 95), R (Haute-Normandie)			Collection INSEE Résultats - Société n°12 « Estimations locales sur les personnes handicapées vivant en domicile ordinaire. Enquête HID 1999. Résultats détaillés »* [tableau page 55]		

* Cette publication contient les données France métropolitaine et pour chacune des extensions locales.

1.1.4 Taux de prévalence des déficiences selon l'origine de la déficience

Nombre de personnes déclarant une déficience selon l'origine (maladie, problème lié à la naissance, accident, vieillesse, problèmes socio-familiaux, cas divers ou difficile à traiter), divisé par l'effectif de la population et multiplié par 100.

Cet indicateur est disponible au niveau national et pour les départements et région ayant bénéficié d'une extension locale de l'enquête.

Il est décliné notamment selon :

- le sexe et l'âge (classes décennales),
- le milieu social.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FM	INSEE	Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (HID)	Collection INSEE Résultats - Société « Les enquêtes Handicaps - Incapacités - Dépendance de 1998 et 1999. Résultats détaillés » - personnes vivant à domicile et en institution : n°22 [tableaux 29 à 35 page 81] - personnes vivant en institution : n°83-84 [tableaux 144 à 146 page 106] - personnes vivant en domicile ordinaire : n°6 [tableaux 78 à 80 page 107, tableaux 99 à 102 page 114]		
FM, D (13, 34, 35, 42, 62, 77, 95), R (Haute-Normandie)			Collection INSEE Résultats - Société n°12 « Estimations locales sur les personnes handicapées vivant en domicile ordinaire. Enquête HID 1999. Résultats détaillés »* [tableau page 55]		

* Cette publication contient les données France métropolitaine et pour chacune des extensions locales.

1.1.5 Taux de prévalence des déficiences sévères chez l'enfant dans sa huitième année

Nombre d'enfants dans leur huitième année ayant une déficience, divisé par l'effectif de la population d'enfants appartenant à la même génération, et multiplié par 100.

Cet indicateur est décliné par catégorie de déficience : déficiences motrices, déficiences intellectuelles sévères, troubles envahissants du développement dont autisme, déficiences sensorielles sévères dont auditives et visuelles.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
D (38, 73, 74)	RHEOP	RHEOP	Disponible sur le site internet du RHEOP	Depuis la génération 1980 pour l'Isère et la génération 1997 pour les deux autres départements	Annuelle

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- Les indicateurs présentés sont essentiellement issus de l'enquête nationale en population générale Handicaps-Incapacités-Dépendance, enquête déclarative réalisée en 1998-1999 auprès des personnes vivant en domicile ordinaire ou en institution. Cette enquête permet une estimation nationale des publics par catégories de déficiences en termes de taux de prévalence. Elle permet en outre, pour les départements ou région ayant bénéficié d'extensions locales, une estimation pour leur territoire. Les résultats ne sont pas « transposables » aux autres départements.
- Les estimations locales des départements ayant bénéficié d'une extension de l'enquête HID sur leur territoire ne permettent pas d'obtenir des résultats toujours fiables par type de handicap du fait d'effectifs insuffisants dans l'échantillon.
- La déficience est obtenue à partir des déclarations des personnes (et parfois de leur entourage). Les déficiences mesurées ici renvoient donc à des déficiences ressenties exprimées par les personnes donc non médicalement validées.
- Au vu du constat de la qualité insuffisante des réponses dans la description des déficiences dans l'enquête HID, un recodage *a posteriori* à partir des informations déclaratives a dû être réalisé. Les catégories proposées résultent de regroupements tels qu'ils se sont avérés possibles suite au travail de recodage. Ces catégories ne sont pas celles listées dans la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) ou dans l'arrêté de nomenclature du 6 février 2008.
- Il n'a pas été possible au vu des réponses de distinguer les déficiences mentales et intellectuelles. Elles sont donc regroupées.
- L'enquête Handicap-santé prévoit de recueillir l'information sur les déficiences mais, compte tenu des limites observées dans HID et pour éviter un recodage complexe *a posteriori*, aborde la question à travers la description concrète des limitations fonctionnelles de la personne. Les déficiences dans l'enquête Handicap-santé ne permettront pas de comparaison stricte avec celles reconstruites à partir de HID.
- Le système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SIPAPH) et les systèmes d'information des MDPH en construction prévoient le recueil des déficiences pour le public handicapé à travers l'outil réglementaire d'évaluation : le guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée (GEVA). Lorsque l'information sera recueillie dans les systèmes d'information, il sera alors possible de connaître les déficiences des personnes connues de la MDPH.

1.1.1 et **1.1.3** Ces effectifs sont estimés par redressement des deux échantillons d'enquête (à domicile, en institution) afin qu'ils soient représentatifs de l'ensemble de la population des champs couverts sur le territoire de la France métropolitaine.

1.1.3 L'effectif total (à domicile et en institution) du nombre de personnes déficientes selon l'origine de la déficience n'est pas publiée mais peut être obtenu en sommant les données de chacune des publications : les personnes vivant à domicile (n° 6), et vivant en institution (n°83-84).

1.1.2 et **1.1.4**

- Les taux de prévalence sont estimés France métropolitaine pour environ 57 millions de personnes vivant en domicile ordinaire et 650 000 personnes vivant en institution, dans le champ de l'enquête HID.
- Les estimations locales sont disponibles uniquement pour la population vivant en domicile ordinaire.

- S'agissant du milieu social les résultats sont présentés en données brutes et en données corrigées de l'âge et du sexe : tandis que les données brutes permettent de connaître le milieu social le plus touché par une catégorie de déficience, les données corrigées de l'âge et du sexe permettent de comparer une fois les effets âges et sexe neutralisés, la prévalence des déficiences entre groupes sociaux.
- On ne dispose pas du taux de prévalence toutes déficiences confondues. Seuls sont disponibles les taux par grands types de déficiences.

1.1.1 à **1.1.4** Le milieu social est apprécié différemment à domicile et en institution. A domicile, l'enquête HID recueille le milieu social de la personne de référence du ménage. En institution, il s'agit du milieu social de la personne elle-même, information qui n'est pas toujours disponible. La personne de référence du ménage est déterminée à partir de la structure familiale du ménage et des caractéristiques des individus qui le composent : il s'agit le plus souvent de la personne de référence de la famille quand il y en a une, ou de l'homme le plus âgé, en donnant priorité à l'actif le plus âgé.

1.1.5

- Le Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal (RHEOP) est en France la principale source d'information concernant la prévalence des déficiences sévères de l'enfant, dans leur huitième année de vie. Même si les données du registre ne concernent que trois départements de la région Rhône-Alpes, les indicateurs qui en sont issus peuvent être utilisés pour donner des ordres de grandeur de la fréquence des déficiences sévères dans d'autres départements.
- Ce registre contient également des données sur les caractéristiques de prise en charge des enfants avec déficiences sévères et sur l'origine de ces déficiences lorsque celle-ci est connue.

SOURCES DE DONNEES

S43. Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (INSEE)

S44. Enquête Handicap - Santé (INSEE)

S97. Registre des handicaps et observatoire périnatal (RHEOP)

CONCEPT 1.2 : CONNAISSANCE DES PUBLICS DU POINT DE VUE DES LIMITATIONS D'ACTIVITES

DEFINITIONS ET REFERENCES

Les **limitations d'activité** désignent les difficultés qu'une personne peut rencontrer pour accomplir une activité dans les différents domaines de la vie quotidienne (communication, mobilité, entretien personnel, tâches domestiques...). Dans le cadre de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), la caractérisation des limitations d'activité renvoie à deux approches :

- La notion de **capacité fonctionnelle** est utilisée pour tester l'aptitude de la personne à réaliser une activité dans un environnement standardisé « qui neutraliserait les influences variables d'environnements différents ». Cette notion est utilisée pour l'éligibilité à la prestation de compensation (PCH) ;
- La **réalisation effective** permet de décrire ce que fait l'individu dans son environnement ordinaire de vie. Elle tient compte des facilitateurs et des obstacles présents dans l'environnement quotidien/habituel. Cette notion est utilisée notamment pour l'éligibilité à l'APA.

La notion de limitation d'activité est centrale dans la définition légale du handicap. Elle est aussi le cœur du guide des besoins de compensation de la personne handicapée (GEVA), outil réglementaire depuis le 6 février 2008 qui répond à la logique d'évaluation globale de la situation de la personne, en prenant en compte tout à la fois ses caractéristiques personnelles et celles de son environnement. De même, le guide d'évaluation de la personne âgée en perte d'autonomie propose une approche *via* les limitations d'activité.

Les limitations d'activité sont un moyen d'approcher le handicap. Elles n'éclairent qu'une des dimensions du handicap et ne permettent pas d'explorer l'ensemble de la population handicapée ou dépendante.

Actuellement, aucun système d'information ne permet d'explorer les limitations d'activité mais la construction du système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SIPAPH) que met en place la CNSA avec les départements permettra à terme de connaître les limitations d'activité auxquelles sont confrontées les personnes connues des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

En attendant, l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) a interrogé cette dimension et a en outre permis sur la base des déclarations des personnes, de reconstituer des indicateurs synthétiques, comme par exemple :

- l'indicateur de Katz qui évalue l'indépendance de la personne dans la réalisation de six activités élémentaires de la vie quotidienne (Activities of daily living ADL). C'est une mesure usuelle de la dépendance au niveau international ;
- la grille AGGIR (autonomie gérontologie groupes iso-ressources) qui permet, à partir de la cotation en réalisation effective de 10 activités, de déterminer l'appartenance à un groupe dit iso-ressources (GIR). Chacun des six groupes inclut des personnes de profils différents mais ayant besoin d'un même volume d'aide en soins de base et relationnels. Il est très largement utilisé par les professionnels car il est le critère d'éligibilité pour l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cet indicateur a été reconstitué à partir des données déclaratives recueillies dans l'enquête HID. Il permet d'estimer le nombre de personnes dépendantes âgées de 60 ans et plus, par niveau de dépendance.

Ces indicateurs reconstitués sont aussi disponibles pour les départements 13-Bouches-du-Rhône, 34-Hérault, 35-Ille-et-Vilaine, 42-Loire, 62-Pas-de-Calais, 77-Seine-et-Marne et 95-Val d'Oise, et la région Haute-Normandie, ces départements et région ayant bénéficié d'une extension dite « locale » qui leur permet de disposer d'estimations pour leur territoire. Les résultats ont été recueillis auprès de personnes interrogées en 1998-1999. De nouvelles données seront disponibles prochainement, avec la mise à disposition de l'enquête Handicap-Santé. Pour cette édition 2008, les départements 59-Nord, 62-Pas-de-Calais, 69-Rhône, 92-Hauts-de-Seine, 971-Guadeloupe, 972-Martinique qui ont choisi des extensions locales disposeront d'estimations pour leur territoire.

Textes de références :

- *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (Organisation mondiale de la santé)*
- *Définition du handicap : Code de l'action sociale et des familles - CASF (L114)*
- *Evaluation de la perte d'autonomie par la grille AGGIR : CASF (L232-2, R232-3, R232-4, annexe 2-1)*
- *Evaluation des besoins de compensation : CASF (L146- 8), décret n° 2008-110 du 6 février 2008, arrêté du 6 février 2008*

Concepts liés :

- Concept 1.1 : Connaissance des publics du point de vue des altérations de fonctions : les déficiences
- Concept 7.4 : Bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

1.2.1 Taux de personnes déclarant être limitées dans leurs activités

Nombre de personnes déclarant être limitées depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement parmi les personnes âgées de 18 ans ou plus vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine, divisé par l'effectif de la population et multiplié par 100.

Cet indicateur est décliné selon :

- l'âge (18-29 ans, 30-44 ans, 45-59 ans, 60-74 ans, 75 ans et plus),
- le sexe.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	INSEE	Enquête Santé et soins médicaux	Publication DREES - Etudes et résultats n° 436 « L'état de santé en France en 2003 »		
R (Champagne-Ardenne, Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Provence-Alpes-Côte d'Azur)			Selon disponibilité auprès des directions régionales de l'INSEE		

1.2.2 Taux de personnes déclarant ne pouvoir réaliser sans aide certaines activités de la vie quotidienne

Nombre de personnes déclarant ne pouvoir réaliser sans aide au moins une activité pour chacun des sept domaines de la vie quotidienne (mobilité et déplacement - tâches ménagères et gestion* - souplesse, manipulation - toilette, habillage ou alimentation - vue, ouïe, parole - communication, cohérence, orientation - hygiène et élimination), divisé par l'effectif de la population et multiplié par 100.

Cet indicateur est disponible au niveau national et pour les départements et région ayant bénéficié d'une extension locale de l'enquête.

Il est décliné notamment selon :

- le sexe et l'âge (classes décennales),
- le milieu social,
- le niveau d'études de la personne,
- le type d'établissement (foyers pour enfants handicapés, foyers pour adultes handicapés, établissements hébergeant des personnes âgées, institutions psychiatriques).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FM	INSEE	Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (HID)	Collection INSEE Résultats - Société « Les enquêtes Handicaps - Incapacités - Dépendance de 1998 et 1999. Résultats détaillés » - personnes vivant à domicile et en institution : n°22 [tableau 77 page 115, tableaux 83 et 84 page 118] - personnes vivant en institution : n°83-84 [tableau 220 page 145, tableaux 226 à 231 page 147, tableaux 232 à 237 page 148, tableau 238 page 150] - personnes vivant en domicile ordinaire : n°6 [tableau 164 page 159, tableaux 171 et 172 page 163, tableaux 185 et 186 à 198 page 170]		
FM, D (13, 34, 35, 42, 62, 77, 95), R (Haute-Normandie)			Collection INSEE Résultats - Société n°12 « Estimations locales sur les personnes handicapées vivant en domicile ordinaire. Enquête HID 1999. Résultats détaillés »** [tableau 321-a à 327-c page 150]		

* données disponibles uniquement pour les personnes vivant à domicile

** Cette publication contient les données France métropolitaine et pour chacune des extensions locales.

1.2.3 Taux de personnes selon le degré de dépendance mesuré par l'indicateur de Katz

Nombre de personnes selon le degré de dépendance estimé par l'indicateur de Katz, divisé par l'effectif de la population et multiplié par 100.

Cet indicateur est disponible au niveau national et pour les départements et région ayant bénéficié d'une extension locale de l'enquête. Il est décliné, pour la France métropolitaine uniquement, selon :

- le sexe et l'âge (classes décennales),
- le milieu social de la personne de référence du ménage (disponible uniquement pour les personnes vivant à domicile),
- pour les personnes vivant en institution : le type d'établissement (foyers pour enfants handicapés, foyers pour adultes handicapés, établissements hébergeant des personnes âgées, institutions psychiatriques) et l'âge (classes décennales).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FM	INSEE	Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (HID)	Collection INSEE Résultats - Société « Les enquêtes Handicaps - Incapacités - Dépendance de 1998 et 1999. Résultats détaillés » - personnes vivant à domicile et en institution : n°22 [tableaux 107 à 109 page 135, tableaux 119 et 120 page 142] - personnes vivant en institution : n°83-84 [tableaux 247 à 249 page 158, tableaux 257 à 260 page 163] - personnes vivant en domicile ordinaire : n°6 [tableaux 202 à 204 page 180, tableaux 210 et 211 page 186]		
FM, D (13, 34, 35, 42, 62, 77, 95), R (Haute-Normandie)			Collection INSEE Résultats - Société n°12 « Estimations locales sur les personnes handicapées vivant en domicile ordinaire. Enquête HID 1999. Résultats détaillés »* [tableau 313 page 142]		

* Cette publication contient les données France métropolitaine et pour chacune des extensions locales.

1.2.4 Nombre de personnes dépendantes selon l'indicateur de Katz

Nombre de personnes déclarant ne pouvoir réaliser sans aide au moins une des six activités de l'indicateur de Katz.

Cet indicateur est disponible au niveau national et pour les départements et région ayant bénéficié d'une extension locale de l'enquête.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FM	INSEE	Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (HID)	Collection INSEE Résultats - Société n°22 « Les enquêtes Handicaps - Incapacités - Dépendance de 1998 et 1999. Résultats détaillés » [tableau 106 page 134, tableau 194 page 214]		
FM, D (13, 34, 35, 42, 62, 77, 95), R (Haute-Normandie)			Collection INSEE Résultats - Société n°12 « Estimations locales sur les personnes handicapées vivant en domicile ordinaire. Enquête HID 1999. Résultats détaillés »* [tableau 313 page 142]		

* Cette publication contient les données France métropolitaine et pour chacune des extensions locales.

1.2.5 Nombre de personnes âgées de 60 ans et plus selon leur groupe iso-ressources (GIR)

Nombre de personnes âgées de 60 ans et plus selon leur groupe iso-ressources (GIR 1 à GIR 6).

Cet indicateur est disponible au niveau national et pour les départements et région ayant bénéficié d'une extension locale de l'enquête.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FM	INSEE	Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (HID)	Collection INSEE Résultats - Société n°22 « Les enquêtes Handicaps - Incapacités - Dépendance de 1998 et 1999. Résultats détaillés » [tableau 111 page 137, tableau 195 page 214]		
FM, D (13, 34, 35, 42, 62, 77, 95), R (Haute-Normandie)			Collection INSEE Résultats - Société n°12 « Estimations locales sur les personnes handicapées vivant en domicile ordinaire. Enquête HID 1999. Résultats détaillés »* [tableau 314 page 143]		

* Cette publication contient les données France métropolitaine et pour chacune des extensions locales.

1.2.6 Nombre de personnes âgées de 60 ans et plus potentiellement dépendantes selon le groupe iso-ressource (GIR)

Nombre de personnes âgées de 60 ans et plus classées dans les groupes iso-ressources GIR 1 à GIR 4.

Cet indicateur est décliné selon le sexe et l'âge (classes quinquennales).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
R, D	INSEE	Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (HID)	Selon disponibilité auprès des directions régionales de l'INSEE	2006, projections 2015	

INTERETS, LIMITES

1.2.1 Les limitations d'activités depuis au moins six mois en raison de problèmes de santé font partie des indicateurs de santé retenus par l'Union européenne dans le cadre du mini module introduit dans plusieurs enquêtes nationales afin de permettre des comparaisons entre pays (minimum european health survey - MEHS). Les limitations d'activité prises en compte comprennent les limitations physiques et sensorielles (problème de vue et d'audition, difficulté à marcher ou à porter quelque chose) et certaines limitations de la vie quotidienne (difficulté à faire sa toilette, à aller aux toilettes, à se nourrir, à s'habiller, à se coucher). La question posée était : « Etes-vous limité, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? ».

En France, cet indicateur est présent dans l'enquête Handicap-Santé⁵ de l'INSEE, l'enquête Santé et protection sociale de l'IRDES (biennale) et l'enquête EU-SILC de l'INSEE (annuelle). Seule la première bénéficie de quelques extensions régionales.

L'Enquête Santé et Protection sociale (ESPS) de l'IRDES produit tous les deux ans des données sur l'état de santé, la couverture maladie et le recours aux soins de la population en fonction de ses caractéristiques sociales. Elle est menée auprès d'un échantillon de 8 000 ménages d'assurés sociaux, soit 22 000 personnes. Elle est représentative de plus de 96 % de la population vivant en France métropolitaine.

Le projet EU-SILC est devenu la base de référence de l'Union européenne pour la production systématique de statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie, avec des données transversales et longitudinales comparables et actualisées sur le revenu, la pauvreté, les limitations d'activité, l'état de santé déclaré, l'exclusion sociale...

1.2.2 Cet indicateur identifie les personnes qui ont déclaré avoir besoin d'une aide dans sept domaines de la vie quotidienne.

1.2.3 et **1.2.4** L'indicateur de Katz est un indicateur synthétique qui est obtenu à partir d'une évaluation des besoins d'aide pour la réalisation de six activités de la vie quotidienne : 1- Faire sa toilette ; 2- S'habiller ; 3- Aller aux toilettes et les utiliser ; 4- Se coucher ou quitter son lit et s'asseoir ou quitter son siège ; 5- Contrôler ses selles et ses urines ; 6- Manger des aliments déjà préparés.

Cet indicateur est décliné en 8 niveaux de dépendance :

- Indépendant pour les 6 activités ;
- Dépendant pour une seule activité ;
- Dépendant pour deux activités dont la première ;
- Dépendant pour trois activités dont les deux premières ;
- Dépendant pour quatre activités dont les trois premières ;
- Dépendant pour cinq activités dont les quatre premières ;
- Dépendant pour les six activités ;
- Autres personnes dépendantes pour au moins deux activités.

Les personnes dépendantes selon l'indicateur de Katz sont celles qui sont dépendantes pour au moins une des six activités. Le nombre total de personnes dépendantes est obtenu en additionnant les effectifs des 7 derniers groupes.

L'indicateur de Katz n'est pas pertinent pour évaluer le niveau de dépendance chez les enfants : les données publiées pour la classe d'âge des 0-9 ans doivent être utilisées avec précaution, d'autant plus pour les enfants souffrant de plusieurs handicaps.

1.2.2 et **1.2.3** Le milieu social considéré est celui de la personne de référence du ménage en domicile ordinaire et celui de la personne interrogée en institution. Les résultats sont présentés en données brutes et, pour l'enquête en domicile ordinaire uniquement, en données corrigées de l'âge et du sexe.

⁵ Voir le descriptif de l'enquête dans le chapitre des « Descriptif des sources de données », en annexe du guide

Les données brutes permettent de connaître le milieu social le plus touché tandis que les données corrigées de l'âge et du sexe permettent de comparer la situation entre groupes sociaux en ne conservant que les écarts non imputables à la pyramide des âges et à la répartition entre hommes et femmes de chaque groupe.

1.2.4 et **1.2.5** Ces deux indicateurs ne sont pas disponibles selon le lieu de vie ; on dispose cependant dans la publication nationale n° 22 du pourcentage de personnes institutionnalisées selon le sexe.

1.2.5 et **1.2.6** La grille AGGIR vise à évaluer le degré de perte d'autonomie à partir de la mesure de la réalisation effective d'activités de la vie quotidienne. Cette évaluation est effectuée à partir de la mesure de la réalisation des activités de cohérence, d'orientation, de toilette, d'habillement, d'alimentation, d'hygiène de l'élimination, de transferts, de déplacements à l'intérieur, de déplacements à l'extérieur, de communication à distance.

À partir des réponses, un algorithme permet d'affecter chaque personne dans un groupe iso-ressources (GIR). Il existe 6 GIR. Les personnes classées dans les GIR 1 à 4 sont qualifiées de personnes dépendantes, celles qui sont classées en GIR 5 et 6 étant les moins autonomes.

1.2.6

- Dans les régions qui ne disposent pas d'extension locale de l'enquête HID, l'INSEE a procédé à des estimations du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus potentiellement dépendantes. Ces estimations ont été effectuées en appliquant les taux de prévalence nationaux par sexe, âge et lieu de vie à la structure par sexe, âge et lieu de vie de la population du territoire considéré. Pour faire ce calcul, un certain nombre de redressements ont été effectués, la grille AGGIR n'étant pas incluse en tant que telle dans le questionnaire de l'enquête. Le classement de chaque individu en GIR a été reconstitué à partir des variables disponibles dans le questionnaire. Par ailleurs, ce modèle ne prend pas en compte la variabilité géographique des situations d'incapacité⁶ et des restrictions d'activité selon les régions.
- Bien que les bénéficiaires de l'APA soient des personnes qui relèvent des mêmes GIR que l'indicateur (GIR1 à 4), les dénombrements obtenus à partir de l'indicateur 1.2.6 peuvent aboutir à des résultats différents du nombre de personnes effectivement bénéficiaires de l'APA : ces différences tiennent d'une part au fait que les variables de la grille AGGIR ne sont pas utilisées en tant que telle dans HID et d'autre part au fait que les conditions d'enquête sont profondément différentes de celles d'une demande de prestation.

SOURCES DE DONNEES

S42. Enquête Santé et soins médicaux (INSEE)

S43. Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (INSEE)

S44. Enquête Handicap - Santé (INSEE)

⁶ L'Allocation personnalisée d'autonomie : une analyse des disparités départementales en 2003 - DREES, Etudes et résultats N° 372, janvier 2005, François Jeger

CONCEPT 1.3 : POPULATION CONNUE DES DISPOSITIFS

DEFINITIONS ET REFERENCES

Les personnes qui éprouvent des difficultés à accomplir les actes de la vie quotidienne ou qui doivent faire face à des restrictions de participation, peuvent s'adresser à des dispositifs d'accueil, d'évaluation et de suivi, et le cas échéant bénéficier d'une reconnaissance administrative de leurs difficultés. Elles peuvent aussi bénéficier d'une reconnaissance de la part d'organismes assurantiels, de prévoyance ou de caisses de retraite par exemple.

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 apprécient 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'AEEH, 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.

Les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge peuvent bénéficier de prestations ou allocations (définies infra – Thématique 7). Elles peuvent aussi obtenir différentes cartes pour faciliter leurs déplacements et/ou leur permettre de bénéficier d'avantages fiscaux.

La **carte d'invalidité** est délivrée à toute personne quel que soit son âge dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 80 % ou qui a été classée en 3^e catégorie de pension d'invalidité de la sécurité sociale. Elle est attribuée par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) à titre définitif ou pour une durée déterminée. Elle ouvre droit à certain nombre d'avantages : priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, les salles d'attentes, les établissements recevant du public, priorité dans les files d'attente, réductions tarifaires dans les transports en commun, avantages fiscaux, exonération éventuelle de la redevance audiovisuelle...

Deux mentions peuvent être apposées sur la carte. La mention « besoin d'accompagnement » permet d'attester la nécessité pour la personne handicapée d'être accompagnée dans ses déplacements. La mention « cécité » peut être apposée lorsque la vision centrale de la personne handicapée est inférieure à 1/20^e de la normale.

La carte de priorité pour personne handicapée est attribuée à toute personne atteinte d'une incapacité inférieure à 80% rendant la station debout pénible. Elle est attribuée par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) pour une durée déterminée. Elle permet d'obtenir une priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun et salles d'attentes et une priorité dans les files d'attente.

La carte de stationnement pour personnes handicapées est délivrée aux personnes dont l'incapacité réduit de manière importante la capacité et l'autonomie de déplacement à pied ou impose la présence d'une tierce personne dans les déplacements. Elle est attribuée par le préfet, à titre définitif ou pour une durée déterminée, après instruction par un médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH ou un médecin des services déconcentrés du ministère chargé des anciens combattants pour les demandeurs relevant du Code des pensions militaires d'invalidité et victimes de guerre. Elle ouvre droit aux places de stationnement réservées et permet de bénéficier des dispositions prises en faveur des personnes handicapées par les autorités compétentes en matière de circulation et de stationnement, en particulier d'utiliser les places de stationnement réservées en tous lieux ouverts au public. Elle remplace les cartes dites « macaron grand invalide civil » et « plaque grand invalide de guerre ».

Textes de références :

- Guide pour l'évaluation des besoins de compensation : arrêté du 6 février 2008
- Guide barème pour l'évaluation des déficiences et des incapacités : Code de l'action sociale et des familles - CASF (annexe 2-4)
- Guide d'évaluation de la personne âgée en perte d'autonomie : CASF (annexe 2-1)
- Référentiel pour l'accès à la prestation de compensation : CASF (annexe 2.5)
- Barème indicatif d'invalidité accidents du travail maladies professionnelles : Code de la Sécurité sociale (annexe I de l'article R434-35)
- Carte d'invalidité : CASF (L241-3, R241-12 à R241-15)
- Carte de priorité pour personne handicapée : CASF (L241-3-1, R241-12 à R 241-15)
- Carte de stationnement pour personnes handicapées : CASF (L241-3-2, R241-16 à 241-20), arrêté du 13 mars 2006 relatif aux critères d'appréciation d'une mobilité pédestre réduite et de la perte d'autonomie dans le déplacement, arrêté du 5 février 2007 modifiant l'arrêté du 13 mars 2006

Concepts liés :

- Concept 1.1 : Connaissance des publics du point de vue des altérations de fonctions : les déficiences
- Concept 1.2 : Connaissance des publics du point de vue des limitations d'activités
- Concept 2.1 : Maisons départementales des personnes handicapées
- Concept 2.2 : Conseils généraux : équipes médico-sociales APA
- Thématique 7 : Compensation individuelle et aides individuelles
- Thématique 8 : Etablissements et services d'accueil et d'accompagnement

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

1.3.1 Proportion de personnes ayant une reconnaissance d'un handicap

Nombre de personnes déclarant avoir une reconnaissance d'un taux d'incapacité ou d'invalidité (accordé par la Sécurité sociale, les COTOREP ou CDES⁷, l'armée, les sociétés d'assurance...), divisé par l'effectif de la population, multiplié par 100.

Cet indicateur est disponible au niveau national uniquement. Il est décliné selon le sexe et l'âge (classes décennales).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FM	INSEE	Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (HID)	Collection INSEE Résultats - Société n° 22 « Les enquêtes Handicaps - Incapacités - Dépendance de 1998 et 1999. Résultats détaillés » [tableau 179 page 194]		

⁷ Au 1^{er} janvier 2006, les MDPH ont remplacé les COTOREP et CDES

1.3.2 Nombre de personnes ayant déposé au moins une demande à la MDPH

Nombre de personnes ayant déposé au moins une demande à la MDPH au cours de l'année considérée.

Cet indicateur peut être décliné* selon :

- l'âge,
- le sexe.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNSA	SIPAPH	Disponible sur le site internet de la CNSA		
D	MDPH	Système d'information des MDPH	Disponible sur demande auprès des MDPH		

*Les ventilations du nombre de personnes ayant déposé au moins une demande ne sont pas toutes disponibles au niveau national

1.3.3 Nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un accord de la CDAPH

Nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un accord de la part de la CDAPH au cours de l'année considérée.

Cet indicateur peut être décliné* selon :

- l'âge
- le sexe

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNSA	SIPAPH	Disponible sur le site internet de la CNSA		
D	MDPH	Système d'information des MDPH	Disponible sur demande auprès des MDPH		

*Les ventilations du nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un accord ne sont pas toutes disponibles au niveau national

1.3.4 Nombre moyen de demandes déposées à la MDPH par personne

Nombre de demandes déposées à la MDPH au cours de l'année considérée (indicateur 2.1.2), divisé par le nombre de personnes ayant déposé au moins une demande au cours de la même période (indicateur 1.3.2).

1.3.5 Nombre moyen d'accords pris par la CDAPH par personne

Nombre de décisions d'accords prises par la CDAPH au cours de l'année considérée (indicateur 2.1.6), divisé par le nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un accord de la CDAPH au cours de la même période (indicateur 1.3.3).

1.3.6 Nombre de personnes titulaires de la carte d'invalidité

Nombre de personnes titulaires de la carte d'invalidité à une date donnée.

Cet indicateur peut être décliné selon la mention apposée (besoin d'accompagnement, cécité), l'âge (moins de 20 ans, 20 à 59 ans, 60 ans et plus) et le sexe.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
D	MDPH	Système d'information des MDPH	Selon disponibilité auprès des MDPH		

1.3.7 Nombre de personnes titulaires de la carte de priorité pour personne handicapée

Nombre de personnes titulaires de la carte de priorité pour personne handicapée à une date donnée.

Cet indicateur peut être décliné selon l'âge (moins de 20 ans, 20 à 59 ans, 60 ans et plus) et le sexe.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
D	MDPH	Système d'information des MDPH	Selon disponibilité auprès des MDPH		

1.3.8 NOMBRE DE PERSONNES TITULAIRES DE LA CARTE DE STATIONNEMENT

Nombre de personnes titulaires de la carte de stationnement pour personnes handicapées à une date donnée.

Cet indicateur peut être décliné selon l'âge (moins de 20 ans, 20 à 59 ans, 60 ans et plus) et le sexe.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
D	MDPH	Système d'information des MDPH	Selon disponibilité auprès des MDPH		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- Les personnes qui bénéficient d'une reconnaissance du handicap ou de la dépendance ne sont pas l'ensemble des personnes en situation de handicap ou de dépendance. En effet, toutes les personnes ne se présentent pas à un dispositif d'accueil pour accéder à une prestation ou une aide.
- On ne dispose d'aucune source de données sur les évaluations effectuées dans le cadre de la prévoyance complémentaire et de l'assurance individuelle. Toutefois, l'indicateur 1.3.1 prenant en compte l'ensemble des reconnaissances du handicap, des personnes ayant eu une invalidité reconnue par une assurance individuelle ont pu être identifiées comme telles dans cette enquête.
- Le **système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SIPAPH)** en construction prévoit, dans le champ du handicap, le recueil des caractéristiques des personnes et de leurs besoins. Lorsque l'information sera recueillie dans le système d'information partagé, il sera alors possible de mieux connaître le public de la MDPH.
- Les caractéristiques des personnes âgées dépendantes sont aujourd'hui décrites à travers les bénéficiaires d'une prestation – l'allocation personnalisée d'autonomie (concept 7.4 - Les bénéficiaires de l'APA).
- S'agissant du handicap en particulier les caractéristiques des personnes sont appréhendées au travers de différentes prestations ou allocations attribuées au moyen de différents référentiels d'éligibilité.

1.3.1 L'enquête HID permet d'approcher de façon globale la reconnaissance du handicap quel que soit l'âge indépendamment de l'instance qui l'a prononcée.

L'enquête présente les limites des enquêtes déclaratives, avec en particulier une possible sous-déclaration.

1.3.2 Cet indicateur permet de connaître le nombre de personnes qui ressentent des difficultés (limitations d'activité et/ou restriction de participation) et qui ont déposé une demande à la MDPH. A l'exception des demandes de cartes ou des personnes encore en activité après 60 ans, le public recensé par ce dispositif est âgé de moins de 60 ans et exclut les personnes dont l'état justifie qu'elles demandent une pension ou une rente d'invalidité.

1.3.3 Cet indicateur permet de connaître le nombre de personnes ayant des difficultés (limitations d'activité et/ou restriction de participation) reconnues au vu de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et des critères administratifs. L'indicateur ne tient pas compte des personnes éligibles aux pensions d'invalidité ou de rentes liées aux accidents du travail ou aux maladies professionnelles (concept 7.8), ni de celles éligibles à l'APA (concept 7.4). Les personnes pour lesquelles un avis favorable de détention de cartes de stationnement est émis ne sont pas comptabilisées dans l'indicateur bien que l'information transite à la MDPH. Il concerne essentiellement des personnes de moins de 60 ans (exception faite des personnes de 60 ans et plus auxquelles des cartes sont accordées et des personnes en activité après 60 ans).

SOURCES DE DONNEES

S5. Système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées - SIPAPH (CNSA)

S43. Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (INSEE)

S44. Enquête Handicap - Santé (INSEE)

S90. Système d'information des MDPH (MDPH)

2

DISPOSITIFS D'ACCUEIL, D'ÉVALUATION ET DE SUIVI

Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), les équipes médico-sociales APA des conseils généraux, les centres d'information et de coordination (dont font partie les CLIC) sont des dispositifs départementaux, sous la responsabilité du président de conseil général du département.

Bien que la loi n°2005-102 du 11 février 2005 prévoit la suppression du critère d'âge pour l'accès aux prestations en matière de compensation du handicap et pour la prise en charge des frais d'hébergement en établissement sociaux et médico-sociaux dans un délai de 5 ans, le critère d'âge de 60 ans est toujours en vigueur. Ainsi, les équipes médico-sociales APA des conseils généraux et les centres d'information et de coordination s'adressent au public dit des « personnes âgées » de 60 ans et plus, tandis que les MDPH s'adressent aux « personnes handicapées » âgées de moins de 60 ans¹.

Les dispositifs sont spécialisés par public. Toutefois cette frontière tend à s'atténuer :

► Les personnes handicapées disposent dans chaque département, depuis la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, d'un lieu unique d'accueil, d'information pour l'accès aux droits et prestations : la **maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**. Elle a pour missions l'accueil, l'information, l'évaluation de la situation et des besoins, le suivi des situations et de la mise en œuvre des décisions qu'elle rend. Les MDPH sont sous la responsabilité du président du conseil général, président également de la commission exécutive de la MDPH. Les associations de personnes handicapées sont partie prenante du dispositif et participent à la commission exécutive et à la commission des droits et de l'autonomie (CDAPH). Les MDPH, pour réaliser leurs missions s'appuient sur un réseau de partenaires. Face à la grande diversité des situations de handicaps, dont certaines demandent une expertise pointue, elles développent des partenariats pour l'évaluation des besoins des personnes, notamment avec les centres de ressources.

► Les **équipes médico-sociales APA** des conseils généraux réalisent pour les personnes âgées l'évaluation et le suivi de leurs besoins dans leur situation de vie dans une perspective d'éligibilité à l'APA et de préparation des plans d'aide. Sur la base de la grille AGGIR, elles évaluent le niveau de dépendance des personnes et permettent ainsi au conseil général de décider de l'accès à l'APA. Certaines équipes médico-sociales APA participent en outre à la mission d'évaluation des besoins des personnes relevant de la MDPH.

► L'accueil des personnes âgées est la plupart du temps délégué aux **centres d'information et de coordination** (dont font partie les CLIC). Ils sont disséminés en plusieurs points du territoire dans une logique de proximité. Les centres d'information et de coordination proposent essentiellement de l'accueil et de l'accompagnement (en termes de coordination des acteurs et des actions gérontologiques) des personnes. Toutefois ils peuvent par conventionnement réaliser des prestations d'évaluation pour le compte du Conseil général en travaillant avec les équipes médico-sociales APA. Ils peuvent être également sollicités pour participer au suivi de l'évolution des situations des personnes. Les centres d'information et de coordination peuvent en outre effectuer une prestation d'information ou d'accueil pour le compte de la MDPH.

► A côté des dispositifs départementaux, les **centres de ressources** souvent localisés dans des structures hospitalières, articulés si besoin avec les **centres de référence et de compétences**, sont des structures régionales voire interrégionales. Ils assurent une expertise au service des acteurs locaux. Ils combinent des actions de dépistages, d'aide de soutien de formation et d'information, de conseil d'expertise et de coordination pour améliorer la connaissance et l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Actuellement, il existe au niveau national les centres de ressources autisme (CRA) et les centres nationaux sur les handicaps rares (CNHR).

¹ Exceptions faites des personnes de plus de 60 ans qui travaillent ou qui peuvent prouver qu'elles étaient éligibles avant 60 ans à une prestation « handicap »

► La thématique est restreinte dans cette version à quatre dispositifs (même si pour définir et mettre en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées, le conseil général s'appuie aussi sur les actions des communes *via* les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS), et articule sa politique avec l'action sociale des caisses de retraite...).

La thématique concerne l'activité des dispositifs d'accueil, d'évaluation et de suivi présents dans les territoires. Quand les systèmes d'information n'existent pas encore ou ne le permettent pas, les indicateurs s'attachent à la description des dispositifs (combien y en a-t-il ?, où sont-ils localisés ?), en attendant la mise en place d'une information disponible et harmonisée :

- Concept 2.1 : Maisons départementales des personnes handicapées
- Concept 2.2 : Equipes médico-sociales APA des conseils généraux
- Concept 2.3 : Centres d'information et de coordination des interventions gérontologiques
- Concept 2.4 : Centres de ressources, centres de référence et de compétences

► Les MDPH, les équipes médico-sociales APA des conseils généraux, les centres d'information et de coordination étant au cœur de la reconnaissance administrative et/ou de l'accompagnement des personnes, la thématique est en lien direct avec la thématique 1 et en particulier le concept 1.3 « population connue des dispositifs ». Elle s'articule également avec les thématiques 7 « compensation individuelle et aides individuelles » et 8 « établissements et services d'accueil et d'accompagnement » qui « matérialisent » les décisions prises par les CDAPH ou par les équipes médico-sociales. Le concept 2.1 « Maisons départementales des personnes handicapées » en particulier est connecté au concept 3.3 « accompagnement des élèves handicapés scolarisés dans les écoles et les établissements du second degré » et au concept 4.1 « travailleurs handicapés ». Enfin, l'ensemble de la thématique peut être rapproché de la thématique 9 « financements publics ».

CONCEPT 2.1 : MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES (MDPH)

2.1.1	Nombre d'accueils.....	35
2.1.2	Nombre de demandes déposées.....	35
2.1.3	Stock de demandes déposées.....	35
2.1.4	Part des premières demandes dans le total des demandes déposées.....	35
2.1.5	Taux de demandes pour mille habitants par type de demande.....	35
2.1.6	Nombre de décisions prises.....	35
2.1.7	Taux d'accord.....	36
2.1.8	Nombre d'éléments de prestation de compensation (PCH) attribuées.....	36
2.1.9	Délai moyen de traitement des demandes (en nombre de mois).....	36
2.1.10	Répartition des évaluations réalisées sur dossier, sur le lieu de vie, à la MDPH.....	36
2.1.11	Nombre de plans personnalisés de compensation (PPC) proposés à la CDAPH.....	37
2.1.12	Nombre de projets personnalisés de scolarisation (PPS) proposés à la CDAPH.....	37
2.1.13	Nombre de projets de vie exprimés.....	37
2.1.14	Nombre de recours gracieux.....	37
2.1.15	Nombre de recours contentieux.....	38
2.1.16	Taux de recours déposés auprès de la MDPH.....	38
2.1.17	Nombre d'interventions du fonds départemental de compensation.....	38

CONCEPT 2.2 : CONSEILS GÉNÉRAUX : ÉQUIPES MÉDICO-SOCIALES APA

2.2.1	Nombre trimestriel de décisions favorables d'APA.....	42
2.2.2	Part des premières demandes parmi les décisions favorables d'APA.....	42
2.2.3	Nombre trimestriel de décisions rendues à la suite d'une première demande d'APA.....	42
2.2.4	Taux d'acceptation des premières demandes d'APA.....	42
2.2.5	Nombre de demandes d'APA déposées.....	42
2.2.6	Nombre annuel d'évaluations réalisées sur le lieu de vie par les EMS APA.....	43

CONCEPT 2.3 : CENTRES D'INFORMATION ET DE COORDINATION DES INTERVENTIONS GÉRONTOLOGIQUES

2.3.1	Nombre de CLIC.....	45
2.3.2	Part des habitants de 60 ans et plus couverts par un CLIC.....	45

CONCEPT 2.4 : CENTRES DE RESSOURCES, CENTRES DE RÉFÉRENCE ET DE COMPÉTENCES

2.4.1	Nombre de centres de ressources autisme.....	48
2.4.2	Nombre de centres de référence labellisés pour la prise en charge d'une maladie rare.....	48
2.4.3	Nombre de centres de référence pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage.....	48
2.4.4	Nombre de centres de ressources et de compétences de la mucoviscidose.....	48

CONCEPT 2.1 : MAISONS DEPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES

DEFINITIONS ET REFERENCES

Créées par la loi n°2005-102 du 11 février 2005, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) exercent une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap. Elles ont aussi pour mission l'instruction des demandes, l'aide à la formulation du projet de vie des personnes, l'évaluation de leurs besoins, l'élaboration du plan personnalisé de compensation (PPC), le fonctionnement de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), instance décisionnaire. En outre, elles assurent le suivi de la mise en œuvre des décisions prises, l'accompagnement et les médiations que cette mise en œuvre peut requérir. Les MDPH offrent aux personnes handicapées un accès unique à la plupart des droits et prestations les concernant.

Pour mettre en œuvre ces missions, les MDPH accueillent le public, en un ou plusieurs points sur le territoire selon le choix effectué localement. L'accueil, s'il est territorialisé, peut être assuré soit par des antennes territoriales de la MDPH, soit délégué à des collectivités locales, des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale ou des associations.

Au sein des MDPH, **les équipes pluridisciplinaires** sont chargées de l'évaluation des besoins de compensation, qu'elles réalisent en prenant en compte les attentes et aspirations de la personne et son environnement. Cette évaluation, globale et multidimensionnelle, est effectuée par des personnels de la MDPH ou par des partenaires extérieurs. L'équipe pluridisciplinaire, au vu de son évaluation, élabore un plan personnalisé de compensation.

Une fois cette évaluation effectuée, la **Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)**, prend, sur la base des souhaits exprimés par la personne dans son projet de vie et des préconisations proposées dans le plan personnalisé de compensation, les décisions pour lesquelles elle est compétente, relatives aux droits de la personne en matière d'attribution de prestations et d'orientations pour les personnes handicapées. Les décisions sont motivées. La CDAPH est composée de représentants du département (Conseil général), des services de l'Etat (DDASS, DDTEFP, Education nationale), des organismes de protection sociale, des organisations syndicales, des associations de parents d'élèves, de représentants de personnes handicapées et de leur famille désignés par les associations représentatives et d'un membre du conseil départemental consultatif des personnes handicapées. Des représentants des organismes gestionnaires d'établissements ou services siègent en commission avec voix consultative.

Les MDPH gèrent également le **fonds départemental de compensation du handicap**, qui permet l'attribution, à titre facultatif, d'aides financières complémentaires.

La MDPH est un Groupement d'intérêt public (GIP), placé sous la tutelle administrative et financière du Conseil général, et présidé par le président du Conseil général. Les personnels de la MDPH sont recrutés par le GIP ou mis à disposition par le Conseil général et par l'Etat. Il existe une MDPH par département.

Les missions de la MDPH concernent le public des enfants ou adultes handicapés.

Textes de références :

- *Maisons départementales des personnes handicapées : Code de l'action sociale et des familles - CASF (L146-3 à L146-12, R146-16 à R146-37),*
- *Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées : CASF (L241-5 à L241-11)*

Concepts liés :

- Concept 1.3 : Population connue des dispositifs
- Concept 3.3 : Accompagnement des élèves handicapés scolarisés dans les écoles et les établissements du second degré
- Concept 4.1 : Travailleurs handicapés
- Concept 4.6 : Entreprises adaptées et établissements et services d'aide par le travail
- Concept 7.1 : Bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé
- Concept 7.2 : Bénéficiaires de la prestation de compensation
- Concept 7.3 : Bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne
- Concept 7.5 : Bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés
- Concept 8.2 : Services d'accompagnement pour adultes handicapés
- Concept 8.4 : Etablissements et services pour enfants et adolescents handicapés
- Concept 8.5 : Etablissements pour adultes handicapés

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

2.1.1 Nombre d'accueils

Nombre d'accueils assurés par la MDPH, ou par ses antennes territoriales, au cours de l'année considérée.

Cet indicateur peut être décliné selon le type d'accueil (accueil physique, contact téléphonique, courriel, courrier).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
D	MDPH	Système d'information des MDPH	Selon disponibilité auprès des MDPH		

2.1.2 Nombre de demandes déposées

Nombre de demandes déposées à la MDPH au cours de l'année considérée.

Cet indicateur peut être décliné* selon :

- le type de demande (prestations/orientations)
- la nature de la demande (1^{ère} demande/réexamen)
- l'âge du demandeur (moins de 20 ans, 20-59 ans, 60 ans et plus).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNSA	SIPAPH	Disponible sur le site internet de la CNSA		
D	MDPH	Système d'information des MDPH	Selon disponibilité auprès des MDPH		

*Les ventilations du nombre de demandes pour ces différentes variables ne sont pas toutes disponibles au niveau national.

2.1.3 Stock de demandes déposées

Nombre de demandes déposées à la MDPH, non examinées par la CDAPH, au 31 décembre de l'année considérée.

Cet indicateur peut être décliné* selon :

- l'âge (moins de 20 ans, 20-59 ans, 60 ans et plus)
- le sexe du demandeur.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNSA	SIPAPH	Disponible sur le site internet de la CNSA		
D	MDPH	Système d'information des MDPH	Selon disponibilité auprès des MDPH		

*Les ventilations du stock de demandes pour ces différentes variables ne sont pas disponibles au niveau national.

2.1.4 Part des premières demandes dans le total des demandes déposées

Nombre de premières demandes déposées, divisé par le nombre total de demandes déposées au cours de la même année (indicateurs 2.1.2), multiplié par 100.

2.1.5 Taux de demandes pour mille habitants par type de demande

Nombre de demandes déposées à la MDPH au cours de l'année considérée par type de demande (indicateur 2.1.2), divisé par l'effectif de population au 1er janvier de la même année, multiplié par 1 000.

2.1.6 Nombre de décisions prises

Nombre de décisions prises par les CDAPH au cours de l'année considérée.

Cet indicateur peut être décliné* selon :

- le type de demande (prestations/orientations)
- la nature de la demande (1^{ère} demande/réexamen)
- la nature de la décision (accord/refus/sursis)
- l'âge du demandeur (moins de 20 ans, 20-59 ans, 60 ans et plus).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNSA	SIPAPH	Disponible sur le site internet de la CNSA		
D	MDPH	Système d'information des MDPH	Selon disponibilité auprès des MDPH		

* Les ventilations du nombre de demandes pour ces différentes variables ne sont pas toutes disponibles au niveau national.

2.1.7 Taux d'accord

Nombre d'accords pris par la CDAPH divisé par le nombre total de décisions, multiplié par 100 au cours de la période considérée.

Cet indicateur peut être décliné* selon :

- le type de demande (prestations/orientations)
- la nature de la demande (1^{ère} demande/réexamen)
- l'âge du demandeur (moins de 20 ans, 20-59 ans, 60 ans et plus).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNSA	SIPAPH	Disponible sur le site internet de la CNSA		
D	MDPH	Système d'information des MDPH	Selon disponibilité auprès des MDPH		

* Les ventilations du taux d'accord pour ces différentes variables ne sont pas toutes disponibles au niveau national.

2.1.8 Nombre d'éléments de prestations de compensation (PCH) attribués

Nombre d'éléments de la PCH attribués, par élément de la PCH, pour l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNSA	SIPAPH	Disponible sur le site internet de la CNSA		
D	MDPH	Système d'information des MDPH	Selon disponibilité auprès des MDPH		

2.1.9 Délai moyen de traitement des demandes (en nombre de mois)

Nombre total de jours écoulés entre la date de recevabilité de la demande et la date de la décision, pour toutes les décisions prises au cours de l'année considérée, divisé, par le nombre de décisions prises par la CDAPH au cours de l'année considérée, divisé par 30.4375 jours.

Cet indicateur peut être décliné par type de demande (prestations/orientations).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNSA	SIPAPH	Disponible sur le site internet de la CNSA		
D	MDPH	Système d'information des MDPH	Selon disponibilité auprès des MDPH		

2.1.10 Répartition des évaluations réalisées sur dossier, sur le lieu de vie, à la MDPH

Nombre de personnes ayant fait l'objet d'une évaluation de leurs besoins par les équipes pluridisciplinaires de la MDPH ou pour le compte de cette dernière au cours de l'année considérée, répartis par modalité d'évaluation (sur dossier, sur le lieu de vie, lors d'une rencontre à la MDPH), divisé par le nombre total de personnes ayant fait l'objet d'une évaluation de leurs besoins par les équipes pluridisciplinaires de la MDPH ou pour le compte de cette dernière, au cours de l'année considérée, et multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNSA	SIPAPH	Disponible sur le site internet de la CNSA		
D	MDPH	Système d'information des MDPH	Selon disponibilité auprès des MDPH		

2.1.11 Nombre de plans personnalisés de compensation (PPC) proposés à la CDAPH

Nombre de plans personnalisés de compensation (PPC) proposés à la CDAPH au cours de l'année considérée (y compris les PPS).

Cet indicateur peut être décliné selon

- l'âge (moins de 20 ans, 20-59 ans, 60 ans et plus)
- le sexe du demandeur.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNSA	SIPAPH	Disponible sur le site internet de la CNSA		
D	MDPH	Système d'information des MDPH	Selon disponibilité auprès des MDPH		

* Les ventilations du nombre de demandes pour ces différentes variables ne sont pas toutes disponibles au niveau national.

2.1.12 Nombre de projets personnalisés de scolarisation (PPS) proposés à la CDAPH

Nombre de projets personnalisés de scolarisation (PPS) proposés à la CDAPH au cours de l'année scolaire considérée.

Cet indicateur peut être décliné selon

- l'âge
- le sexe de l'enfant.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
D	MDPH	Système d'information des MDPH	Selon disponibilité auprès des MDPH		

2.1.13 Nombre de projets de vie exprimés

Nombre de projets de vie exprimés au cours de l'année considérée.

Cet indicateur peut être décliné selon

- l'âge
- le sexe du demandeur.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNSA	SIPAPH	Disponible sur le site internet de la CNSA		
D	MDPH	Système d'information des MDPH	Selon disponibilité auprès des MDPH		

2.1.14 Nombre de recours gracieux

Nombre de recours gracieux déposés auprès de la MDPH au cours de l'année considérée.

Cet indicateur peut être décliné selon

- le type de demande (prestations/orientations)
- la nature de la demande (1^{ère} demande, réexamen)
- l'âge (moins de 20 ans, 20-59 ans, 60 ans et plus)

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNSA	SIPAPH	Disponible sur le site internet de la CNSA		
D	MDPH	Système d'information des MDPH	Selon disponibilité auprès des MDPH		

2.1.15 Nombre de recours contentieux

Nombre de recours contentieux notifiés à la MDPH au cours de l'année considérée.

Cet indicateur peut être décliné selon

- le type de demande (prestations/orientations)
- la nature de la demande (1^{ère} demande, réexamen)
- l'âge (moins de 20 ans, 20-59 ans, 60 ans et plus)

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNSA	SIPAPH	Disponible sur le site internet de la CNSA		
D	MDPH	Système d'information des MDPH	Selon disponibilité auprès des MDPH		

2.1.16 Taux de recours déposés auprès de la MDPH

Nombre de recours gracieux déposés et contentieux notifiés auprès de la MDPH (indicateurs 2.1.14 et 2.1.15), divisé par le nombre total de décisions prises par la CDAPH (indicateur 2.1.6) au cours de l'année considérée, multiplié par 100.

2.1.17 Nombre d'interventions du fonds départemental de compensation

Nombre d'interventions du fonds départemental de compensation au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNSA	SIPAPH	Disponible sur le site internet de la CNSA		
D	MDPH	Système d'information des MDPH	Selon disponibilité auprès des MDPH		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- Les MDPH ont remplacé les COTOREP et les CDES et doivent faire face à une nouvelle manière d'appréhender le handicap, impulsée par la loi du 11 février 2005. L'approche est personnalisée et tient compte des besoins de la personne dans son environnement.
- Un des enjeux forts que la loi a fixé aux MDPH, est de se doter de logiciels capables de gérer l'accueil, l'évaluation, l'instruction des demandes et des décisions et le suivi de ces dernières. Au 1^{er} janvier 2010, toutes les MDPH seront équipées de leurs propres systèmes mais il est probable que leur alimentation sera inégale selon les départements et qu'il faudra du temps pour obtenir certaines de ces données. Les indicateurs sélectionnés et présentés dans le guide sont ceux pour lesquels l'information est présente dans quasiment tous les départements.
- Pour l'instant, en attendant la création du système national d'information – système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SIPAPH) -, les indicateurs nationaux sont obtenus par échanges entre la CNSA et les MDPH encadrés par des conventions signées entre la CNSA et chaque département. Les indicateurs disponibles dans les MDPH n'existent pas tous au niveau national soit du fait de la période transitoire de mise en place du SIPAPH soit parce que certains indicateurs ne font pas partie du partage d'information.
- Les résultats des indicateurs sont très dépendants des modes d'organisation et des pratiques des MDPH. Les comparaisons ne sont pas toujours possibles ni pertinentes. Quand elles sont possibles, elles doivent toujours être mises en regard des contextes départementaux, des organisations et des pratiques.
- L'information nationale est disponible sur le site de la CNSA et dans les annexes des rapports annuels de la CNSA.

2.1.1 Les modes d'organisation en matière d'accueil sont éminemment variables selon les départements et peuvent considérablement influencer le nombre d'accueils comptabilisés. Cet indicateur a surtout un intérêt en termes d'analyse du fonctionnement interne pour une MDPH donnée.

La comptabilisation de l'activité relative à l'accueil est influencée par :

- la difficulté parfois à distinguer les contacts courriels, courriers, téléphoniques, physiques qui relèvent de la fonction d'accueil de ceux qui n'en relèvent pas ;
- l'existence ou non des plateformes téléphoniques et des numéros verts ;
- la difficulté dans certains départements à intégrer, le cas échéant, l'accueil réalisé par les antennes territoriales ou par délégation à d'autres structures.

2.1.2 à **2.1.5** Les personnes peuvent déposer plusieurs demandes. Il est même rare de n'avoir qu'une demande par usager.

- La demande est comptabilisée à la date du dépôt de la demande à la MDPH (CASF, R146-26).
- Le stock des demandes n'est pas disponible au niveau national, parce que l'information recueillie actuellement n'est pas exhaustive.

2.1.6 à **2.1.7**

- Les demandes déposées par les personnes sont examinées par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui rend des décisions.
- Il existe trois types de décisions : accords, refus, sursis.

2.1.3 **2.1.6** **2.1.7** L'activité relative aux demandes (type de demandes) et décisions (type de décisions) peut être décrite sommairement en deux groupes : les orientations et les prestations.

- Les orientations sont professionnelles et/ou scolaires et/ou proposent des entrées en établissements ou services médico-sociaux pour enfants ou adultes handicapés ;
- Certaines prestations sont financières et concernent les prestations et allocations individuelles suivantes : allocation d'éducation pour enfants handicapés (AEEH) et compléments, prestation de compensation (PCH), allocations compensatrices (ACTP, ACFP), allocation pour adultes handicapés (AAH) et compléments de ressources (CPR).

D'autres prestations ne le sont pas :

- les aides à la scolarisation : heures d'auxiliaires de vie scolaire (AVS), avis de transport scolaire, avis de maintien d'aménagement Creton, avis d'aménagement d'examen, de scolarité, autres aides...
- la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
- les cartes : carte d'invalidité, carte de priorité, carte européenne de stationnement.

La MDPH est compétente sur l'instruction de l'ensemble de ces demandes. En revanche, toutes les décisions ne relèvent pas des compétences de la CDAPH. S'agissant des avis d'aménagement d'examen et des cartes de stationnement elle n'est pas décisionnaire : les cartes de stationnement requièrent une décision du préfet sur avis du médecin de la MDPH, les avis d'aménagement d'examen un avis d'un médecin désigné par la CDAPH.

2.1.3 **2.1.6** **2.1.8** En phase transitoire de construction des systèmes d'information des MDPH et du système d'information partagé (SIPAPH), le nombre de demandes déposées à la MDPH, le nombre de demandes examinées par les CDAPH, le nombre d'éléments attribués de la prestation de compensation ne sont pas disponibles en volume total au niveau national, faute d'un taux de réponse suffisant. Ils sont pour l'instant présentés et publiés en répartition et non en données de volume.

2.1.8 La PCH comprend cinq éléments : les aides humaines (élément 1), les aides techniques (élément 2), l'aménagement du logement, du véhicule et les surcoûts éventuels liés aux frais de transport (élément 3), les charges spécifiques ou exceptionnelles (élément 4), les aides animalières (élément 5). Le bénéficiaire de la prestation peut percevoir simultanément plusieurs éléments de cette prestation. Le nombre de décisions par élément de PCH est donc supérieur au nombre d'attributions de PCH.

2.1.9 La date de recevabilité de la demande est la date à laquelle le dossier administratif est complet.

Le délai de traitement des demandes déposées à la MDPH est un indicateur particulièrement suivi. Pourtant, du fait de sa construction très dépendante des protocoles de saisies et des pratiques de travail propres à chaque MDPH, il doit être utilisé avec prudence. En phase transitoire de construction du système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SIPAPH), le délai moyen de traitement au niveau national est calculé à la date de dépôt de la demande.

Il est plus pertinent de travailler sur les délais moyens de traitement par type de prestation et d'orientation. En effet, les différentes prestations et orientations répondent à des besoins variés et nécessitent des moyens adaptés, notamment en termes d'évaluation : un projet d'aménagement de logement dans le cadre de la prestation de compensation est nécessairement long à mettre en place.

Le délai moyen de traitement peut être pertinent en analyse d'évolution. Il ne peut pas permettre de comparer des MDPH entre elles.

2.1.10 L'évaluation de la situation et des besoins de la personne est multidimensionnelle. Elle envisage tous les aspects de la situation : facteurs personnels et environnementaux, obstacles ou facilitateurs aux activités et à la

participation à la vie sociale. L'indicateur s'attache à observer une partie des modalités d'évaluation telle qu'elle peut être conduite par les équipes pluridisciplinaires des MDPH ou par des partenaires extérieurs pour le compte de celle-ci :

L'évaluation peut avoir lieu :

- sur dossier : l'évaluation est uniquement basée sur les éléments transmis avec la/les demandes (formulaire de demande, certificat médical...) et/ou présents dans le dossier de la personne et/ou obtenus avec des demandes d'information complémentaire (sans rencontre avec la personne) ;
- à la MDPH : l'évaluation nécessite au moins une rencontre de la personne à la MDPH par un professionnel de l'équipe pluridisciplinaire pour approfondissement ;
- sur le lieu de vie : l'évaluation est conduite avec l'intervention d'au moins un professionnel de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH ou d'un partenaire sur le lieu de vie (domicile, établissement, école, lieu de travail...) de la personne ;

Lorsque l'évaluation nécessite à la fois un déplacement sur le lieu de vie et une rencontre à la MDPH, l'évaluation est comptabilisée dans la modalité « sur le lieu de vie ».

Réaliser des évaluations sur dossier n'est pas un critère de non-qualité. Inversement, réaliser beaucoup d'évaluations sur le lieu de vie n'est pas forcément non plus un gage suffisant de qualité de l'évaluation. Pour qualifier finement et de manière complète l'évaluation, cet indicateur et d'autres doivent être combinés : nombre de rencontres avec la personne, nombre et qualifications de professionnels intervenants, partenariats avec des intervenants extérieurs...

2.1.11 à **2.1.12**

- Le plan personnalisé de compensation (PPC) contient toutes les propositions faites par l'équipe pluridisciplinaire suite à l'évaluation des besoins de la personne, il tient compte du projet de vie de la personne. Le PPC donne lieu à décision de la CDAPH pour la partie qui relève de ses compétences.
- Le projet personnalisé de scolarisation (PPS) est inclus dans le PPC, il contient toutes les mesures destinées à favoriser le parcours de scolarisation et de formation des jeunes (enfant, adolescent, jeune adulte). Le contenu du PPS est réévalué, en fonction de l'évolution de la situation du jeune et son parcours de scolarisation. Le contenu des PPC comme celui des PPS est très divers.
- Les informations contenues dans le PPC dont le PPS sont très variables. Ces indicateurs permettent à chaque MDPH de mesurer l'évolution de la diffusion de ces documents.

2.1.13 Le projet de vie est l'expression des souhaits et des attentes de la personne qu'elle ait besoin d'une aide à la formulation ou non. L'expression du projet de vie peut se traduire par la formulation d'un projet de vie ou par le refus explicite de formuler son projet de vie.

2.1.14 à **2.1.16** La personne bénéficiaire de la décision (le cas échéant, son représentant légal) peut, si elle estime que la décision méconnaît ses droits, demander l'intervention d'une personne qualifiée chargée de proposer des mesures de conciliation. Elle peut également déposer un recours.

- Le recours peut être gracieux : il est déposé à la MDPH et instruit par les services administratifs de la Maison départementale des personnes handicapées ;
- Le recours peut être contentieux : la requête est déposée devant le tribunal compétent (juridiction du contentieux technique de la sécurité sociale ou juridiction administrative), lequel notifie à la MDPH l'action contentieuse exercée contre elle et instruit le recours.

2.1.19 Les moyens mobilisés et les personnes éligibles au fonds départemental de compensation sont définis par chaque comité de gestion du fonds. Ils sont très variables d'un département à l'autre.

2.1.11 **2.1.13** **2.1.14** **2.1.15** **2.1.17** L'information n'est pas aujourd'hui disponible au niveau national, parce que non exhaustive. Elle le sera prochainement avec la mise en place du SIPAPH.

SOURCES DE DONNEES

S5. Système d'information partagée pour l'autonomie des personnes handicapées - SIPAPH (CNSA)

S90. Système d'information des MDPH (MDPH)

DEFINITIONS ET REFERENCES

Les conseils généraux ont pour mission dans le cadre de la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'instruction administrative des demandes, l'évaluation de la situation des personnes, l'élaboration des plans d'aide et le suivi des situations. Différentes équipes sont affectées à ces tâches.

Les **équipes médico-sociales** (EMS) des conseils généraux sont chargées de l'évaluation des besoins d'aide à l'autonomie des personnes qui ont fait une demande d'APA. Elles comprennent au moins un médecin et un travailleur social. Cette évaluation est réalisée par des personnels du conseil général ou par des partenaires extérieurs conventionnés, les CLIC en général. Les modes d'organisation des équipes sont variables d'un département à l'autre ; certains départements ont choisi de territorialiser leur organisation dans un souci de proximité avec l'utilisateur.

L'évaluateur définit le degré de perte d'autonomie de la personne dans son environnement à l'aide de la **grille nationale AGGIR** (Autonomie gérontologie groupes iso-ressources) et le cas échéant élabore un plan d'aide qui contient les modalités d'intervention qui paraissent les plus appropriées compte tenu du besoin d'aide, de l'état de perte d'autonomie de la personne et de son environnement. L'APA peut financer des besoins de toute nature (aides humaines, techniques, adaptation du logement, portage des repas, téléalarme, transports, accueil de jour, hébergement temporaire...). Le plan d'aide fait l'objet d'une révision périodique mais il peut être révisé à tout moment en cas de modification de la situation du bénéficiaire, notamment en cas d'aggravation de son état de santé. Le plan d'aide est proposé à la personne âgée qui l'accepte en totalité ou partiellement.

Le montant de l'APA attribué est calculé en fonction d'un montant plafond fixé pour chaque GIR, du coût du plan d'aide et des revenus de la personne. Une partie des dépenses prévues dans le plan d'aide peut rester à la charge du bénéficiaire.

L'allocation est accordée par le président du conseil général, sur proposition de la commission départementale APA qui réunit notamment des représentants du département et des organismes de sécurité sociale, ainsi qu'un représentant des organismes conventionnés par le conseil général (CCAS, CLIC...)

Certains conseils généraux ont mis en place des **mesures extralégales** qui viennent compléter l'APA pour diminuer le reste à charge : il peut s'agir de subventions de services (portage de repas, téléalarme, accueil de jour, transports...), de révisions à la hausse des plafonds par GIR et/ou des plafonds de revenus...

Textes de références :

- APA : Code de l'action sociale et des familles - CASF (L232-1 à L232-28, R232-1 à R232- 61)
- Equipe médico-sociale, plan d'aide : CASF (L232-3, L232-6, R232-7 et 8)
- Commission départementale APA : CASF (L232-12, D232-25)

Concepts liés :

- Concept 1.3 : Population connue des dispositifs
- Concept 2.3 : Centres d'information et de coordination des interventions gérontologiques
- Concept 7.4 : Bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie
- Concept 9.1 : Compensation individuelle, aides individuelles

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

2.2.1 Nombre trimestriel de décisions favorables d'APA

Nombre de décisions favorables d'APA rendues par les conseils généraux au cours du trimestre considéré.

Cet indicateur peut être décliné selon :

- le lieu de vie (à domicile, en établissement)
- le type de demande (première demande - dont APA d'urgence et APA forfaitaire, révision, renouvellement, à la suite d'un recours).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
D	Conseils généraux	Système de gestion des aides départementales	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

Le résultat national n'existe pas faute d'un taux de réponse suffisant des départements

2.2.2 Part des premières demandes parmi les décisions favorables d'APA

Nombre de décisions favorables rendues par les conseils généraux au cours du trimestre considéré à la suite d'une première demande d'APA, divisé par le nombre trimestriel de décisions favorables d'APA (indicateur 2.2.1), multiplié par 100.

Cet indicateur est décliné selon le lieu de vie (à domicile, en établissement).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DREES	Enquête trimestrielle sur l'APA	Publication DREES - Série Etudes et Résultats « L'APA et la PCH au 30 juin / 31 décembre »	Depuis 2002	Semestrielle
D	Conseils généraux	Système de gestion des aides départementales	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

2.2.3 Nombre trimestriel de décisions rendues à la suite d'une première demande d'APA

Nombre de décisions rendues par les conseils généraux au cours du trimestre considéré à la suite d'une première demande d'APA.

Cet indicateur peut être décliné selon la décision rendue (favorable, défavorable), le lieu de vie (à domicile, en établissement) et le GIR.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
D	Conseils généraux	Système de gestion des aides départementales	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

Le résultat national n'existe pas faute d'un taux de réponse suffisant des départements

2.2.4 Taux d'acceptation des premières demandes d'APA

Nombre de décisions favorables rendues par les conseils généraux au cours du trimestre considéré à la suite d'une première demande d'APA, divisé par le nombre trimestriel de décisions rendues à la suite d'une première demande d'APA (indicateur 2.2.3), multiplié par 100.

Cet indicateur est décliné selon le lieu de vie (à domicile, en établissement).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DREES	Enquête trimestrielle sur l'APA	Publication DREES - Série Etudes et Résultats « L'APA et la PCH au 30 juin / 31 décembre »	Depuis 2002	Semestrielle
D	Conseils généraux	Système de gestion des aides départementales	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

2.2.5 Nombre de demandes d'APA déposées

Nombre de demandes d'APA déposées au conseil général au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
D	Conseils généraux	Système de gestion des aides départementales	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

2.2.6 Nombre annuel d'évaluations réalisées sur le lieu de vie par les équipes médico-sociales APA

Nombre d'évaluations réalisées sur le lieu de vie par les équipes médico-sociales APA des conseils généraux au cours de l'année considérée.

Cet indicateur peut être décliné selon :

- le lieu de vie (à domicile, en établissement) ;
- le type de procédure : (procédure d'urgence)

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
D	Conseils généraux	Système de gestion des aides départementales	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- Les données sur l'APA sont recueillies par la DREES de façon trimestrielle et publiées semestriellement. Ces indicateurs peuvent également être présentés cumulés sur une année.
- Il n'existe pas à l'heure actuelle d'indicateurs nationaux réguliers sur le contenu des plans d'aide.
- Les demandes des personnes les plus autonomes (GIR 5 et 6) ne donnent pas lieu à l'élaboration d'un plan d'aide mais à un compte rendu de visite comportant des conseils. Seules les personnes qui relèvent des GIR 1 à GIR 4 bénéficient de l'APA, et sont concernées par l'élaboration des plans d'aide.
- L'évaluation de la perte d'autonomie est effectuée à l'aide de la grille AGGIR qui permet de déterminer des groupes homogènes de personnes ayant des besoins d'aide et de compensation proches : les groupes iso-ressource 1 à 4 (GIR1 à GIR4) rassemblent les personnes les plus dépendantes, les GIR 5 et 6 les plus autonomes pour les principaux actes de la vie courante. Cette évaluation s'effectue en fonction de la capacité des personnes à effectuer les principales activités de la vie courante (converser et se repérer dans le temps et dans l'espace, se laver, s'habiller, se déplacer, s'alimenter, contrôler son hygiène, communiquer...) selon trois modalités différentes (fait seul habituellement correctement, fait partiellement, ou ne fait pas). Le classement dans un groupe GIR est effectué par l'équipe médico-sociale.

2.2.1

- Les « révisions » ne concernent pas les révisions techniques liées par exemple au changement de tarifs (taux horaire d'aide ménagère, d'aide humaine) ou à l'augmentation du SMIC. Il s'agit bien d'un changement, d'une évolution de situation qui nécessite une révision du plan d'aide APA.
- Les « renouvellements » sont liés à l'échéance mentionnée dans la notification.

2.2.5 Les conseils généraux enregistrent les demandes déposées dans leur système de gestion. La demande est comptabilisée lorsque le dossier de demande est complet au sens de l'annexe 2-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) et peut donner lieu à une intervention des équipes médico-sociales APA. Cet indicateur rend compte du volume des demandes dans un département et donc de la charge d'activité à venir pour les équipes médico-sociales APA.

2.2.6 Cet indicateur concerne l'ensemble des évaluations réalisées sur le lieu de vie de la personne quel(s) que soi(en)t le/les professionnel(s) qui s'y rendent, qu'il s'agisse de premières demandes ou de renouvellements d'APA, de révisions de plans d'aide. Cet indicateur n'est pas un indicateur de qualité de service.

SOURCES DE DONNEES

S16. Enquête trimestrielle sur l'APA (DREES)

S87. Système de gestion des aides départementales (Conseils généraux)

CONCEPT 2.3 : CENTRES D'INFORMATION ET DE COORDINATION DES INTERVENTIONS GERONTOLOGIQUES

DEFINITIONS ET REFERENCES

Les **Centres d'information et de coordination** désignés dans le code de l'action sociale et des familles (CASF) sont des structures de proximité qui ont pour mission l'accueil, l'aide, le soutien, la formation ou l'information, le conseil, la coordination au bénéfice des usagers et de leur entourage, ou d'autres établissements et services. Ce sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux. L'action des centres d'information et de coordination est tournée en priorité vers les personnes âgées.

Les centres d'information et de coordination répondent aux questions qui concernent tous les aspects de la vie quotidienne, qu'ils touchent aux soins, à l'accompagnement de la personne, à la qualité et au confort d'usage du cadre bâti (environnement/habitat) mais aussi à la vie sociale, culturelle et citoyenne...des personnes. Ces structures sont également un relai et une instance de coordination pour les professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile (services d'aide à domicile, services sociaux, professionnels de santé libéraux, établissements de santé ou médico-sociaux). Structures de proximité, leur organisation et les missions qui leur sont confiées sont liées aux réalités sociales des territoires et aux préoccupations locales.

Expérimentés en 2000 et réglementés en 2001, les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) étaient initialement des dispositifs d'Etat centrés sur l'action gérontologique. Créés pour répondre aux besoins d'accueil, d'information des personnes âgées et de leur famille, mais aussi de coordination des interventions auprès de ces publics, leurs missions dépendaient de leur **niveau de labellisation** qui allait de l'information simple et du conseil (niveau 1) à l'évaluation de la situation et à l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé (niveau 2) jusqu'au suivi de plan d'aide personnalisé et son adaptation, en lien avec les acteurs locaux (niveau 3). Initialement, tous les CLIC devaient tendre vers une labellisation de niveau 3. En tout état de cause, quel que soit le niveau de labellisation, les CLIC ont vocation à être un guichet d'accueil pour les personnes âgées et leur entourage.

Depuis 2004, le pilotage des centres d'information et de coordination relève directement des conseils généraux, qui ont en charge la politique médico-sociale de coordination gérontologique au plan départemental, et en particulier la définition des secteurs géographiques d'intervention.

Depuis cette décentralisation, l'information et la coordination gérontologique évoluent sous l'influence des politiques locales : certains départements abandonnent l'appellation de CLIC, d'autres ne font plus mention des niveaux de labellisation, ou élargissent les missions des CLIC - un certain nombre de CLIC assurent pour les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) l'accueil et l'information des personnes handicapées. Les CLIC de niveau 2 et 3, peuvent être sollicités par les équipes médico-sociales des conseils généraux pour participer à l'élaboration des plans d'aide APA.

Dans tous les cas, les centres d'information et de coordination - qu'ils soient dénommés CLIC ou non, labellisés ou non - sont des acteurs de la politique gérontologique du département et jouent dans leur territoire un rôle d'animation des actions collectives et de coordination de professionnels pour le soutien à domicile des personnes de plus de 60 ans. Un certain nombre d'entre eux organisent des actions de prévention, conférences, groupes de parole, forums... Ce rôle est plus ou moins important selon les départements.

La politique gérontologique du conseil général veille à la cohérence des actions respectives des centres d'information et de coordination, des communes (CCAS en particulier), de ses propres antennes territoriales, des différents services sociaux (CRAM, MSA...). Par ailleurs, les réseaux de santé gérontologiques en s'articulant avec l'action des CIC renforcent la coordination des actions sanitaires et médico-sociales.

Depuis février 2009², des expérimentations de mise en place de Maisons pour l'autonomie et de l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) ont été lancées sur 17 sites. L'objectif de ces expérimentations est d'améliorer, à partir de référentiels communs, la concordance des différents dispositifs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, œuvrant dans la coordination gérontologique (CLIC, Réseaux de santé, Equipes médico-sociales APA, CCAS, etc). Il s'agit d'offrir une réponse graduée et adaptée, complète et individualisée à la population âgée d'un territoire en particulier pour les situations complexes qu'elles soient liées ou non à une maladie d'Alzheimer. Cette expérimentation qui se préoccupe des malades d'Alzheimer et plus largement des personnes âgées en lourde perte d'autonomie est en cours jusqu'à fin 2010 pour préparer une phase de généralisation.

² dans le cadre du plan Alzheimer (2008-2012),

Textes de références :

- Centres d'information et de coordination : Code de l'action sociale et des familles-CASF (L312-1, §11)
- CLIC : CASF (L113-2), circulaires DAS/RV2 n°2000/310 du 6 juin 2000, DGAS/AVIE/2C/2001/224 du 18 mai, circulaire commune DGAS / DHOS / 2C / O3 / 2004 / 452 du 16 septembre 2004 relative aux CLIC et aux réseaux de santé gériatriques

Concepts liés :

- Concept 7.4 : Bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

2.3.1 Nombre de CLIC

Nombre de CLIC installés, à une date donnée.

Cet indicateur est décliné selon :

- le niveau de labellisation (1, 2 ou 3),
- les activités spécifiques (alerte et veille, coordination réseau de santé),
- le type d'activités proposées (actions de prévention santé, actions d'animation pour personnes âgées isolées, actions de formation pour les aidants...),
- la présence dans l'équipe de professionnels de santé et de travailleurs sociaux,
- le statut du gestionnaire (association, CCAS...),
- le profil du coordonnateur (assistant de service social, conseiller en économie sociale et familiale, ergothérapeute, infirmier, médecin, psychologue, autre).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	DGCS	Bilan des CLIC	Disponible sur le portail internet des CLIC		Fichier permanent
D	Conseils généraux, CLIC	Rapport d'activité et de fonctionnement des centres d'information et de coordination	Disponible sur demande auprès des conseils généraux et des CLIC		

2.3.2 Part des habitants de 60 ans et plus couverts par un CLIC

Pour un département donné, nombre de personnes âgées de 60 ans plus habitant une commune couverte par un CLIC, divisé par l'effectif de la population âgée de 60 ans et plus du département considéré, et multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	DGCS	Bilan des CLIC	Disponible sur le portail internet des CLIC		Fichier permanent
D	Conseils généraux, CLIC	Rapport d'activité et de fonctionnement des centres d'information et de coordination	Disponible sur demande auprès des conseils généraux et des CLIC		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- Etant donnée l'extrême diversité des structures existantes, il n'existe aucun système d'information permettant de recenser l'ensemble des organismes qui contribuent à l'information des personnes âgées dépendantes, ou des personnes handicapées. Les indicateurs présentés ici, qui ne concernent que les CLIC, n'offrent qu'une image très partielle de la réalité des différents territoires.
- L'information disponible est restreinte aux CLIC autorisés, enregistrés sous cette dénomination et labellisés.
- Le financement des centres d'information et de coordination repose principalement sur les conseils généraux, mais également sur d'autres institutions : caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), Mutualité sociale agricole (MSA), Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), communes... La plupart des CLIC sont de statut associatif mais ils peuvent également être gérés par des établissements publics de santé, des CCAS... De manière générale, les communes sont fortement impliquées dans le fonctionnement des CLIC, en particulier dans les centres urbains. Dans des zones rurales, certains CLIC ont directement été intégrés aux services du conseil général.

- Les niveaux de labellisation prévus des CLIC :
 - Les CLIC de niveau 1 exercent les missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil, de soutien aux familles ;
 - Les CLIC de niveau 2 assurent les missions de niveau 1, et ont les compétences d'évaluation des besoins et d'élaboration d'un plan d'aide personnalisé ;
 - Les CLIC de niveau 3 prolongent le niveau 2 de missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé, en lien avec les acteurs locaux ;

2.3.1 Le nombre de CLIC ne couvre pas l'ensemble de l'information et la coordination gérontologique présente sur un territoire : depuis 2004, selon les choix départementaux, tous les centres d'information et de coordination ne sont pas des CLIC et/ou ne sont pas labellisés. L'information renseignée ne permet pas d'obtenir un panorama complet des dispositifs.

Le portail « <http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr> » permet aux personnes âgées, à leur famille ainsi qu'aux professionnels qui les entourent, de consulter les coordonnées et les activités des CLIC de leur département ou de leur commune, en effectuant des recherches à partir de différents critères de choix. Des données statistiques de dénombrement et de fonctionnement des CLIC sont également disponibles sur ce portail. Ce site est actualisé par les conseils généraux et par les CLIC. Il peut y avoir un délai plus ou moins important entre la date de survenue d'un évènement (ouverture d'un nouveau CLIC, changement de niveau de labellisation d'un CLIC...) et sa prise en compte dans les informations publiées.

2.3.2 L'information est restreinte aux CLIC. Or, en matière de couverture du territoire, la situation dépend des stratégies départementales et de la place accordée aux CLIC.

SOURCES DE DONNEES

S10. Bilan des CLIC (DGCS)

S84. Rapports d'activité et de fonctionnement des centres d'information et de coordination (Conseils généraux)

CONCEPT 2.4 : CENTRES DE RESSOURCES, CENTRES DE REFERENCE ET DE COMPETENCES

DEFINITIONS ET REFERENCES

Les centres de ressources et les centres de référence et de compétences sont des structures d'expertise regroupant en général des compétences de plusieurs corps professionnels dans un domaine particulier.

Les centres de ressources sont des établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap, qui ont pour mission de mettre en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers ou d'autres établissements. Actuellement, on peut identifier les centres de ressources sur l'autisme (CRA), et les centres de ressources nationaux sur les handicaps rares (CRNHR) mais il existe un certain nombre de centres de ressources fonctionnant aujourd'hui en dehors d'un cadre légal ou juridique strictement identifié. Leur financement peut être assuré par des collectivités territoriales, des associations.

- les **centres de ressources autisme (CRA)**, ont été déployés dans l'ensemble des régions sur la période 2005-2007 ;
- les **centres de ressources nationaux sur les handicaps rares (CRNHR)**, ont été créés en 1998 à titre expérimental. Ces centres expérimentaux pour les handicaps rares devraient voir leur activité pérennisée à partir de 2010 dans le cadre d'un renouvellement de leur autorisation.

Il existe actuellement **23 CRA**, dont 15 sont strictement localisés dans un établissement hospitalier, (en centre hospitalier universitaire (CHU) le plus fréquemment), 4 disposent d'un pôle d'évaluation et de diagnostic dans un établissement hospitalier, et d'un pôle ressources / documentation située ailleurs (dont 3 dans un CREAI), 1 dispose d'une unité sanitaire à l'hôpital et d'une unité médico-sociale ailleurs. 3 centres sont complètement externalisés.

Il existe actuellement **3 CRNHR** : à Paris (enfants, adolescents et jeunes adultes qui présentent l'association d'une déficience auditive et d'autres déficiences, et aux enfants dysphasiques multi-handicapés), dans le Nord, (enfants et adultes déficients visuels avec handicaps associés), dans la Vienne (enfants et adultes atteints de surdité acquise ou congénitale).

Les centres de référence et de compétences sont des dispositifs sanitaires composés d'équipes médicales hautement spécialisées. Ils ont pour mission de mettre en place un travail en réseau avec les partenaires extérieurs, de former et d'informer, d'élaborer et de participer à des protocoles de recherche clinique, de produire des outils diagnostic, d'orienter la prise en charge, d'assurer le suivi et la coordination des soins.

Les centres de ressources s'articulent avec des centres de référence et de compétences quand la maladie a des conséquences en termes de handicap.

On peut identifier les centres de référence et de compétences suivants :

- les centres de référence et de compétences **pour maladie rare ou groupe de maladies rares**, mis en place sous l'impulsion du plan national maladies rares 2005-2008 : actuellement en 2009, 131 centres de référence sont labellisés. Les **centres de ressources et de compétence de la mucoviscidose (CRCM)**, spécialisés pour les enfants, les adultes, ou mixtes font partie de ces centres. En complément des centres de référence, 502 centres de compétence assurent la prise en charge et le suivi des patients, participent dans le cadre d'un travail en réseau et en articulation avec les centres de compétence, à la mise en place de filières de soins.
- les centres référents pour **troubles spécifiques d'apprentissage du langage oral et écrit** ont été mis en place à partir de 2001 dans le cadre du plan d'action interministériel en faveur des enfants atteints de troubles spécifiques du langage. Depuis 2004, un centre est présent dans chaque région de métropole et à la Réunion.

L'organisation territoriale de ces centres dépend de la nature des centres et de leur domaine d'activité. Elle peut être régionale (troubles d'apprentissage du langage), plusieurs centres peuvent parfois exister au sein d'une même région (CRCM), ou dans le cas des maladies rares, les centres couvrent en général un territoire beaucoup plus large que la région. Les centres de références et de compétences sont hébergés pour la plupart dans des CHU.

Cet inventaire ne prétend pas à l'exhaustivité. Comme les centres ressources, un certain nombre de centres de références et de compétences fonctionnent en dehors de ce cadre légal, leur financement pouvant être assuré par des collectivités territoriales, des associations, des fonds privés...

Textes de références :

- *Circulaire interministérielle n°DGAS/DGS/DHOS/3C/2005/124 du 8 mars 2005 relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement (TED)*

- Circulaire n°DHOS/O1/DGS/SD5/2001-502 du 22 octobre 2001 relative à l'organisation des soins pour la prise en charge des patients atteints de mucoviscidose
- Circulaire n°DGS/SD6D/MEN/2002/68 du 4 février 2002 relative à la mise en œuvre d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit
- Circulaire n°DHOS/O4/2007/153 du 13 avril 2007 relative à la structuration de la filière de soins pour les patients atteints d'une maladie rare et créant les centres de compétences
- Centre de ressources : Code de l'action sociale et des familles (L312-1, 11°)
- Lettre DAS/RVAS du 5 mars 1998 relative à la création de trois centres de ressources contribuant à l'amélioration des prises en charge des personnes atteintes d'un handicap rare

Concepts liés :

- Concept 6.1 : Période périnatale
- Concept 6.2 : Dépistage des anomalies et des déficiences à l'occasion des examens de santé obligatoires de la petite enfance
- Concept 6.6 : Prévention du handicap mental, cognitif, et psychique

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

Il n'existe pas d'indicateur d'activité actuellement au niveau des centres de ressources, des centres de référence, des centres de compétences. Toutefois, on peut citer les indicateurs suivants :

2.4.1 Nombre de centres de ressources autisme

Nombre de centres de ressources autisme (CRA).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
R	CRA Languedoc-Roussillon	Coordonnées des centres ressources autisme	Disponible sur le site internet du CRA Languedoc-Roussillon		Fichier permanent

2.4.2 Nombre de centres de référence labellisés pour la prise en charge d'une maladie rare

Nombre de centres de références labellisés pour la prise en charge d'une maladie rare ou d'un groupe de maladies rares.

Cet indicateur peut être ventilé selon la maladie ou le groupe de maladies concernées.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	INSERM	Orphanet	Disponible sur le site internet d'Orphanet		Fichier permanent

2.4.3 Nombre de centres de référence pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage

Nombre de centres de référence pour le diagnostic et la mise en place de modes de prise en charge des enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral et écrit.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
R	INPES	Coordonnées des centres de référence pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage	Disponible sur le site internet de l'INPES		Fichier permanent

2.4.4 Nombre de centres de ressources et de compétences de la mucoviscidose

Nombre de centres de ressources et de compétences de la mucoviscidose (CRCM).

Cet indicateur peut-être ventilé selon qu'il s'agit d'un CRCM enfant, adulte ou mixte.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	Société française de la mucoviscidose - Fédération des CRCM	Recensement des centres de ressources et de compétence de la mucoviscidose	Disponible sur le site internet de la Société française de la mucoviscidose		Fichier permanent

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- Les centres de ressources sont régis par l'article L312-1 11° du code de l'action sociale et des familles (CASF). Il s'agit d'établissements et services médico-sociaux qui bénéficient d'une autorisation de fonctionner. Mais un certain nombre de centres ressources fonctionnent en dehors de ce cadre légal. Ils peuvent être financés dans le cadre des dotations régionales de développement des réseaux de santé, par des associations, des collectivités territoriales. Il n'existe pas de liste exhaustive de ces centres de ressources.
- Il n'existe pas actuellement de système de remontée d'information organisé et automatisé concernant l'activité des centres de ressources (CRA et CRNHR), ce qui conduit à une absence d'indicateurs fiables sur leur activité. En ce qui concerne les centres de ressources nationaux sur les handicaps rares, le schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares prévoit la mise en place d'un tel recueil et les centres de ressources sur l'autisme travaillent également avec les services centraux ministériels sur le contenu des remontées d'informations. Le schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares, dont la loi du 11 février 2005 a confié la préparation à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, a été adopté par le ministre du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville en 2009. Le schéma privilégie une approche ouverte de la définition des handicaps rares et de leurs évolutions. Il se donne pour objectifs d'accroître les expertises les plus pointues et faciliter leur accessibilité, pour améliorer le diagnostic fonctionnel et définir un accompagnement spécifique adapté à la complexité de chaque situation, en associant les personnes et leurs familles et en favorisant un travail en réseau. A ce titre, le volet documentation et système d'information est primordial. Deux actions peuvent être mises en avant :
 - la première est un objectif de mise en place d'une base de données nationale handicap rare en ligne, en lien et en complément d'Orphanet. Il s'agira d'une part de documenter les maladies rares en termes de conséquences potentiellement à l'origine de handicap et d'autre part de concevoir un site d'information sur les handicaps rares, liés ou non à des maladies rares.
 - la deuxième vise à construire un système d'information partagé entre les trois centres de ressources nationaux sur les handicaps rares qui permettra de rendre disponible une information aujourd'hui fragmentée, d'harmoniser les modalités de recueil des informations, de disposer d'une information fiable, accessible et standardisée sur les handicaps rares.
- Les centres de ressources et de compétences pour la mucoviscidose ont mis en place un registre commun (http://www.vaincrelamuco.org/ewb_pages/r/registredelamuco.php). Des travaux se déroulent actuellement entre les représentants des centres et les services centraux ministériels pour définir le contenu type d'un rapport d'activité permettant de faire remonter de manière homogène des informations concernant la population suivie et l'activité de ces centres.

Liste des centres et coordonnées :

Nombre de centres de ressources autisme : Disponible sur le site internet du CRA Languedoc-Roussillon <http://www.autisme-ressources-lr>.

Nombre de centres de ressources et de compétences de la mucoviscidose : Disponible sur le site internet <http://www.vaincrelamuco.org>

Nombre de centres de référence pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage : Disponible sur le site internet <http://www.inpes.sante.fr/> espace thématique « Troubles du langage »

Nombre de centres de référence labellisés pour la prise en charge d'une maladie rare : Disponible sur le site internet <http://www.orpha.net>

SOURCES DE DONNEES

S54. Coordonnées des centres de référence pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage (INPES)

S57. Orphanet (INSERM)

S80. Recensement des centres de ressources et de compétence de la mucoviscidose (Société française de la mucoviscidose)

S81. Coordonnées des centres de ressources autisme (CRA Languedoc-Roussillon)

3

SCOLARISATION ET FORMATION

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 a établi le droit à la scolarisation des enfants, adolescents et jeunes adultes, considérant que « l'Etat devait mettre en place les moyens financiers et humains nécessaires à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants, adolescents et adultes handicapés » (article L111-2 du Code de l'Education). Cette loi a marqué un tournant dans ce domaine en développant de nouvelles formes d'accompagnement individualisé et en réformant l'organisation du parcours de scolarisation sous l'égide des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). La scolarisation des élèves s'effectue désormais de préférence en milieu ordinaire (écoles, établissements relevant du ministère de l'éducation nationale), en classe ordinaire et/ou en dispositif collectif (classes pour l'inclusion scolaire : CLIS, unités pédagogiques d'intégration : UPI), mais aussi dans les unités d'enseignements (UE) des établissements médico-sociaux et hospitaliers, ou en temps partagé dans les deux types de structures. La scolarisation peut s'effectuer à temps partiel si nécessaire et bénéficier d'accompagnements appropriés assurés par les auxiliaires de vie scolaires individuels (AVS-i), d'accompagnements éducatifs, thérapeutiques, rééducatifs - assurés par des intervenants issus notamment des établissements et services médico-sociaux, des services de soins -, de matériels pédagogiques adaptés.

► Les modalités de scolarisation sont définies par le **plan personnalisé de scolarisation (PPS)**, élaboré par l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). La mise en œuvre de ces modalités est coordonnée au sein de l'équipe de suivi de la scolarisation par les enseignants référents. La multiplicité, et souvent la spécificité des structures possibles de scolarisation (écoles, CLIS, collèges, lycées, lycées professionnels, centres de formations d'apprentis (CFA), UE des établissements médico-sociaux ou hospitaliers), des modalités de scolarisation (temps partagé ou non, temps complet ou non), d'accompagnement et d'aide, ainsi que l'importance et la diversité de la population concernée (selon les types de handicap notamment), explique la variété (et parfois l'hétérogénéité) actuelle des sources de données statistiques de pilotage.

► **Cette complexité est reflétée par une réalité multiple**, dont un aperçu, issu des diverses sources de données actuellement disponibles, peut être présenté : à la rentrée 2008-2009, près de 250 000¹ élèves handicapés étaient scolarisés (175 000 élèves en milieu ordinaire et plus de 72 000 élèves, soit 30 %, exclusivement en unités d'enseignement présentes dans les établissements médico-sociaux ou hospitaliers). Parmi les 175 000 élèves scolarisés en milieu ordinaire, 114 500 étaient scolarisés dans le premier degré (soit 1,7 % de l'ensemble des 6,64 millions d'élèves handicapés ou non public et privé) dont 34 500 en niveau d'enseignement préélémentaire et 80 000 en enseignement élémentaire, et plus de 60 000 dans le second degré (soit 1,1 % des 5,33 millions d'élèves handicapés ou non) dont 50 000 en niveau d'enseignement collège, 5 500 en niveau d'enseignement lycée, 4 500 en niveau d'enseignement lycée professionnel. La scolarisation en dispositif collectif concerne 35 % des élèves handicapés du premier degré, soit plus de 40 000 (CLIS), et 24 % des élèves du second degré, soit 14 500 (UPI). Près de 45 000 élèves sont accompagnés par des AVS-i (37 000 dans le premier degré, 7 500 dans le second degré), et 142 000 élèves - plus de 80 % -, bénéficient d'un accompagnement éducatif, thérapeutique, rééducatif, assuré par un intervenant extérieur au ministère de l'Education nationale. 18 000 élèves bénéficient d'un matériel pédagogique adapté. 12 200 élèves (soit 7 % des effectifs) sont scolarisés en temps partagé, et 15 000 élèves (8,6 %) ne sont pas scolarisés à temps complet. Enfin une grande partie de ces élèves (128 000, soit 73 %) sont porteurs de déficiences intellectuelles, cognitives ou psychiques.

De nombreux jeunes handicapés bénéficient également d'une formation initiale par l'apprentissage : 2 000 contrats d'apprentissage concernant des jeunes handicapés ont reçu le soutien de l'AGEFIPH en 2008.

¹ Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche. Edition Septembre 2009. Ministère de l'éducation nationale, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2009, 426 p.

► Depuis la rentrée universitaire 2006, les établissements d'enseignement supérieur ont l'obligation de mettre en place les aides et accompagnements dont les étudiants handicapés ont besoin pour réussir leurs études, à la fois en termes d'accessibilité des locaux, de développement de l'accueil et d'accompagnement pendant les études, en lien avec les MDPH. Pour l'année universitaire 2005-2006², 8 400 étudiants handicapés ont été recensés dans les établissements d'enseignement supérieur pour 1,4 millions d'étudiants fréquentant l'université ce qui correspondrait à 0,6 % des effectifs.

Les enfants handicapés ne bénéficient pas tous d'une scolarisation, soit du fait de la sévérité de leur handicap qui les éloigne de tout apprentissage scolaire, soit par manque de places pour les accueillir dans des structures adaptées. Une étude de la DREES³ avait estimé que 20 000 enfants handicapés étaient dans ce cas en 2005-2006.

En résumé les effectifs concernés par la scolarisation, sont importants, évoluent rapidement (en particuliers ceux de la scolarisation en milieu ordinaire dans le second degré (+ 22 750 élèves, soit + 61 % de 2004-2005 à 2008-2009), et les acteurs sont divers et dépendent d'entités administratives variées.

► **La thématique concerne les différents modes de scolarisation des enfants et adolescents handicapés et les mesures de soutien qui leur sont apportées. Le découpage en concepts** retenu est l'image de la diversité des sources et des populations concernées :

Quatre concepts concernent la scolarité et la formation en milieu ordinaire : Concept 3.1 « Elèves handicapés scolarisés dans les écoles du premier degré », Concept 3.2 « Elèves handicapés scolarisés dans les établissements du second degré », Concept 3.3 « Accompagnement des élèves handicapés scolarisés dans les écoles et les établissements du second degré », Concept 3.6 « Etudiants handicapés ».

Trois concepts sont relatifs à la scolarité dans les unités d'enseignement (UE), à la formation dans les centres de formation d'apprentis, à la formation dans l'enseignement supérieur, et aux enfants et adolescents handicapés non scolarisés : concept 3.4 « Elèves handicapés scolarisés dans les établissements de santé et dans les établissements médico-sociaux », concept 3.5 « Personnes handicapées en apprentissage », concept 3.7 « Enfants et adolescents handicapés non scolarisés ».

Les sources actuelles, très dispersées, et souvent lacunaires sous certains aspects, ainsi que les concepts retenus ne permettent pas toujours de refléter la nouvelle organisation des parcours de formation. On peut estimer qu'un système d'information partagé, alimenté par des données normalisées, pourrait pour partie pallier le déficit actuel. Cette meilleure organisation des données au service d'indicateurs et de concepts articulés autour du parcours de formation de l'élève ou de l'étudiant, est un des enjeux de pilotage des politiques publiques mobilisées, à destination des personnes handicapées.

► Les équipes pluridisciplinaires des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) évaluent les situations des enfants et des jeunes adultes, et les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), instances décisionnaires des MDPH, rendent leurs décisions d'attribution ou non de prestations ou d'orientations auxquelles peuvent prétendre les enfants, et jeunes handicapés : ainsi, le concept 2.1 « Maisons départementales des personnes handicapées » de la thématique 2 « dispositifs d'accueil d'évaluation et de suivi » est complètement connecté à cette thématique. De même, les thématiques 7 « Compensation individuelle et aides individuelles » et 8 « Etablissements et services d'accueil et d'accompagnement » dans lesquelles sont exposés les concepts 7.1 « bénéficiaires de l'AEEH », 7.2 « bénéficiaires de la PCH » et 8.4 « Etablissements et services pour enfants et adolescents handicapés » traitent des questions relatives aux enfants et adolescents handicapés, scolarisés ou non.

² Recensement des étudiants en situation de handicap. Ministère de l'enseignement supérieur, Site internet Handi-U

³ La scolarisation des enfants et adolescents handicapés. DREES, Etudes et résultats n°564, mars 2007

CONCEPT 3.1 : ÉLÈVES HANDICAPÉS SCOLARISÉS DANS LES ÉCOLES DU PREMIER DEGRÈ	
3.1.1 Nombre d'élèves handicapés scolarisés dans les écoles du premier degré.....	57
3.1.2 Proportion d'élèves handicapés parmi les élèves du premier degré	57
3.1.3 Nombre d'élèves handicapés scolarisés individuellement dans les écoles du premier degré (dans une classe ordinaire).....	57
3.1.4 Nombre d'élèves scolarisés collectivement en CLIS	57
3.1.5 Nombre de CLIS	58
3.1.6 Nombre de postes d'enseignants affectés en CLIS dans les écoles publiques du premier degré	58
CONCEPT 3.2 : ÉLÈVES HANDICAPÉS SCOLARISÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DU SECOND DEGRÈ	
3.2.1 Nombre d'élèves handicapés scolarisés dans les établissements du second degré	61
3.2.2 Proportion d'élèves handicapés parmi les élèves du second degré.....	61
3.2.3 Nombre d'élèves handicapés scolarisés individuellement dans les établissements du second degré (en classe ordinaire).....	61
3.2.4 Nombre d'élèves scolarisés collectivement en UPI	61
3.2.5 Nombre d'UPI	62
3.2.6 Nombre de postes d'enseignants affectés en UPI dans les établissements publics du second degré	62
CONCEPT 3.3 : ACCOMPAGNEMENT DES ÉLÈVES HANDICAPÉS SCOLARISÉS DANS LES ÉCOLES ET LES ÉTABLISSEMENTS DU SECOND DEGRÈ	
3.3.1 Pourcentage d'élèves handicapés scolarisés bénéficiant d'un accompagnement par un auxiliaire de vie scolaire.....	65
3.3.2 Nombre d'élèves handicapés en attente d'un accompagnement par un auxiliaire de vie scolaire individuel (AVS-i)	65
3.3.3 Nombre d'ETP occupés d'auxiliaires de vie scolaire individuels.....	65
3.3.4 Pourcentage d'élèves handicapés scolarisés individuellement bénéficiant de l'aide d'un enseignant spécialisé.....	65
3.3.5 Nombre de postes d'enseignants référents dans les écoles et les établissements scolaires publics.....	66
3.3.6 Nombre d'élèves handicapés par enseignant référent dans les écoles et les établissements scolaires publics	66
3.3.7 Pourcentage d'élèves handicapés scolarisés bénéficiant d'un matériel pédagogique adapté	66
CONCEPT 3.4 : ÉLÈVES HANDICAPÉS SCOLARISÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DANS LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX	
3.4.1 Nombre d'établissements médico-sociaux et d'établissements de santé disposant d'une unité d'enseignement (UE).....	68
3.4.2 Nombre d'élèves scolarisés au titre de l'UE d'un établissement médico-social.....	68
3.4.3 Pourcentage des élèves scolarisés au titre de l'UE d'un établissement médico-social et bénéficiant simultanément d'une scolarisation dans un établissement scolaire	68
3.4.4 Nombre d'élèves scolarisés au titre de l'UE d'un établissement de santé	69
3.4.5 Nombre d'ETP d'enseignants de l'Education nationale affectés dans les UE des établissements médico-sociaux et des établissements de santé.....	69
CONCEPT 3.5 : PERSONNES HANDICAPÉES EN APPRENTISSAGE	
3.5.1 Nombre de contrats d'apprentissage bénéficiant d'un financement de l'AGEFIPH.....	71
3.5.2 Proportion de contrats d'apprentissage bénéficiant d'un financement de l'AGEFIPH	71
3.5.3 Régions disposant d'un dispositif d'accompagnement des personnes en situation de handicap	71
CONCEPT 3.6 : ÉTUDIANTS HANDICAPÉS	
3.6.1 Nombre d'étudiants handicapés.....	72
3.6.2 Pourcentage d'étudiants handicapés	73
CONCEPT 3.7 : ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPÉS NON SCOLARISÉS	
3.7.1 Nombre d'enfants et adolescents accueillis en établissement médico-social et non scolarisés.....	74
3.7.2 Nombre d'enfants et adolescents, vivant à domicile et présentant des incapacités, non scolarisés.....	74

CONCEPT 3.1 : ÉLÈVES HANDICAPES SCOLARISES DANS LES ECOLES DU PREMIER DEGRE

DEFINITIONS ET REFERENCES

Les élèves en situation de handicap scolarisés dans les écoles du premier degré sont ceux « *qui, en raison d'un handicap ou d'un trouble de la santé (troubles des apprentissages, troubles psychiques, maladie invalidante ou chronique, atteinte intellectuelle, déficience sensorielle ou motrice), ont besoin d'aménagements significatifs de leur scolarité pour une durée importante* »*.

Les écoles du premier degré regroupent les écoles maternelles et les écoles élémentaires. Le premier degré d'enseignement est organisé en 3 cycles d'apprentissages, le cycle 1 (petite section et moyenne section de maternelle), le cycle 2 (grande section de maternelle, CP, CE1), et le cycle 3 (CE2, CM1 et CM2).

La scolarisation des élèves handicapés en milieu scolaire ordinaire est un principe de droit inscrit dans la loi n°2005-102 du 11 février 2005, le recours à des établissements spécialisés ou à des services médico-sociaux n'intervenant que de façon subsidiaire ou complémentaire.

L'enfant handicapé doit être inscrit dans l'établissement scolaire, public ou privé sous contrat, le plus proche de son domicile, qui est son établissement de référence et bénéficie d'un dispositif d'accompagnement. Le parcours scolaire se déroule prioritairement au sein de cet établissement.

Les élèves handicapés sont préférentiellement scolarisés dans des **classes ordinaires**, en scolarisation dite « individuelle ». La scolarisation dite « collective » permet d'accueillir des élèves nécessitant une attention pédagogique particulière en raison de leur handicap au sein de classes dédiées : les **classes pour l'inclusion scolaire (CLIS)** qui accueillent les enfants âgés de 6 à 12 ans avec un effectif limité à 12 élèves, et sont spécialisées par type de handicap - troubles importants des fonctions cognitives (CLIS 1), déficience auditive grave ou surdité (CLIS 2), déficiences visuelles grave ou cécité (CLIS 3) ou déficience motrice ou maladie chronique invalidante (CLIS 4)-. L'orientation vers une CLIS est décidée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) dans le cadre d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS).

Textes de références :

- **Enquêtes statistiques : circulaire n°2008-030 du 4 mars 2008 (BO spécial n°2 du 20 mars 2008)*
- *Principes généraux et organisation de la scolarité des enfants et adolescents handicapés : Code de l'éducation (L112-1 à 5, L351-1, L352-1, D351-1 à 9)*
- *Accès à la scolarité des enfants handicapés en école maternelle, avant l'obligation scolaire : Code de l'éducation (L112-1, L113-1), circulaire n°2006-126 du 17 août 2006*
- *Etablissement scolaire de référence : Code de l'éducation (L112-1)*
- *CLIS : circulaires n°2002-113 du 30 avril 2002 et n° 2009-087 du 17 juillet 2009*

Concepts liés :

- Concept 2.1 : Maisons départementales des personnes handicapées
- Concept 3.3 : Accompagnement des élèves handicapés scolarisés dans les écoles et les établissements du second degré
- Concept 3.4 : Elèves handicapés scolarisés dans les établissements de santé et dans les établissements médico-sociaux
- Concept 8.4 : Etablissements et services pour enfants et adolescents handicapés

INDICATEURS

FE : France métropolitaine + DOM ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

3.1.1 Nombre d'élèves handicapés scolarisés dans les écoles du premier degré

Nombre d'élèves handicapés scolarisés dans les écoles du premier degré, à la rentrée scolaire.

Cet indicateur est décliné notamment selon :

- le type d'établissement (public ou privé sous contrat),
- le mode de scolarisation (scolarisation individuelle ou collective) et le cycle d'apprentissage (cycle 1, 2 ou 3),
- le type de déficience et l'âge.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DEPP	Enquête n°3	Publication DEPP « Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche »	Edité depuis 1984	Annuelle
R, D			Disponible sur demande auprès de la DEPP		
ID			Disponible sur demande auprès de la DEPP, sous réserve d'effectifs suffisants pour respecter la confidentialité		

3.1.2 Proportion d'élèves handicapés parmi les élèves du premier degré

Nombre d'élèves handicapés scolarisés dans les écoles du premier degré (indicateur 3.1.1), divisé par l'effectif total d'élèves scolarisés dans les écoles du premier degré, à la rentrée scolaire, et multiplié par 100.

Cet indicateur est décliné notamment selon le type d'établissement (public ou privé sous contrat).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DEPP	Enquête n°3	Projets annuels de performance « Enseignement scolaire », Programme 140 Indicateur 2.6 pour l'enseignement public, Programme 139 Indicateur 3.1 pour l'enseignement privé		
R, D			Disponible sur demande auprès de la DEPP		
ID			Disponible sur demande auprès de la DEPP, sous réserve d'effectifs suffisants		

3.1.3 Nombre d'élèves handicapés scolarisés individuellement dans les écoles du premier degré (dans une classe ordinaire)

Nombre d'élèves handicapés scolarisés individuellement dans les écoles du premier degré, à la rentrée scolaire.

Cet indicateur est décliné notamment selon :

- le type d'établissement (public ou privé sous contrat),
- le temps de scolarisation individuelle (temps plein ou partiel) et le type de déficience.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	DEPP	Enquête n°3	Disponible sur demande auprès de la DEPP		
ID			Disponible sur demande auprès de la DEPP, sous réserve d'effectifs suffisants pour respecter la confidentialité		

3.1.4 Nombre d'élèves scolarisés collectivement en CLIS

Nombre d'élèves scolarisés en CLIS dans les écoles du premier degré, à la rentrée scolaire.

Cet indicateur est décliné notamment selon :

- le type d'établissement (public ou privé sous contrat),
- la déficience principale,
- le type de CLIS,
- le sexe,
- l'âge.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DEPP	Enquête n°3	Publication DEPP « Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche »	Edité depuis 1984	Annuelle
R, D			Disponible sur demande auprès de la DEPP		
ID			Disponible sur demande auprès de la DEPP, sous réserve d'effectifs suffisants pour assurer le respect de la confidentialité		

3.1.5 Nombre de CLIS

Nombre de CLIS dans les écoles du premier degré, à la rentrée scolaire.

Cet indicateur peut être décliné selon :

- le type d'établissement (public ou privé sous contrat),
- le type de CLIS (CLIS 1, 2, 3 ou 4) sur demande auprès du rectorat.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	DGESCO	Enquête « rapide » de rentrée	Disponible sur demande auprès de la DGESCO - B2-2		
D, ID	Rectorats d'académie		Disponible sur demande auprès des rectorats		

3.1.6 Nombre de postes d'enseignants affectés en CLIS dans les écoles publiques du premier degré

Nombre de postes d'enseignants affectés en CLIS dans les écoles publiques du premier degré, au 30 septembre.

Cet indicateur est décliné selon la spécialisation des enseignants et le type de CLIS.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	DGESCO	Enquête sur les postes de l'adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés	Disponible sur demande auprès de la DGESCO - B2-2		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- Les questionnaires de l'enquête n°3, utilisée pour ces indicateurs, sont renseignés par l'enseignant référent qui suit l'enfant. Sont pris en compte dans l'enquête les élèves handicapés qui font l'objet d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS) ou qui ont un PPS en cours d'élaboration. Les élèves qui ont un projet d'accueil individualisé (PAI) qui prévoit des aménagements spécifiques importants et durables sont également intégrés dans ce recueil.
- Les indicateurs présentés ci-dessus prennent en compte seulement certaines variables issues de l'enquête n°3. D'autres variables sont également disponibles et peuvent être interrogées.
- L'enquête n°3 recueille des informations sur les « troubles ou atteintes » principaux de l'enfant, afin de mettre en regard la nature et l'ampleur des moyens mobilisés pour répondre aux besoins éducatifs particuliers des enfants concernés. Il ne s'agit pas de données « à visée épidémiologique ». Les modalités utilisées dans le questionnaire d'enquête pour décrire ces déficiences sont les suivantes : troubles des fonctions cognitives, troubles psychiques, troubles spécifiques des apprentissages (dyslexie, dysphasie, dyspraxie, etc), troubles des fonctions motrices, troubles des fonctions viscérale, métabolique ou nutritionnelle, troubles des fonctions visuelles, troubles des fonctions auditives, plusieurs type de troubles associés, autres types de troubles.

Les futures enquêtes prendront en compte la nomenclature définie dans l'**arrêté du 6 février 2008** relatif aux références et nomenclatures applicables au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA) prévu à l'article R. 146- 28 du code de l'action sociale et des familles.

- L'estimation du nombre d'enfants handicapés scolarisés peut être sensible aux modalités d'appréciation des situations non couvertes par un PPS.
- Le système d'observation de la scolarisation des enfants handicapés a connu des ruptures de séries importantes, notamment depuis 2004, avec l'instauration d'un recueil de données individuelles anonymisées.

3.1.1 Cet indicateur recense les enfants handicapés scolarisés dans les écoles du premier degré. Pour prendre en compte l'ensemble des enfants handicapés scolarisés, de « niveau » premier degré, il faut également dénombrer ceux qui bénéficient d'un temps de scolarisation en unité d'enseignement au sein d'établissements médico-sociaux ou d'établissements de santé (voir concept 3.4). Certains élèves bénéficient simultanément d'une scolarisation partagée en établissement scolaire et en unité d'enseignement. Les enquêtes du ministère de l'Education nationale (n°3, n°12, et n°32) permettent de dénombrer le temps de scolarisation dans les deux structures au sein desquelles ils sont scolarisés et d'éviter ainsi les doubles comptes.

3.1.2 Cet indicateur est un indicateur de performance de la loi organique relative à la loi de finances (LOLF). La proportion d'élèves handicapés dans le premier degré est voisine de 2 % (2008) dans l'enseignement public et de 1,5 % dans l'enseignement privé.

3.1.3 L'analyse des séries statistiques sur une longue période doit être faite avec prudence. En effet, depuis 2002, les CLIS se sont recentrées sur l'accueil d'élèves en situation de handicap.

3.1.6 Actuellement, l'enquête sur les postes de l'adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés réalisée par la DGESCO concerne uniquement les écoles et établissements scolaires publics.

SOURCES DE DONNEES

S31. Enquête n°3 - relative aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré (DEPP)

S35. Enquête sur les postes de l'adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés (DGESCO B2-2)

S36. « Enquête rapide » de rentrée (DGESCO B2-2)

CONCEPT 3.2 : ÉLÈVES HANDICAPÉS SCOLARISÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DU SECOND DEGRÉ

DEFINITIONS ET RÉFÉRENCES

Les élèves en situation de handicap scolarisés dans les écoles du second degré sont ceux « *qui, en raison d'un handicap ou d'un trouble de la santé (troubles des apprentissages, troubles psychiques, maladie invalidante ou chronique, atteinte intellectuelle, déficience sensorielle ou motrice), ont besoin d'aménagements significatifs de leur scolarité pour une durée importante* »*.

Les établissements scolaires du second degré regroupent les collèges, les lycées d'enseignement général, technologique (LEGT) ou professionnels (LP), et les établissements régionaux d'enseignement adapté (EREA). Le second degré d'enseignement est organisé en deux cycles d'apprentissages, le premier correspondant aux quatre années de collège, et le deuxième aux classes de lycée.

La scolarisation des élèves handicapés en milieu scolaire ordinaire est un principe de droit inscrit dans la loi n°2005-102 du 11 février 2005, le recours à des établissements spécialisés ou à des services médico-sociaux n'intervenant que de façon subsidiaire ou complémentaire.

Les élèves handicapés sont préférentiellement scolarisés dans des **classes ordinaires**, en scolarisation dite « individuelle ». Les enfants handicapés peuvent également bénéficier d'une scolarisation collective au sein d'**unités pédagogiques d'intégration (UPI)**, qui accueillent des enfants âgés de 11 à 16 ans qui sortent de **classes pour l'inclusion scolaire (CLIS)** ou qui ne peuvent plus être scolarisés individuellement, dans une limite de 10 élèves par niveau d'enseignement. Les élèves des UPI doivent dans la mesure de leur possibilité fréquenter leur classe de référence. Les horaires et les contenus d'enseignement sont ceux des classes de référence, et les enseignants exerçant auprès de ces élèves sont les professeurs affectés à l'établissement scolaire. Les UPI sont spécialisées par type de handicap : troubles importants des fonctions cognitives (UPI 1), déficience auditive grave ou surdité (UPI 2), déficiences visuelles grave ou cécité (UPI 3) ou déficience motrice ou maladie chronique invalidante (UPI 4). L'orientation vers une UPI est décidée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) dans le cadre d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS).

Textes de références :

* *Enquêtes statistiques : circulaire n°2008-030 du 4 mars 2008 (BO spécial n°2 du 20 mars 2008)*

- *Principes généraux et organisation de la scolarité des enfants et adolescents handicapés : Code de l'éducation (L112-1 à 5, L351-1, L352-1, D351-1 à 9)*

- *Etablissement scolaire de référence : Code de l'éducation (L112-1)*

- *UPI : Code de l'éducation (D332-8), circulaire n°2001-035 du 21 février 2001, circulaire n°2007-011 du 9 janvier 2007*

- *Enseignement adapté : Code de l'éducation (D332-7)*

Concepts liés :

- Concept 2.1 : Maisons départementales des personnes handicapées
- Concept 3.3 : Accompagnement des élèves handicapés scolarisés dans les écoles et les établissements du second degré
- Concept 3.4 : Elèves scolarisés dans les établissements de santé et dans les établissements médico-sociaux
- Concept 8.4 : Etablissements et services pour enfants et adolescents handicapés

INDICATEURS

FE : France métropolitaine + DOM ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

3.2.1 Nombre d'élèves handicapés scolarisés dans les établissements du second degré

Nombre d'élèves handicapés scolarisés individuellement ou collectivement dans les établissements du second degré, à la rentrée scolaire.

Cet indicateur est décliné notamment selon :

- le type d'établissement (public ou privé sous contrat),
- le mode de scolarisation (scolarisation individuelle ou collective) et le cycle d'apprentissage (premier cycle, second cycle, cycle indifférencié),
- le type de déficience et l'âge.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DEPP	Enquête n°12	Publication DEPP « Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche »	Edité depuis 1984	Annuelle
R, D			Disponible sur demande auprès de la DEPP		
ID			Disponible sur demande auprès de la DEPP, sous réserve d'effectifs suffisants pour respecter la confidentialité		

3.2.2 Proportion d'élèves handicapés parmi les élèves du second degré

Nombre d'élèves handicapés scolarisés dans les établissements du second degré (indicateur 3.2.1), divisé par le nombre total d'élèves scolarisés dans les établissements du second degré, à la rentrée scolaire, multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DEPP	Enquête n°12	Projets annuels de performance « Enseignement scolaire », Programme 141 Indicateur 2.5 pour l'enseignement public, Programme 139 Indicateur 3.1 pour l'enseignement privé		
R, D			Disponible sur demande auprès de la DEPP		
ID			Disponible sur demande auprès de la DEPP, sous réserve d'effectifs suffisants		

3.2.3 Nombre d'élèves handicapés scolarisés individuellement dans les établissements du second degré (en classe ordinaire)

Nombre d'élèves handicapés scolarisés individuellement dans les établissements du second degré, à la rentrée scolaire.

Cet indicateur est décliné notamment selon le temps de scolarisation individuelle (temps plein ou partiel), le type de déficience et le type d'établissement (collège - dont SEGPA, LEGT, LP ou EREA).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DEPP	Enquête n°12	Publication DEPP « Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche »	Edité depuis 1984	Annuelle
R, D			Disponible sur demande auprès de la DEPP		
ID			Disponible sur demande auprès de la DEPP, sous réserve d'effectifs suffisants pour respecter la confidentialité		

3.2.4 Nombre d'élèves scolarisés collectivement en UPI

Nombre d'élèves scolarisés en UPI dans les établissements du second degré, à la rentrée scolaire.

Cet indicateur est décliné notamment selon :

- le statut de l'établissement (public ou privé sous contrat), le type d'établissement (collège, LEGT, LP ou EREA) et le sexe
- le temps de scolarisation (temps plein ou partiel), le type de déficience et le type d'établissement (collège, LEGT, LP ou EREA).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DEPP	Enquête n°12	Publication DEPP « Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche »	Edité depuis 1984	Annuelle
R, D			Disponible sur demande auprès de la DEPP		
ID			Disponible sur demande auprès de la DEPP, sous réserve d'effectifs suffisants pour respecter la confidentialité		

3.2.5 Nombre d'UPI

Nombre d'UPI dans les établissements du second degré, à la rentrée scolaire.

Cet indicateur peut être décliné selon le type d'UPI (UPI 1, 2, 3 ou 4) sur demande auprès du rectorat.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	DGESCO	Enquête « rapide » de rentrée	Disponible sur demande auprès de la DGESCO - B2-2		
D, ID	Rectorats d'académie		Disponible sur demande auprès des rectorats		

3.2.6 Nombre de postes d'enseignants affectés en UPI dans les établissements publics du second degré

Nombre de postes d'enseignants affectés en UPI dans les établissements publics du second degré, au 30 septembre.

Cet indicateur est décliné selon la spécialisation des enseignants.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	DGESCO	Enquête sur les postes de l'adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés	Disponible sur demande auprès de la DGESCO - B2-2		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- Les questionnaires de l'enquête n°12, utilisée pour ces indicateurs, sont renseignés par l'enseignant référent qui suit l'enfant. Sont pris en compte dans l'enquête les élèves handicapés qui font l'objet d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS) ou qui ont un PPS en cours d'élaboration. Les élèves qui ont un projet d'accueil individualisé (PAI) qui prévoit des aménagements spécifiques importants et durables sont également intégrés dans ce recueil.
- Les indicateurs présentés ci-dessus prennent en compte seulement certaines variables issues de l'enquête n°12. En réalité, d'autres variables sont également disponibles et peuvent être interrogées.
- L'enquête n°12 recueille des informations sur les « troubles ou atteintes » principaux de l'enfant, afin de mettre en regard la nature et l'ampleur des moyens mobilisés pour répondre aux besoins éducatifs particuliers des enfants concernés. Il ne s'agit pas de données « à visée épidémiologique ». Les modalités utilisées dans le questionnaire d'enquête pour décrire ces déficiences sont les suivantes : troubles des fonctions cognitives, troubles psychiques, troubles spécifiques des apprentissages (dyslexie, dysphasie, dyspraxie, etc), troubles des fonctions motrices, troubles des fonctions viscérale, métabolique ou nutritionnelle, troubles des fonctions visuelles, troubles des fonctions auditives, plusieurs type de troubles associés, autres types de troubles.

Les futures enquêtes prendront en compte la nomenclature définie dans l'arrêté du 6 février 2008 relatif aux références et nomenclatures applicables au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA) prévu à l'article R. 146- 28 du code de l'action sociale et des familles.

- Certains élèves bénéficient simultanément d'une scolarisation partagée en établissement scolaire et en unité d'enseignement. Les enquêtes du ministère de l'Education nationale (n°3, n°12, et n°32) permettent de dénombrer le temps de scolarisation dans les deux structures au sein desquelles ils sont scolarisés et d'éviter ainsi les doubles comptes.
- L'estimation du nombre d'enfants handicapés scolarisés peut être sensible aux modalités d'appréciation des situations non couvertes par un PPS.
- Le système d'observation de la scolarisation des enfants handicapés a connu des ruptures de séries importantes, notamment depuis l'instauration d'un recueil de données individuelles anonymisées, soit depuis la rentrée 2005.

3.2.1 Avec l'avancée en âge, la répartition des élèves handicapés scolarisés par type de déficiences évolue, la part des jeunes handicapés avec déficiences intellectuelles étant en recul, ces derniers pouvant difficilement suivre une scolarisation individuelle au niveau du collège.

3.2.2 C'est un indicateur de performance de la loi organique relative à la loi de finances (LOLF). La proportion d'élèves handicapés dans le second degré atteint 1,5 % dans les établissements publics, et 1,2 % dans les établissements privés (2008). La proportion d'élèves handicapés scolarisés diminue avec l'avancée en âge.

3.2.4 3.2.5 3.2.6 Dans le tableau de l'indicateur 3.2.4, les élèves handicapés scolarisés en UPI dans les EREA sont comptabilisés dans les effectifs des collèges.

Les UPI sont des unités d'enseignement, en général de création plus récente que les CLIS pour le premier degré. Leur capacité d'accueil est en forte augmentation en partie par création de nouvelles unités.

3.2.6 Actuellement, l'enquête sur les postes de l'adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés réalisée par la DGESCO concerne uniquement les écoles et établissements scolaires publics.

SOURCES DE DONNEES

S31. Enquête n°12 - relative aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le second degré (DEPP)

S35. Enquête sur les postes de l'adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés (DGESCO B2-2)

S36. « Enquête rapide » de rentrée (DGESCO B2-2)

CONCEPT 3.3 : ACCOMPAGNEMENT DES ELEVES HANDICAPES SCOLARISES DANS LES ECOLES ET LES ETABLISSEMENTS DU SECOND DEGRE

DEFINITIONS ET REFERENCES

Les mesures d'accompagnement des élèves handicapés scolarisés dans les écoles et les établissements du second degré désignent les dispositions mises en œuvre dans le cadre d'un **projet personnalisé de scolarisation** (PPS) validé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Le **PPS** est élaboré, en lien avec la famille, par les **équipes pluridisciplinaires** des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) notamment à partir des éléments fournis par l'équipe de suivi de la scolarisation. Il définit les modalités du déroulement de la scolarité de l'enfant et notamment les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant à ses besoins particuliers. Une **équipe de suivi de scolarisation** est chargée de veiller à sa mise en œuvre. Cette équipe est réunie et animée par l'**enseignant référent**, dont dispose chaque enfant handicapé, et qui est chargé de favoriser la continuité et la cohérence de la mise en œuvre du PPS tout au long de sa scolarité.

Parmi les différentes modalités d'accompagnement prévues par le PPS, l'**auxiliaire de vie scolaire individuel** (AVS.i) a pour mission d'aider l'élève handicapé dans sa vie quotidienne à l'école (aide aux déplacements et à l'installation dans la classe, aide à la manipulation de matériel pédagogique, aide à la prise des repas et aux gestes d'hygiène, ...) et de faciliter sa communication et sa socialisation. L'AVS.i peut être un assistant d'éducation ou une personne recrutée dans le cadre d'un contrat aidé (emploi de vie scolaire-EVS).

En matière d'accompagnement, les élèves scolarisés individuellement peuvent bénéficier également d'un temps de soutien scolaire dispensé par un **enseignant spécialisé**. Enfin, le PPS peut également prévoir des accompagnements éducatifs, thérapeutiques, rééducatifs, dispensés par un établissement de santé, un établissement ou service médico-social (dont SESSAD), ou des intervenants externes.

Outre l'accompagnement, le PPS détermine les aides techniques nécessaires au bon suivi de la scolarité et l'attribution de **matériels pédagogiques** adaptés, destinés à compenser le handicap. D'autres mesures sont prévues par la loi afin de favoriser la scolarisation des enfants handicapés : prise en charge des frais de transport, accessibilité des locaux, aménagement des conditions d'examens et de concours...

Textes de références :

- *Principes généraux et organisation de la scolarité des enfants et adolescents handicapés* : Code de l'éducation (L112-1 à 5, L351-1, L352-1, D351-1 à 9)
- *Projet personnalisé de scolarisation* : Code de l'éducation (L112-2, D321-5, D321-27, D351-5 à 9)
- *Projet d'accueil individualisé* : Code de l'éducation (D351-9)
- *Enseignant référent* : Code de l'éducation (D351-12 à 15)
- *Equipe de suivi de scolarisation* : Code de l'éducation (L112-2-1, D351-10 à 16)
- *Auxiliaire de vie scolaire* : Code de l'éducation (L351-3, D351-20-1)
- *Assistant d'éducation* : Code de l'éducation (L 351-3, L916-1), circulaire n°2003-093 du 11-6-2003
- *Aménagements des conditions d'examens* : Code de l'éducation (L112-4, D112-1, D351-27 à 32)
- *Financement des frais de déplacement* : Code de l'éducation (L213-16, R213-13 à 16, D213-22 à 26)
- *Mise en accessibilité des établissements scolaires* : Code de l'éducation (L112-1)

Concepts liés :

- Concept 2.1 : Maisons départementales des personnes handicapées
- Concept 3.1 : Elèves handicapés scolarisés dans les écoles du premier degré
- Concept 3.2 : Elèves handicapés scolarisés dans les établissements scolaires du second degré
- Concept 5.2 : Accessibilité des établissements recevant du public (ERP)
- Concept 8.4 : Etablissements et services pour enfants et adolescents handicapés

INDICATEURS

FE : France métropolitaine + DOM ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

3.3.1 Pourcentage d'élèves handicapés scolarisés bénéficiant d'un accompagnement par un auxiliaire de vie scolaire

Nombre d'élèves handicapés scolarisés bénéficiant d'un accompagnement par un auxiliaire de vie scolaire, divisé par le nombre total d'élèves handicapés scolarisés dans les établissements d'enseignement, à la rentrée scolaire, multiplié par 100.

Cet indicateur est décliné selon le niveau d'enseignement (premier degré, second degré), le type de déficience et le mode d'accompagnement (par un AVS individuel - à temps plein ou à temps partiel ou par un AVS collectif).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DEPP	Enquêtes n°3 et n°12	Publication DEPP « Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche »	Edité depuis 1984	Annuelle
R, D			Disponible sur demande auprès de la DEPP		
ID			Disponible sur demande auprès de la DEPP, sous réserve d'effectifs suffisants pour respecter la confidentialité		

3.3.2 Nombre d'élèves handicapés en attente d'un accompagnement par un auxiliaire de vie scolaire individuel (AVS.i)

Nombre d'élèves handicapés scolarisés, pour lesquels la MDPH a prescrit un accompagnement par un auxiliaire de vie scolaire individuel, en attente de cet accompagnement, au 15 octobre.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	DGESCO	Enquête « Suivi des effectifs des personnels assurant des fonctions d'auxiliaire de vie individuel »	Disponible sur demande auprès de la DGESCO - B2-2		

3.3.3 Nombre d'ETP occupés d'auxiliaires de vie scolaire individuels

Nombre d'emplois occupés d'AVS individuels, au 15 octobre.

Cet indicateur est décliné selon le type de contrat de l'AVS.i (assistants d'éducation ou emplois aidés)

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	DGESCO	Enquête « Suivi des effectifs des personnels assurant des fonctions d'auxiliaire de vie individuel »	Disponible sur demande auprès de la DGESCO - B2-2		

3.3.4 Pourcentage d'élèves handicapés scolarisés individuellement bénéficiant de l'aide d'un enseignant spécialisé

Nombre d'élèves handicapés scolarisés individuellement bénéficiant de l'aide d'un enseignant spécialisé, divisé par le nombre total d'élèves handicapés scolarisés individuellement dans les établissements scolaires, à la rentrée scolaire, multiplié par 100.

Cet indicateur est décliné selon le niveau d'enseignement (premier degré, second degré) et le type de déficience.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DEPP	Enquête n°3 et n°12	Publication DEPP « Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche »	Edité depuis 1984	Annuelle
R, D			Disponible sur demande auprès de la DEPP		
ID			Disponible sur demande auprès de la DEPP, sous réserve d'effectifs suffisants pour respecter la confidentialité		

3.3.5 Nombre de postes d'enseignants référents dans les écoles et les établissements scolaires publics

Nombre de postes d'enseignants référents (en ETP) intervenant dans les écoles et les établissements scolaires publics, au 30 septembre.

Cet indicateur est décliné selon la spécialisation des enseignants.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	DGESCO	Enquête sur les postes de l'adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés	Disponible sur demande auprès de la DGESCO - B2-2		

3.3.6 Nombre d'élèves handicapés par enseignant référent dans les écoles et les établissements scolaires publics

Nombre d'élèves handicapés scolarisés dans les écoles et les établissements scolaires publics (indicateurs 3.1.1 et 3.2.1), divisé par le nombre de postes d'enseignants référents intervenant dans les écoles et les établissements scolaires publics (indicateur 3.3.5).

Les modalités d'accès aux données sont celles des indicateurs 3.1.1, 3.2.1 et 3.3.5.

3.3.7 Pourcentage d'élèves handicapés scolarisés bénéficiant d'un matériel pédagogique adapté

Nombre d'élèves handicapés scolarisés bénéficiant d'un matériel pédagogique adapté, divisé par le nombre total d'élèves handicapés scolarisés dans les établissements scolaires, à la rentrée scolaire, multiplié par 100.

Cet indicateur est décliné selon le niveau d'enseignement (premier degré, second degré) et le type de déficience.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DEPP	Enquête n°3 et n°12	Publication DEPP « Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche »	Edité depuis 1984	Annuelle
R, D			Disponible sur demande auprès de la DEPP		
ID			Disponible sur demande auprès de la DEPP, sous réserve d'effectifs suffisants pour respecter la confidentialité		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 a introduit des bouleversements importants dans l'organisation générale de la scolarisation des enfants handicapés, par une profonde modification des circuits de décision concernant l'orientation et l'accompagnement des enfants handicapés (création des maisons départementales des personnes handicapées-MDPH), par l'individualisation du parcours de scolarisation avec un accompagnement de chaque enfant handicapé par un enseignant référent, et par de nouveaux moyens mobilisés pour faciliter ce parcours (postes d'assistants d'éducation notamment). On ne dispose cependant pas de séries statistiques très anciennes pour mesurer l'impact réel de ce dispositif.

3.3.1 3.3.2 3.3.3 Le nombre de personnes dédiées à la mission d'auxiliaire de vie scolaire est en forte augmentation, suite à la loi n°2005-102 du 11 février 2005.

3.3.4 Un certain nombre d'enfants handicapés bénéficient, en plus des apprentissages scolaires courants délivrés par les enseignants des écoles, d'un temps d'enseignement avec un enseignant spécialisé pour des apprentissages spécifiques en lien avec leur handicap, qui concernent principalement les enfants handicapés visuels et auditifs : apprentissage du braille, de la langue des signes...

3.3.5 3.3.6 Les enseignants référents (1 300 à la rentrée 2008, soit 100 de plus qu'à la rentrée précédente) sont des enseignants de l'Education nationale qui n'ont pas de charge d'enseignement et qui accompagnent le parcours de scolarisation des enfants handicapés. Ils ont un rôle privilégié dans le suivi et l'évolution du PPS, en lien avec les familles, avec l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, et avec les enseignants de l'élève.

Actuellement, l'enquête sur les postes de l'adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés réalisée par la DGESCO concerne uniquement les écoles et établissements scolaires publics.

3.3.7 L'Éducation nationale déploie pour les enfants handicapés un certain nombre de matériels pédagogiques adaptés : il s'agit le plus souvent d'ordinateurs et de logiciels. Ces matériels comprennent également des aménagements spécialisés répondant aux besoins spécifiques d'enfants handicapés visuels, auditifs, moteurs...

SOURCES DE DONNEES

S31. Enquête n°3 - relative aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré (DEPP)

S31. Enquête n°12 - relative aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le second degré (DEPP)

S34. Enquête « Suivi des effectifs des personnels assurant des fonctions d'auxiliaire de vie individuel » (DGESCO B2-2)

S35. Enquête sur les postes de l'adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés (DGESCO B2-2)

CONCEPT 3.4 : ÉLÈVES HANDICAPÉS SCOLARISÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DANS LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

DEFINITIONS ET RÉFÉRENCES

Les élèves en situation de handicap scolarisés dans un établissement de santé ou dans un établissement médico-social, sont ceux qui bénéficient d'un temps de scolarisation au sein d'une unité d'enseignement (UE). Cet enseignement est effectué par un enseignant de l'Éducation nationale affecté spécifiquement à l'UE. Dans les établissements médico-sociaux, cette scolarisation s'organise dans le cadre du projet personnalisé de scolarisation (PPS).

Textes de références :

- Droits des malades : accès à la scolarité pour les enfants hospitalisés : Code de santé publique : (L1110-6)
- Unités d'enseignement : Code de l'éducation (D351-17 à D351-20) ou Code de l'action sociale et des familles (D312-15 à 19)
- Suivi de la scolarisation des enfants dans les établissements médico-sociaux : Code de l'action sociale et des familles (D312-10-13 à 16), pour les enfants déficients intellectuels (D312-15), déficients moteurs (D312-64), polyhandicapés (D312-8), déficients auditifs (D312-100), déficients visuels (D312-113), en ITEP (D312-59-4).

Concepts liés :

- Concept 8.4 : Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés

INDICATEURS

FE : France métropolitaine + DOM ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

3.4.1 Nombre d'établissements médico-sociaux et d'établissements de santé disposant d'une unité d'enseignement (UE)

Nombre d'établissements médico-sociaux et d'établissements de santé disposant d'une unité d'enseignement, à la rentrée scolaire.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D, ID	DEPP	Enquête n°32	Disponible sur demande auprès de la DEPP		

3.4.2 Nombre d'élèves scolarisés au titre de l'UE d'un établissement médico-social

Nombre d'élèves scolarisés au cours d'une année scolaire, toute l'année ou temporairement, dans une unité d'enseignement d'un établissement médico-social.

Cet indicateur est décliné notamment selon le type d'établissement (IME, ITEP, ...) et le temps de prise en charge (scolarisés toute l'année ou temporairement).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DEPP	Enquête n°32	Publication DEPP « Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche »	Edité depuis 1984	Annuelle
R, D			Disponible sur demande auprès de la DEPP		
ID			Disponible sur demande auprès de la DEPP, sous réserve d'effectifs suffisants pour respecter la confidentialité		

3.4.3 Pourcentage des élèves scolarisés au titre de l'UE d'un établissement médico-social et bénéficiant simultanément d'une scolarisation dans un établissement scolaire

Nombre d'élèves scolarisés au cours d'une année scolaire dans une unité d'enseignement d'un établissement médico-social tout en bénéficiant simultanément d'une scolarisation dans un établissement scolaire, divisé par le nombre total d'élèves scolarisés en établissement médico-social (indicateur 3.4.3), et multiplié par 100.

Cet indicateur est décliné notamment selon le type d'établissement (IME, ITEP, ...).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D, ID	DEPP	Enquête n°32	Disponible sur demande auprès de la DEPP		

3.4.4 Nombre d'élèves scolarisés au titre de l'UE d'un établissement de santé

Nombre d'élèves scolarisés au cours de l'année scolaire, toute l'année ou temporairement, dans une unité d'enseignement d'un établissement de santé.

Cet indicateur est décliné notamment selon le type d'établissement (établissements hospitaliers, établissements de lutte contre la tuberculose, maisons d'enfants à caractère sanitaire, maisons de réadaptation fonctionnelle) et le temps de prise en charge (scolarisés toute l'année ou temporairement).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DEPP	Enquête n°32	Publication DEPP « Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche »	Edité depuis 1984	Annuelle
R, D			Disponible sur demande auprès de la DEPP		
ID			Disponible sur demande auprès de la DEPP, sous réserve d'effectifs suffisants pour respecter la confidentialité		

3.4.5 Nombre d'ETP d'enseignants de l'Education nationale affectés dans les UE des établissements médico-sociaux et des établissements de santé

Nombre de postes d'enseignants de l'Education nationale (en ETP) dans les unités d'enseignements des établissements médico-sociaux et des établissements de santé, au 30 septembre de l'année.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	DGESCO - B2-2	Enquête sur les postes de l'adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés	Disponible sur demande auprès de la DGESCO		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- Pour ces différents indicateurs, est considéré comme scolarisation tout temps d'enseignement délivré par un enseignant de l'Education nationale, quelle que soit sa durée, et le lieu de scolarisation (établissement scolaire, établissement de santé, établissement médico-social). Dans certains établissements, éducateurs et personnels soignants participent également à la scolarisation des enfants.
- Les élèves handicapés peuvent également bénéficier d'un enseignement à distance, le Centre national d'enseignement à distance (CNED) disposant d'un « Pôle handicap ». Un élève atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période peut également avoir recours à un service d'aide pédagogique à domicile (SAPAD), sur décision de l'inspecteur d'académie. Aucune source d'information concernant le nombre d'enfants handicapés scolarisés par le CNED ou suivis par un SAPAD n'a été identifiée.

3.4.2

- Les élèves en établissement médico-social ne bénéficient pas tous d'un temps de scolarisation. C'est le cas en particulier des enfants les plus gravement handicapés et notamment des jeunes polyhandicapés. Le nombre d'élèves handicapés scolarisés est donc inférieur au nombre total de jeunes admis dans ces établissements.
- Cet indicateur peut illustrer les évolutions de la politique de scolarisation des enfants handicapés, et de la priorité donnée à leur admission dans les établissements d'enseignement de l'Education nationale. Cette évolution a notamment été rendue possible par l'accompagnement proposé par les Services d'éducation et de soins à domicile (SESSAD) -voir concept 8.4-.

3.4.3 Un certain nombre de jeunes handicapés bénéficient simultanément d'une scolarisation partagée entre l'établissement médico-social qui les accueille et leur établissement scolaire de référence. Les enquêtes du ministère de l'Education nationale (n°3, n°12, et n°32) permettent de dénombrer le temps de scolarisation dans les deux structures au sein desquelles ils sont scolarisés et d'éviter ainsi les doubles comptes.

SOURCES DE DONNEES

S32. Enquête n°32 concernant la scolarisation dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux
S35. Enquête sur les postes de l'adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés (DGESCO B2-2)

CONCEPT 3.5 : PERSONNES HANDICAPÉES EN APPRENTISSAGE

DEFINITIONS ET REFERENCES

Les personnes bénéficiant d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) peuvent bénéficier quel que soit leur âge d'un dispositif d'apprentissage adapté.

L'apprentissage est une voie de formation professionnelle en alternance destinée aux jeunes d'au moins 16 ans (15 ans si ce dernier a atteint le niveau troisième), et basée sur un partenariat entre un **Centre de formation d'apprenti** (CFA), qui délivre la formation théorique, et une entreprise. Peuvent être préparés en apprentissage les diplômes allant du CAP au titre d'ingénieur (BTS, DUT, licences et masters...). Environ 1 500 centres de formation d'apprentis (CFA) dispensent ces formations : il s'agit aussi bien de centres spécialisés qui ne pratiquent que la formation en alternance que d'universités ou d'écoles qui accueillent des étudiants selon les différentes voies de formation. Les **conseils régionaux** ont en charge la définition et la mise en œuvre de la politique régionale d'apprentissage, et conventionnent avec les CFA dont ils assurent le financement, notamment grâce aux fonds collectés dans le cadre de la taxe d'apprentissage. Tout apprenti bénéficie d'un contrat d'apprentissage et relève du code du travail ; il bénéficie à ce titre des mêmes droits que les autres salariés, notamment en termes de sécurité sociale et de congés et reçoit une indemnité pendant ses années de formation.

Les personnes bénéficiant d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) qui signent un contrat d'apprentissage peuvent bénéficier d'un **contrat aménagé**, qui leur ouvre droit à des aménagements mais aussi à des aides financières versées par l'AGEFIPH, le conseil régional, ou l'Etat. Ces aménagements portent sur différents points :

- suppression de la limite d'âge, fixée à 25 ans dans le droit commun,
- durée de la formation pouvant être portée à 4 ans, contre un à trois ans habituellement
- déroulement de la formation : aménagements pédagogiques, du rythme de formation, des conditions d'exams, mise en place de cours par correspondance, possibilité de tutorat...

Par ailleurs, l'employeur et le centre de formation (CFA) peuvent également recevoir des aides.

Certains conseils régionaux organisent un accompagnement ou un suivi spécifique des personnes handicapées en apprentissage, appelé généralement « **dispositif d'appui et de soutien à l'apprentissage pour les jeunes handicapés** ».

Textes de références :

- *Formation professionnelle et apprentissage des jeunes handicapés : Code de l'éducation (L352-1, R352-1), Code du travail (L6222-37 et 38, R6222-45 à 58)*
- *Compétences des régions en matière de formation professionnelle et d'apprentissage : Code de l'éducation (L214-12 à 16)*
- *Suppression de la limite d'âge pour d'entrée en apprentissage pour les jeunes handicapés : Loi de finances pour 2009 publiée au journal officiel du 28 décembre 2008*

Concepts liés :

- Concept 2.1 : Maisons départementales des personnes handicapées
- Concept 3.2 : Elèves handicapés scolarisés dans les établissements du second degré
- Concept 3.3 : Accompagnement des élèves handicapés scolarisés dans les écoles et les établissements du second degré
- Concept 3.6 : Etudiants handicapés
- Concept 4.1 : Travailleurs handicapés
- Concept 9.5 : Contribution des entreprises et des institutions publiques dans le cadre de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) et aides attribuées

INDICATEURS

FE : France métropolitaine + DOM ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

3.5.1 Nombre de contrats d'apprentissage bénéficiant d'un financement de l'AGEFIPH

Nombre de contrats d'apprentissage ayant bénéficié d'un financement de l'AGEFIPH au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	AGEFIPH	Contrat d'apprentissage bénéficiant d'un financement de l'AGEFIPH	Publication de l'AGEFIPH et du FIPHP - Atlas national « L'emploi et l'insertion des personnes handicapées »		Annuelle
R			Rapport annuel de l'AGEFIPH par région (accessible sur le site internet de l'AGEFIPH)	Dernière année de diffusion	Annuelle

3.5.2 Proportion de contrats d'apprentissage bénéficiant d'un financement de l'AGEFIPH

Nombre de contrats d'apprentissage en cours bénéficiant d'un financement de l'AGEFIPH (indicateur 3.5.1), divisé par le nombre total de contrat d'apprentissage en cours (personnes handicapées + tous publics), multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	AGEFIPH, DGEFP	Contrat d'apprentissage bénéficiant d'un financement de l'AGEFIPH	Publication de l'AGEFIPH et du FIPHP - Atlas national « L'emploi et l'insertion des personnes handicapées »	2004 et 2007	
R	AGEFIPH	Contrat d'apprentissage bénéficiant d'un financement de l'AGEFIPH	Rapport annuel de l'AGEFIPH par région	Dernière année de diffusion	Annuelle
	Conseil régional	Système de gestion du suivi des jeunes en contrat d'apprentissage	Demandes spécifiques auprès des conseils régionaux pour obtenir le nombre total de contrat d'apprentissage en cours.		

3.5.3 Régions disposant d'un dispositif d'accompagnement des personnes en situation de handicap

Nombre de régions ayant mis en place un dispositif adapté pour le développement de l'apprentissage au bénéfice des personnes en situation de handicap, à une date donnée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
R	Réseau national de l'apprentissage adapté	Annuaire des dispositifs de l'apprentissage adapté	Site internet du Réseau national de l'apprentissage adapté		Fichier permanent

INTERETS, LIMITES

3.5.1 Cet indicateur recense uniquement les contrats d'apprentissage concernant des personnes ayant une reconnaissance de la qualité de travailleurs handicapés et qui ont fait une demande d'aide à l'AGEFIPH. Il ne prend donc pas en compte toutes les personnes handicapées en apprentissage.

3.5.3 Il est possible d'obtenir auprès des conseils régionaux qui ont mis en place un dispositif d'appui et de soutien aux personnes handicapées en apprentissage, des données complémentaires portant notamment sur le nombre et les caractéristiques des personnes handicapées en apprentissage (sexe, âge, niveau de formation et métier préparé...).

SOURCES DE DONNEES

S74. Contrat d'apprentissage bénéficiant d'un financement de l'AGEFIPH (AGEFIPH)

S82. Annuaire des dispositifs de l'apprentissage adapté (Réseau national de l'apprentissage adapté)

S91. Système de gestion du suivi des jeunes en contrat d'apprentissage (Conseil régional)

CONCEPT 3.6 : ETUDIANTS HANDICAPES

DEFINITIONS ET REFERENCES

Les étudiants en situation de handicap sont les personnes inscrites dans un établissement d'enseignement supérieur, et qui, en raison d'un handicap, d'un trouble de santé évoluant sur une longue période, ou d'une incapacité temporaire, bénéficient de mesures d'accompagnement mises en œuvre par (ou dans) l'établissement qu'il s'agisse d'aides pédagogiques (prise de note, interprétariat en langue des signes, matériel pédagogique adapté), ou d'aides à la vie courante (déplacements, accès aux espaces de restauration ou d'hébergement...).

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 a créé l'obligation pour les établissements d'enseignement supérieur d'accueillir les étudiants handicapés au même titre que les autres étudiants et de leur assurer une formation avec les aménagements nécessaires. Chaque étudiant handicapé peut bénéficier d'un plan d'aide, sur la base d'une évaluation des besoins effectuée conjointement par l'établissement d'enseignement supérieur dans lequel il poursuit sa formation et la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Textes de références :

- Accès à l'enseignement supérieur des personnes handicapés : Code de l'éducation (L112-1, L123-4-1)
- Charte « Université-Handicap » du 5 septembre 2007
- Charte « Conférence des grandes écoles-Handicap » du 23 mai 2008
- Guide de l'accueil de l'étudiant handicapé à l'université, Conférence des Présidents d'Université, 14 décembre 2007
- Aménagement des conditions d'examens : Code de l'éducation (L112-4), décret n°2005-1617 du 21 décembre 2005 et circulaire n°2006-215 du 26 décembre 2006
- Assistants d'éducation dans l'enseignement supérieur : Code de l'éducation (L916-1)

Concepts liés :

- Concept 2.1 : Maisons départementales des personnes handicapées
- Concept 3.3 : Accompagnement des élèves handicapés scolarisés dans les écoles et les établissements du second degré

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

3.6.1 Nombre d'étudiants handicapés

Nombre d'étudiants inscrits dans un établissement d'enseignement supérieur bénéficiant de mesures d'accompagnement en raison d'un handicap, d'un trouble de santé évoluant sur une longue période, ou d'une incapacité temporaire et qui se sont manifestés auprès du service d'accueil des étudiants handicapés ou du service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS), lors de la rentrée universitaire.

Cet indicateur peut être décliné selon le type d'établissement, le type de formation, le niveau de formation atteint et le type de déficience.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, académie, université	Ministère de l'enseignement supérieur, DGESIP	Recensement des étudiants en situation de handicap	Site internet Handi-U	Depuis 1995	Annuelle

3.6.2 Pourcentage d'étudiants handicapés

Nombre d'étudiants inscrits dans un établissement de l'enseignement supérieur bénéficiant de mesures d'accompagnement en raison d'un handicap, d'un trouble de santé évoluant sur une longue période, ou d'une incapacité temporaire et qui se sont manifestés auprès du service d'accueil des étudiants handicapés ou du service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS), lors de la rentrée universitaire (indicateur 3.6.1), divisé par le nombre total d'étudiants, multiplié par 100 (indicateur disponible à la rentrée 2009).

Les conditions d'accès à cet indicateur (numérateur) sont identiques à celles de l'indicateur 3.6.1. Le nombre total d'étudiants est accessible dans le document (publication imprimée ou internet) publié par le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (L'état de l'enseignement supérieur et de la recherche en France).

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- Les indicateurs disponibles reflètent de manière imparfaite le nombre réel d'étudiants handicapés :
 - Cette enquête concerne uniquement les étudiants inscrits dans les établissements d'enseignement supérieur sous tutelle du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (universités, écoles d'ingénieurs publiques, IUFM) ainsi que les étudiants inscrits dans les classes d'enseignement supérieur des lycées (classes préparatoires aux grandes écoles et sections de techniciens supérieurs).
 - Il s'agit d'une enquête déclarative, qui recense uniquement les étudiants qui se sont manifestés auprès de la structure d'accueil des étudiants handicapés ou du service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS).
 - L'enquête recense les étudiants qui présentent un handicap, un trouble de santé évoluant sur une longue période, ou une incapacité temporaire, qu'ils bénéficient ou non d'une mesure d'accompagnement décidée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).
- L'enquête recense les étudiants en fonction de la localisation de l'établissement où ils effectuent leurs études, et non en fonction de leur domicile.
- L'accompagnement de l'étudiant handicapé comporte plusieurs volets : les aides pédagogiques sont financées par l'établissement d'enseignement alors que les aides à la compensation sont supportées par le conseil général, dans le cadre de la prestation de compensation (PCH).

SOURCES DE DONNEES

S37. Recensement des étudiants en situation de handicap (DGES)

CONCEPT 3.7 : ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPES NON SCOLARISES

DEFINITIONS ET REFERENCES

Les enfants et adolescents en situation de handicap non scolarisés sont des enfants en âge scolaire, qui présentent un handicap, une déficience ou une maladie grave, et qui ne bénéficient d'aucun temps de scolarisation par un enseignant.

La situation de ces enfants correspond à deux situations différentes. Il s'agit d'une part d'enfants et adolescents qui ont des déficiences telles qu'elles ne leur permettent pas, pour un temps, de bénéficier d'apprentissages scolaires, et d'autre part de jeunes handicapés qui ne trouvent pas de solution d'accueil, par manque de places ou par inadéquation des structures médico-sociales existantes.

Concepts liés :

- Concept 8.4 : Etablissements et services pour enfants et adolescents handicapés

INDICATEURS

FE : France métropolitaine + DOM ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

3.7.1 Nombre d'enfants et adolescents accueillis en établissement médico-social et non scolarisés

Nombre d'enfants et adolescents de 6 à 16 ans accueillis en établissement médico-social et non scolarisés, à la rentrée scolaire.

Cet indicateur est décliné selon le type d'établissement.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DEPP	Enquête n°32	Publication DEPP « Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche »	Edité depuis 1984	Annuelle
R, D			Disponible sur demande auprès de la DEPP		
ID			Disponible sur demande auprès de la DEPP, sous réserve d'effectifs suffisants pour respecter la confidentialité		

3.7.2 Nombre d'enfants et adolescents, vivant à domicile et présentant des incapacités, non scolarisés

Nombre estimé d'enfants et adolescents âgés de 5 à 14 ans, vivant en logement ordinaire et présentant des incapacités, non scolarisés.

Cet indicateur est décliné par tranche d'âge (5-9 ans et 10-14 ans) et par degré d'incapacité (incapacités légères, incapacités plus affirmées).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FM, D (13, 34, 35, 42, 62, 77, 95), R (Haute-Normandie)	INSEE	Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (HID) 1999	Collection INSEE Résultats société n°12 « Estimations locales sur les personnes handicapées vivant en domicile ordinaire. Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance 1999. Résultats détaillés »	non	1999

INTERETS ET LIMITES

Remarques générales

- La DREES a publié en juin 2007 les résultats d'une enquête effectuée auprès de trois générations d'enfants et adolescents passés en commission départementale d'éducation spéciale (CDES), âgés respectivement de 17-18 ans, 12-13 ans, et 7-8 ans au moment de l'enquête. Parmi eux, 14 % sont considérés comme lourdement handicapés, la grande majorité n'ayant jamais expérimenté une quelconque forme de scolarisation. Un enfant sur huit est confiné au domicile sans aucun accompagnement médico-social. Ce groupe recouvre principalement deux

types de situation, d'une part des enfants avec troubles envahissants du développement (dont l'autisme) et d'autre part des enfants polyhandicapés ou plurihandicapés.

- La proportion d'enfants non scolarisés augmente fortement en dehors des âges d'obligation scolaire.

SOURCES DE DONNEES

S32. Enquête n°32 concernant la scolarisation dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux (DEPP)

S43. Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (INSEE)

S44. Enquête Handicap - Santé (INSEE)

4

EMPLOI, ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Si la mise en place de l'obligation d'emploi créée par la loi du 10 juillet 1987 a fait progresser l'emploi des personnes handicapées, les personnes reconnues travailleurs handicapés restent peu présentes sur le marché du travail. Les demandeurs d'emploi travailleurs handicapés représentent 7,1 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi, leur taux d'emploi est très inférieur à la moyenne nationale et représente 35% - quand il est de 65% pour l'ensemble de la population en âge de travailler, leur taux de chômage est le double de celui de la population active âgée de 15 à 64 ans : 19 % *versus* 8 %¹.

► Ce constat est rattaché à la définition administrative de reconnaissance de travailleur handicapé. Cette comptabilisation des travailleurs handicapés ne recouvre pas cependant toute la population en situation de handicap : si le code du travail dans l'article L5213-1 reconnaît comme travailleur handicapé « *toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales ou psychiques* »², certaines enquêtes de l'INSEE montrent que le nombre de personnes « ayant un problème de santé depuis plus de six mois qui entraîne des difficultés importantes dans l'exercice de leur travail », est très supérieur au nombre de personnes reconnues comme travailleur handicapé³.

► Les **personnes en situation de handicap peuvent accéder aux dispositifs de droit commun** en matière de formation professionnelle, d'insertion professionnelle et de recherche d'emploi. Elles peuvent également accéder à des dispositifs spécifiques dès lors qu'elles sont reconnues travailleurs handicapés tels que le réseau des Cap Emploi, les Services d'appui au maintien dans l'emploi (SAMETH), les centres de rééducation professionnelle (CRP), les entreprises adaptées (EA) et des établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

► **Les statistiques sur l'emploi et l'activité des personnes handicapées reflètent l'hétérogénéité des dispositifs et des organisations.** Les données, les études et analyses statistiques sont nombreuses et riches, mais qu'il s'agisse des données de Pôle Emploi, de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) ou de l'Agence pour le fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH), les indices et séries longues sont pratiquement inexistantes. Une région sur deux a mis en place un observatoire de l'emploi et de l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Ces observatoires peuvent fournir une information très fouillée, mais ni le niveau de détail des informations ni la fréquence des actualisations ne sont homogènes. Enfin dans certains cas, l'observatoire est adossé à un Plan Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PDITH), permettant ainsi des analyses départementales et infra départementales.

► **Un renversement d'approche en matière d'insertion professionnelle des personnes handicapées est actuellement engagé au niveau international** : il s'agit de « *sortir de la culture dominante de la mise en invalidité pour intégrer au marché du travail les personnes ayant une capacité partielle de travail*⁴ ». En France, la réforme en cours relative à l'allocation aux adultes handicapés (AAH), s'inscrit dans cette ambition : elle vise à favoriser le retour à l'emploi des personnes handicapées en systématisant l'évaluation des capacités professionnelles des demandeurs et en renforçant les dispositifs d'accompagnement. Ainsi à la traditionnelle opposition emploi / minima sociaux pourrait succéder, pour les personnes handicapées, un développement des situations de cumul entre revenu de remplacement et revenu d'activité, jusqu'ici très minoritaires.

¹ Tableau de bord sur l'emploi et le chômage des personnes handicapées, DARES, Edition 2009

² L'article L.5212-13 du code du Travail précise la liste exacte des personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap ouvrant potentiellement droit à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés

³ « L'accès à l'emploi des personnes handicapées en 2007 », DARES, Première synthèses novembre 2008, n°47.1

⁴ Maladie, invalidité et travail : garder le cap dans un contexte de ralentissement de l'activité économique - Document de base © OCDE 2009

► Dans la mesure où la reconnaissance de travailleur handicapé conditionne l'accès aux aides à l'insertion professionnelle, la thématique débute par le concept de « travailleur handicapé ». La thématique propose ensuite d'appréhender la situation des personnes handicapées au regard de l'emploi et de l'activité professionnelle avant de détailler les différents niveaux de réponse, *via* les dispositifs d'aide et d'accompagnement, qui peuvent être apportés aux personnes reconnues « travailleurs handicapés » et aux employeurs.

- Concept 4.1 : travailleurs handicapés
- Concept 4.2 : situation professionnelle des personnes handicapées
- Concept 4.3 : dispositifs de formation, d'insertion professionnelle et de maintien dans l'emploi des personnes handicapées
- Concept 4.4 : aides à l'insertion professionnelle et au maintien dans l'emploi
- Concept 4.5 : obligation d'emploi des travailleurs handicapés
- Concept 4.6 : entreprises adaptées et établissements d'aide par le travail

► Pour disposer d'un panorama plus complet de la question de l'emploi et l'activité professionnelle des travailleurs handicapés, la thématique peut se connecter avec les concepts de la thématique 7 « Compensation individuelle, aides individuelles » qui permet notamment de lier la question de l'emploi à celles de l'AAH et des pensions d'invalidité, avec le concept 2.1 « maisons départementales des personnes handicapées » (MDPH) puisque la commission départementale des droits et de l'autonomie (CDAPH) décide des orientations professionnelles et de la reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH), et avec les concepts de la thématique 9 « Financements publics ».

CONCEPT 4.1 : TRAVAILLEURS HANDICAPÉS

4.1.1 Nombre estimé de personnes âgées de 15 à 64 ans ayant au moins un problème de santé depuis plus de 6 mois et des difficultés importantes vis-à-vis du travail	83
4.1.2 Nombre estimé de personnes âgées de 15 à 64 ans reconnues travailleurs handicapés.....	83
4.1.3 Nombre de personnes reconnues « travailleur handicapé » par une RQTH.....	83

CONCEPT 4.2 : SITUATION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES HANDICAPÉES

4.2.1 Taux d'emploi estimé des personnes reconnues travailleurs handicapés ou déclarant un problème de santé durable.....	85
4.2.2 Taux d'emploi estimé des personnes reconnues travailleurs handicapés	86
4.2.3 Taux de chômage estimé des personnes reconnues travailleurs handicapés ou déclarant un problème de santé durable.....	86
4.2.4 Taux de chômage estimé des personnes reconnues travailleurs handicapés	86
4.2.5 Nombre de demandeurs d'emploi en fin de mois reconnus travailleurs handicapés.....	87
4.2.6 Part des demandeurs d'emploi reconnus travailleurs handicapés dans la demande d'emploi en fin de mois	87
4.2.7 Taux d'activité professionnelle estimé des personnes reconnues travailleurs handicapés ou déclarant un problème de santé durable.....	87
4.2.8 Taux d'activité professionnelle estimé des personnes reconnues travailleurs handicapés	87

CONCEPT 4.3 : DISPOSITIFS DE FORMATION, D'INSERTION PROFESSIONNELLE ET DE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

4.3.1 Nombre de demandeurs d'emploi reconnus travailleurs handicapés ayant suivi une prestation d'accompagnement et/ou d'évaluation par Pôle emploi	90
4.3.2 Nombre de sorties vers l'emploi des travailleurs handicapés inscrits à Pôle emploi	90
4.3.3 Nombre de travailleurs handicapés accueillis par le réseau des Cap Emploi	90
4.3.4 Nombre de placements de travailleurs handicapés réalisés par le réseau des Cap Emploi	90
4.3.5 Nombre de personnes reçues par les SAMETH	90
4.3.6 Nombre de dossiers individuels fermés par les SAMETH	91
4.3.7 Taux de maintien dans l'emploi grâce à l'intervention des SAMETH	91
4.3.8 Nombre d'établissements et services de réinsertion professionnelle	91
4.3.9 Capacité d'accueil des établissements et services de réinsertion professionnelle	91
4.3.10 Nombre de personnes handicapées ayant suivi une formation au sein d'un CRP	91
4.3.11 Taux de sortie à l'emploi des personnes handicapées ayant suivi une formation au sein d'un CRP	91
4.3.12 Proportion de personnes handicapées ayant obtenu un diplôme après avoir suivi une formation au sein d'un CRP.....	92
4.3.13 Nombre de personnes handicapées ayant suivi une formation à l'AFPA	92

CONCEPT 4.4 : AIDES À L'INSERTION PROFESSIONNELLE ET AU MAINTIEN DANS L'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPÉES

4.4.1 Nombre de travailleurs handicapés en contrat aidé.....	94
4.4.2 Nombre de contrats de travail primés par l'AGEFIPH.....	94
4.4.3 Nombre de travailleurs handicapés ayant bénéficié de l'AETH	94

CONCEPT 4.5 : OBLIGATION D'EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPÉS

4.5.1 Nombre d'établissements de 20 salariés ou plus du secteur privé et public à caractère industriel et commercial assujettis à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés	95
4.5.2 Répartition des établissements de 20 salariés ou plus du secteur privé et public à caractère industriel et commercial assujettis selon les modalités de réponse à l'obligation d'emploi des personnes handicapées	96
4.5.3 Nombre de travailleurs handicapés employés par les établissements de 20 salariés ou plus du secteur privé et public à caractère industriel et commercial assujettis à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés	96
4.5.4 Taux d'emploi de travailleurs handicapés dans les établissements de 20 salariés ou plus du secteur privé et public à caractère industriel et commercial assujettis à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés	96
4.5.5 Nombre de travailleurs handicapés employés par les établissements publics assujettis au FIPHP	96
4.5.6 Taux d'emploi de travailleurs handicapés des employeurs publics assujettis au FIPHP	97

CONCEPT 4.6 : ENTREPRISES ADAPTÉES ET ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES D'AIDE PAR LE TRAVAIL

4.6.1 Nombre d'entreprises adaptées.....	98
4.6.2 Capacités d'accueil des entreprises adaptées.....	99
4.6.3 Taux d'équipement des entreprises adaptées	99
4.6.4 Nombre de personnes accueillies en entreprise adaptée.....	99
4.6.5 Taux d'occupation des entreprises adaptées	99
4.6.6 Nombre d'établissements et services d'aide par le travail (ESAT).....	99
4.6.7 Capacité d'accueil des établissements et services d'aide par le travail (ESAT)	99
4.6.8 Taux d'équipement en ESAT	100
4.6.9 Nombre de personnes accueillies en ESAT	100
4.6.10 Taux d'occupation des ESAT	100

CONCEPT 4.1 : TRAVAILLEURS HANDICAPES

DEFINITIONS ET REFERENCES

Un travailleur handicapé est, selon le Code du travail, une personne « dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales ou psychiques ».

La reconnaissance de la qualité de travailleurs handicapés (RQTH), qui est la principale forme de reconnaissance comme travailleur handicapé, est délivrée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) suite à une évaluation par l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Elle peut être demandée à partir de 16 ans. L'orientation par la CDAPH vers un établissement et service d'aide par le travail (ESAT), vers le marché du travail ou un centre de rééducation professionnelle (CRP) vaut également RQTH.

Sont également reconnus comme travailleurs handicapés les bénéficiaires de :

- la pension d'invalidité pour des personnes âgées de moins de 60 ans à condition que l'invalidité réduise au moins des 2/3 leur capacité de travail ou de gain,
- la rente pour les personnes victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 %,
- la carte d'invalidité,
- l'allocation aux adultes handicapés (AAH),
- la pension militaire d'invalidité attribuée aux anciens militaires et assimilés, au titre du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre,
- l'allocation ou la rente d'invalidité attribuée dans les conditions définies par la loi n°91-1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service.

Le fait d'être reconnu comme travailleur handicapé ouvre droit à diverses mesures destinées à faciliter l'insertion ou le maintien dans l'emploi des personnes handicapées :

- le bénéfice de l'obligation d'emploi,
- les aides à l'insertion en milieu ordinaire de travail de l'AGEFIPH et du FIPHP,
- l'admission en entreprise adaptée, en établissement ou service d'aide par le travail ou en formation (stage en centre de formation ordinaire ou spécialisé, contrat d'apprentissage...),
- le soutien du réseau de placement spécialisé Cap Emploi,
- l'accès à la fonction publique par concours, aménagé ou non, ou par recrutement contractuel spécifique,
- la priorité d'accès à diverses mesures d'aides à l'emploi et à la formation.

Les personnes présentant des incapacités qui occupent un emploi ne sont pas toutes reconnues comme travailleurs handicapés. Certaines enquêtes de l'INSEE permettent ainsi d'estimer le nombre de personnes « ayant un problème de santé depuis plus de six mois qui entraîne des difficultés importantes dans l'exercice de leur travail », qu'elles soient reconnues ou non comme travailleur handicapé.

Textes de références :

RQTH : Code du travail (L5212-13, L5213-1 et 2)

Concepts liés :

- Concept 1.3 : Population connue des dispositifs
- Concept 2.1 : Maisons départementales des personnes handicapées
- Concept 4.2 : Situation professionnelle des personnes handicapées
- Concept 4.3 : Dispositifs de formation, d'insertion professionnelle et de maintien dans l'emploi des personnes handicapées
- Concept 4.4 : Aides à l'insertion professionnelle et au maintien dans l'emploi des personnes handicapées
- Concept 4.5 : Obligation d'emploi des travailleurs handicapés
- Concept 4.6 : Entreprises adaptées et établissements et services d'aide par le travail
- Concept 7.5 : Bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés
- Concept 7.8 : Bénéficiaires de pensions l'invalidité ou de rentes d'accidents du travail-maladies professionnelles

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

4.1.1 Nombre estimé de personnes âgées de 15 à 64 ans ayant au moins un problème de santé depuis plus de 6 mois et des difficultés importantes vis-à-vis du travail

Nombre de personnes âgées de 15 à 64 ans ayant au moins un problème de santé depuis plus de 6 mois et des difficultés importantes vis-à-vis du travail.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FM	INSEE	Enquête « Santé, Handicap et Travail », complémentaire à l'enquête Emploi	Publications DARES : - Tableau de bord sur l'emploi et le chômage des personnes handicapées ; - Premières synthèses « L'accès à l'emploi des personnes handicapées en 2007 », novembre 2008, n°47.1	2002, 2007 2007	Publications 2006 et 2009

4.1.2 Nombre estimé de personnes âgées de 15 à 64 ans reconnues travailleurs handicapés

Nombre de personnes âgées de 15 à 64 ans ayant une (ou plusieurs) reconnaissance(s) administrative(s) du handicap ouvrant potentiellement droit au bénéfice de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés selon la loi du 11 février 2005.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FM	INSEE	Enquête « Santé, Handicap et Travail », complémentaire à l'enquête Emploi	Publications DARES : - Tableau de bord sur l'emploi et le chômage des personnes handicapées ; - Premières synthèses « L'accès à l'emploi des personnes handicapées en 2007 », novembre 2008, n°47.1	2002, 2007 2007	Publications 2006 et 2009

4.1.3 Nombre de personnes reconnues travailleur handicapé par une RQTH

Nombre de personnes ayant bénéficié d'une décision favorable de RQTH au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Opérateur	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FE	CNSA	SIPAPH	Disponible sur le site internet de la CNSA	A partir de 2010	
D, ID	MDPH	Système d'information des MDPH	Selon disponibilité auprès des MDPH		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- Le fait d'être reconnu comme travailleur handicapé traduit le constat de difficultés dans l'accès ou le maintien dans l'emploi : il ne préjuge pas de l'aptitude au travail.
- Les modes de reconnaissance administrative du handicap ne sont pas exclusifs. Il est possible par exemple d'être titulaire d'une carte d'invalidité et parallèlement d'obtenir une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.
- Quel que soit le type de reconnaissance administrative du handicap, faire reconnaître son handicap est une démarche personnelle et facultative.

4.1.1 **4.1.2** Les comparaisons pour ces indicateurs entre les enquêtes 2002 et 2007 sont peu pertinentes, du fait des changements intervenus en 2007 dans la définition des personnes handicapées concernées par l'enquête. En 2002, les personnes enquêtées étaient celles qui déclaraient « un problème de santé de plus de 6 mois ou un handicap ».

En 2007, ont été considérées comme personnes handicapées celles qui déclarent :

- avoir au moins un problème de santé depuis plus de 6 mois et connaître des limitations importantes dans le déplacement ou l'exercice d'activités quotidiennes, et/ou rencontrer des difficultés importantes par rapport au travail, et/ou avoir eu un (ou plusieurs) accident(s) du travail au cours des douze derniers mois ;
- ou avoir obtenu une reconnaissance administrative de leur handicap leur ouvrant potentiellement droit au bénéfice de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés.

En outre, entre ces deux enquêtes, les dispositions législatives en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés ont été modifiées en profondeur par la loi du 11 février 2005. Elles ont notamment étendu la possibilité de prétendre occuper un emploi de travailleur handicapé à deux types de reconnaissances supplémentaires : être titulaire de la carte d'invalidité ou être bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

4.1.3 Dans la mesure où le système d'information des MDPH est en cours de construction, la disponibilité de l'indicateur peut être variable d'un département à l'autre.

Une RQTH est attribuée pour des durées variables : 1, 2, 5, 10 ans. L'indicateur 4.1.3 comptabilise un nombre de personnes bénéficiant d'une RQTH à une date donnée alors que l'indicateur 2.1.7 (thématique 2 : Dispositifs d'accueil, d'évaluation et de suivi) dénombre les RQTH accordées par la CDAPH. Ces indicateurs ne mesurent pas la même chose.

SOURCES DE DONNEES

S5. Système d'information partagée pour l'autonomie des personnes handicapées - SIPAPH (CNSA)

S45. Enquête « Santé, Handicap et Travail », complémentaire à l'enquête Emploi (INSEE)

S90. Système d'information des MDPH (MDPH)

CONCEPT 4.2 : SITUATION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES HANDICAPEES

DEFINITIONS ET REFERENCES

L'approche de la situation professionnelle dépasse d'une manière générale la dichotomie entre les personnes en emploi et les personnes au chômage, puisqu'une partie de la population en âge de travailler n'est dans aucune de ces deux situations et n'appartient donc pas à la population active au sens de l'INSEE. Cette nuance est particulièrement importante en matière de handicap, puisque plus de la moitié des personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative du handicap sont inactives.

On distinguera donc trois types de situation :

- les personnes handicapées qui exercent une activité professionnelle, dites « en emploi »,
- les personnes handicapées demandeurs d'emploi, au sens des statistiques de l'emploi (et qui font partie de la population active au sens de l'INSEE),
- les personnes handicapées qui ne sont ni en emploi ni demandeurs d'emploi, quelles que soient leurs difficultés d'accès à l'emploi.

La situation professionnelle des personnes handicapées peut être approchée soit par les personnes reconnues travailleurs handicapés - personnes qui bénéficient d'une reconnaissance administrative du handicap ouvrant droit au bénéfice de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés - , soit dans une acception plus large par celles qui déclarent « avoir au moins un problème de santé ou un handicap de plus de 6 mois et des difficultés importantes dans l'exercice d'activités quotidiennes ou vis à vis du travail ».

Concepts liés :

- Concept 4.1 : Travailleurs handicapés
- Concept 4.5 : Obligation d'emploi des travailleurs handicapés

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

4.2.1 Taux d'emploi estimé des personnes reconnues travailleurs handicapés ou déclarant un problème de santé durable

Nombre de personnes reconnues travailleurs handicapés, ou déclarant avoir un problème de santé durable et éprouver une gêne dans leurs activités quotidiennes ou vis-à-vis du travail, ou ayant eu un accident du travail au cours des douze derniers mois, en emploi, divisé par l'effectif de la population totale correspondante*, et multiplié par 100.

Cet indicateur est décliné selon l'âge et le sexe.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FM	INSEE	Enquête « Santé, Handicap et Travail », complémentaire à l'enquête Emploi	Publications DARES : - Tableau de bord sur l'emploi et le chômage des personnes handicapées ; - Première synthèses « L'accès à l'emploi des personnes handicapées en 2007 », novembre 2008, n°47.1	2002, 2007 2007	Publications 2006 et 2009

* la population totale correspondante est l'ensemble des personnes reconnues travailleurs handicapés, ou déclarant avoir un problème de santé durable et éprouver une gêne dans leurs activités quotidiennes ou vis-à-vis du travail, ou ayant eu un accident du travail au cours des douze derniers mois, quelle que soit leur situation professionnelle.

4.2.2 Taux d'emploi estimé des personnes reconnues travailleurs handicapés

Nombre de personnes reconnues travailleurs handicapés, en emploi, divisé par l'effectif de la population correspondante*, et multiplié par 100.

Cet indicateur est décliné selon l'âge et le sexe.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FM	INSEE	Enquête « Santé, Handicap et Travail », complémentaire à l'enquête Emploi	Publications DARES : - Tableau de bord sur l'emploi et le chômage des personnes handicapées ; - Première synthèses « L'accès à l'emploi des personnes handicapées en 2007 », novembre 2008, n°47.1	2002, 2007 2007	Publications 2006 et 2009

* : la population correspondante est l'ensemble des personnes reconnues travailleurs handicapés, quelle que soit leur situation professionnelle.

4.2.3 Taux de chômage estimé des personnes reconnues travailleurs handicapés ou déclarant un problème de santé durable

Nombre de personnes reconnues travailleurs handicapés, ou déclarant avoir un problème de santé durable et éprouver une gêne dans ses activités quotidiennes ou vis-à-vis du travail, ou ayant eu un accident du travail au cours des douze derniers mois, au chômage, divisé par l'effectif de la population active correspondante*, et multiplié par 100.

Cet indicateur est décliné selon l'âge et le sexe.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FM	INSEE	Enquête « Santé, Handicap et Travail », complémentaire à l'enquête Emploi	Publications DARES : - Tableau de bord sur l'emploi et le chômage des personnes handicapées ; - Première synthèses « L'accès à l'emploi des personnes handicapées en 2007 », novembre 2008, n°47.1	2002, 2007 2007	Publications 2006 et 2009

* : la population active correspondante est l'ensemble des personnes reconnues travailleurs handicapés, ou déclarant avoir un problème de santé durable et éprouver une gêne dans ses activités quotidiennes ou vis-à-vis du travail, ou ayant eu un accident du travail au cours des douze derniers mois, en emploi ou en recherche d'emploi.

4.2.4 Taux de chômage estimé des personnes reconnues travailleurs handicapés

Nombre de personnes reconnues travailleurs handicapés, au chômage, divisé par l'effectif de la population active correspondante*, et multiplié par 100.

Cet indicateur est décliné selon l'âge et le sexe.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FM	INSEE	Enquête « Santé, Handicap et Travail », complémentaire à l'enquête Emploi	Publications DARES : - Tableau de bord sur l'emploi et le chômage des personnes handicapées ; - Première synthèses « L'accès à l'emploi des personnes handicapées en 2007 », novembre 2008, n°47.1	2002, 2007 2007	Publications 2006 et 2009

* : la population active correspondante est l'ensemble des personnes reconnues travailleurs handicapés, en emploi ou en recherche d'emploi.

4.2.5 Nombre de demandeurs d'emploi en fin de mois reconnus travailleurs handicapés (DEFM)

Nombre de demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi reconnus travailleurs handicapés, comptabilisés en fin de mois.

Cet indicateur est décliné selon :

- le sexe,
- l'âge,
- le niveau de formation,
- le niveau de qualification,
- l'ancienneté dans le chômage,
- la catégorie de demandeurs d'emploi (A, B, C).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FE, R	Pôle emploi	SIAD	-Publication DARES - Tableau de bord sur l'emploi et le chômage des personnes handicapées ; -Publication Pôle Emploi – Les cahiers de l'observatoire « Annuaire statistique de la demande d'emploi »	Données au 31/12/2005 Données du 31/12/2002 au 31/12/2006	Publications 2006 et 2009 Annuelle
R, D, ID			Disponible sur demande auprès des DRTEFP		

4.2.6 Part des demandeurs d'emploi reconnus travailleurs handicapés dans la demande d'emploi en fin de mois

Nombre de demandeurs d'emploi en fin de mois reconnus travailleurs handicapés (indicateur 4.2.5), divisé par l'effectif total des demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi comptabilisés en fin de mois, multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FE, R	Pôle emploi	SIAD	-Publication DARES - Tableau de bord sur l'emploi et le chômage des personnes handicapées -Publication Pôle Emploi – Les cahiers de l'observatoire « Annuaire statistique de la demande d'emploi »	Données au 31/12/2005 Données du 31/12/2002 au 31/12/2006	Publications 2006 et 2009 Annuelle
R, D, ID			Disponible sur demande auprès des DRTEFP		

4.2.7 Taux d'activité professionnelle estimé des personnes reconnues travailleurs handicapés ou déclarant un problème de santé durable

Nombre de personnes reconnues travailleurs handicapés, ou déclarant avoir un problème de santé durable et éprouver une gêne dans ses activités quotidiennes ou vis-à-vis du travail, ou ayant eu un accident du travail au cours des douze derniers mois, en activité professionnelle, divisé par l'effectif total de la population correspondante*, et multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FM	INSEE	Enquête « Santé, Handicap et Travail », complémentaire à l'enquête Emploi	Publication DARES - Tableau de bord sur l'emploi et le chômage des personnes handicapées	2002, 2007	Publications 2006 et 2009

* : la population correspondante est l'ensemble des personnes reconnues travailleurs handicapés, ou déclarant avoir un problème de santé durable et éprouver une gêne dans ses activités quotidiennes ou vis-à-vis du travail, ou ayant eu un accident du travail au cours des douze derniers mois, quelle que soit leur situation professionnelle.

4.2.8 Taux d'activité professionnelle estimé des personnes reconnues travailleurs handicapés

Nombre de personnes reconnues travailleurs handicapés, en activité professionnelle, divisé par l'effectif total de la population correspondante*, et multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FM	INSEE	Enquête « Santé, Handicap et Travail », complémentaire à l'enquête Emploi	Publication DARES - Tableau de bord sur l'emploi et le chômage des personnes handicapées	2002, 2007	Publications 2006 et 2009

* : la population correspondante est l'ensemble des personnes reconnues travailleurs handicapés, quelle que soit leur situation professionnelle.

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- Il existe d'autres sources d'information décrivant la situation professionnelle des personnes handicapées, et en particulier l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID). Cette enquête, réalisée pour la première fois en 1998-1999, est devenue l'enquête Handicap-Santé en 2008-2009. Les résultats de cette enquête seront connus à partir de 2010.
- La population active comprend les personnes en emploi et les demandeurs d'emploi. Alors que les taux d'emploi et d'activité sont calculés en référence à la population totale, le taux de chômage est calculé en référence à la population active.

4.2.1 4.2.2 4.2.3 4.2.4 4.2.7 4.2.8 Les comparaisons pour ces indicateurs entre les enquêtes 2002 et 2007 doivent être prudentes étant donné les changements intervenus en 2007 dans la définition des personnes handicapées concernées par l'enquête. Elles sont possibles avec précaution et sur la seule population des travailleurs handicapés déclarant une reconnaissance administrative.

En 2002, les personnes enquêtées étaient celles qui déclaraient « un problème de santé de plus de 6 mois ou un handicap ». En 2007, ont été considérées comme handicapées les personnes qui déclarent :

- avoir au moins un problème de santé depuis plus de 6 mois et connaître des limitations importantes dans le déplacement ou l'exercice d'activités quotidiennes, et/ou rencontrer des difficultés importantes par rapport au travail, et/ou avoir eu un (ou plusieurs) accident(s) du travail au cours des douze derniers mois ;
- avoir obtenu une reconnaissance administrative de leur handicap leur ouvrant potentiellement droit au bénéfice de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés.

Ces indicateurs, ventilés par sexe et âge, n'ont d'intérêt qu'en comparaison avec l'ensemble de la population en emploi (avec ou sans handicap).

4.2.5 4.2.6 L'interprétation de ces indicateurs appelle la plus grande prudence :

- Suite à l'élargissement de la définition du « travailleur handicapé » stipulée par la loi du 11 février 2005, les personnes bénéficiaires de l'AAH et les titulaires d'une carte d'invalidité sont désormais inclus dans la catégorie « travailleur handicapé » dans les séries statistiques de Pôle emploi, et ce, à compter du 1^{er} trimestre 2007.
- Des ruptures de séries sont constatées dans les statistiques de l'ANPE, à partir de 2006, et la forte baisse du nombre de demandeurs d'emploi handicapés observée paraît largement surestimée : ce constat a coïncidé avec un changement de codification des catégories de demandeurs d'emploi handicapés dans le logiciel de l'ANPE, lié à l'application de la loi du 11 février 2005. Une autre explication possible est le ralentissement du nombre de décisions favorables prises en 2006 en raison de la mise en place progressive des CDAPH au sein des MDPH. Bien que ce ralentissement ait concerné tous les types de demande, il aurait été plus important pour les RQTH et les orientations professionnelles.

Par ailleurs, à partir de février 2009, les données sur les demandeurs d'emploi sont présentées selon de nouveaux regroupements statistiques (catégories A, B, C, D, E), qui remplacent les anciennes catégories 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. La plupart des demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi (organisme né de la fusion entre l'ANPE et le réseau des ASSEDIC) sont tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi : certains sont sans emploi (catégorie A), d'autres exercent une activité réduite courte, d'au plus 78 heures au cours du mois (catégorie B), ou une activité réduite longue, de plus de 78 heures au cours du mois (catégorie C). Par ailleurs, certaines personnes inscrites à Pôle emploi ne sont pas tenues de faire des actes positifs de recherche d'emploi, soit parce qu'elles sont sans emploi et non immédiatement disponibles (catégorie D), soit parce qu'elles occupent un emploi (catégorie E).

4.2.7 4.2.8 Les taux d'activité professionnelle sont calculés parmi la population des 15-64 ans, population cible de l'enquête. Ces taux sont plus pertinents sur des tranches d'âge dans lesquelles la grande majorité de la population est en activité.

SOURCES DE DONNEES

S28. Système d'information décisionnel - SIAD (Pôle emploi)

S45. Enquête « Santé, Handicap et Travail », complémentaire à l'enquête Emploi (INSEE)

CONCEPT 4.3 : DISPOSITIFS DE FORMATION, D'INSERTION PROFESSIONNELLE ET DE MAINTIEN DANS L'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPEES

DEFINITIONS ET REFERENCES

La formation et l'insertion professionnelle des personnes handicapées s'appuient sur des dispositifs de droit commun (Pôle Emploi, AFPA...) mais aussi d'accompagnement spécifiques au public handicapé (Cap Emploi, SAMETH, centre de préorientation - CPO - et centre de rééducation professionnelle - CRP-).

Pôle emploi, qui a pour mission principale d'accueillir, d'indemniser, d'orienter et d'accompagner les demandeurs d'emploi, dispose, dans chaque département, d'un conseiller spécialisé pour les demandeurs d'emploi handicapés. Des accords de partenariat ont été conclus, notamment avec **le réseau des Cap Emploi** à qui Pôle emploi délègue l'accompagnement d'une partie des personnes handicapées inscrites au titre du projet personnalisé d'accès à l'emploi (PPAE).

Les **Cap Emploi** ont une mission d'information, de conseil, d'accompagnement et de suivi, d'une part auprès des personnes handicapées engagées dans une démarche active d'accès ou de retour à l'emploi en milieu ordinaire de travail et d'autre part auprès des entreprises et employeurs publics susceptibles de les embaucher.

Les **Services d'appui pour le maintien dans l'emploi (SAMETH)** ont pour mission d'aider les entreprises et les salariés à trouver une solution de maintien dans l'entreprise quand apparaît une inadéquation entre le handicap et le poste de travail, et d'en assurer le suivi.

Les réseaux Cap Emploi et SAMETH ont comme territoire d'intervention le département. Les Cap Emploi sont financés par l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (AGEFIPH), le Fonds de développement pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (FIPHFP) depuis le 1^{er} juillet 2008 et par Pôle emploi au titre de la cotraitance pour le PPAE. L'AGEFIPH participe également au financement des SAMETH.

Les personnes handicapées ont accès à l'ensemble des actions de formation, dites de droit commun, destinées aux salariés et aux demandeurs d'emploi. Depuis le 12 janvier 2006, les organismes de formation, en milieu ordinaire (de droit commun) ou spécialisé, de même que l'ensemble des acteurs de la formation professionnelle continue (notamment l'Etat, les collectivités territoriales, les établissements d'enseignement publics et privés, les organisations professionnelles, syndicales) doivent mettre en place pour les personnes handicapées un accueil à temps partiel ou discontinu, une durée de formation ainsi que des modalités de validation de la formation adaptées.

L'**association nationale pour la formation professionnelle des adultes (AFPA)**, organisme de formation professionnelle, met en place des formations adaptées aux personnes handicapées dans le cadre d'un marché public national passé avec l'Etat et d'une convention nationale, signée avec l'AGEFIPH.

Les établissements et services de réadaptation professionnelle proposent aux personnes reconnues travailleurs handicapés des actions spécifiques leur permettant de prendre ou reprendre contact avec le milieu professionnel et de se former à une activité compatible avec leurs déficiences. Elles peuvent être orientées, sur décision de la commission des droits et de l'autonomie (CDAPH), dans un premier temps vers un **centre de préorientation (CPO)** en vue d'élaborer un projet professionnel préalable à une insertion dans le milieu du travail, puis vers un **centre de rééducation professionnelle (CRP)** en vue d'un reclassement professionnel. Ces structures sont financées par l'Assurance maladie, l'Etat assurant la rémunération des stagiaires en situation de handicap. Le reclassement peut aussi s'effectuer au sein de l'entreprise, avec le soutien de l'AGEFIPH, dans le cadre d'un contrat de rééducation professionnelle.

Textes de références :

- *Centre de préorientation, centre de rééducation professionnelle : Code de la sécurité sociale (L311-5-1, R 481-1, 2, 4)*
- *Stages rémunérés par l'Etat ou la région : Code du travail (L6341-1 à 8, R6341-25 à R6342-4)*
- *Aménagement des conditions d'accès aux actions de formation professionnelle en faveur des personnes handicapées : Code du travail (L5211-4, D5211-2)*

Concepts liés :

- Concept 4.1 : Travailleurs handicapés
- Concept 4.2 : Situation professionnelle des personnes handicapées
- Concept 4.4 : Aides à l'insertion professionnelle et au maintien dans l'emploi des personnes handicapées
- Concept 4.5 : Obligation d'emploi des travailleurs handicapés

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

4.3.1 Nombre de demandeurs d'emploi reconnus travailleurs handicapés ayant suivi une prestation d'accompagnement et/ou d'évaluation par Pôle emploi

Nombre de demandeurs d'emploi reconnus travailleurs handicapés ayant suivi une prestation d'accompagnement (prestation qui propose aux demandeurs d'emploi un appui personnalisé avec un conseiller ou un consultant pour la recherche d'emploi) et/ou d'évaluation (prestation qui sert à évaluer la situation du demandeur d'emploi par rapport à une offre d'emploi ou à un secteur d'activité) menée par Pôle emploi au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FE, R	Pôle emploi	SIAD	Disponible sur demande auprès de Pôle emploi		

4.3.2 Nombre de sorties vers l'emploi des travailleurs handicapés inscrits à Pôle emploi

Nombre de sorties du dispositif pour motif de reprise d'emploi au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FE, R	Pôle emploi	SIAD	Disponible sur demande auprès de Pôle emploi		

4.3.3 Nombre de travailleurs handicapés accueillis par le réseau des Cap Emploi

Nombre de demandeurs d'emploi reconnus travailleurs handicapés ayant été reçu par le réseau des Cap Emploi au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
D	Cap Emploi	Bilan d'activité des Cap Emploi	Disponible sur demande auprès des Cap Emploi		

4.3.4 Nombre de placements de travailleurs handicapés réalisés par le réseau des Cap Emploi

Nombre de travailleurs handicapés ayant signé un contrat de travail grâce à l'intervention du réseau des Cap Emploi au cours de l'année considérée.

Cet indicateur est décliné selon la durée du contrat de travail (CDI, CDD < à 3 mois, 3 à 6 mois, 6 à 12 mois, > à 12 mois) et la nature du contrat de travail (contrat aidé, contrat non aidé).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FE	Cap Emploi	Bilan d'activité des Cap Emploi	Publication de l'AGEFIPH et du FIPHFP - Atlas national « L'emploi et l'insertion des personnes handicapées »	2007	
R			Rapport annuel de l'AGEFIPH par région (accessible sur le site internet de l'AGEFIPH)	2006	Annuelle
D			Disponible sur demande auprès des Cap Emploi		

4.3.5 Nombre de personnes reçues par les SAMETH

Nombre de personnes reçues par les SAMETH au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
D	SAMETH	Bilan d'activité des SAMETH	Disponible sur demande auprès des SAMETH		

4.3.6 Nombre de dossiers individuels fermés par les SAMETH

Nombre de dossiers individuels fermés par les SAMETH selon la nature de la solution trouvée (maintien en emploi réalisé, licenciement, autre solution) au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FE	SAMETH	Bilan d'activité des SAMETH	Publication de l'AGEFIPH et du FIPHFP - Atlas national « L'emploi et l'insertion des personnes handicapées »	2006	
R			Rapport annuel de l'AGEFIPH par région (accessible sur le site internet de l'AGEFIPH)	2006	Annuelle
D			Disponible sur demande auprès des SAMETH		

4.3.7 Taux de maintien dans l'emploi grâce à l'intervention des SAMETH

Nombre de dossiers individuels fermés par les SAMETH (indicateur 4.3.6) pour lesquels la solution trouvée est « maintien dans l'emploi », divisé par le nombre total de dossiers individuels fermés par les SAMETH (indicateur 4.3.6) et multiplié par 100, pour une année donnée.

4.3.8 Nombre d'établissements et services de réinsertion professionnelle

Nombre d'établissements et services de réinsertion professionnelle au 1^{er} janvier de chaque année.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FM, R, D	DREES, DRASS, DDASS	Statiss	Internet et documents imprimés	Internet : 8 ans Papier : depuis 1988	Annuelle (données au 1 ^{er} janvier)
FE, R, D, ID	DREES, DRASS, DDASS	Finess	Site internet (code agrégat 4303)		Fichier permanent

4.3.9 Capacité d'accueil des établissements et services de réinsertion professionnelle

Nombre de places installées dans les établissements et services de réinsertion professionnelle au 1^{er} janvier de chaque année.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FM, R, D	DREES, DRASS, DDASS	Statiss	Internet et documents imprimés	Internet : 8 ans Papier : depuis 1988	Annuelle (données au 1 ^{er} janvier)
FE, R, D, ID	DREES, DRASS, DDASS	Finess	Site internet (code agrégat 4303)		Fichier permanent

4.3.10 Nombre de personnes handicapées ayant suivi une formation au sein d'un CRP

Nombre de personnes handicapées ayant suivi une formation au sein d'un CRP au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DGEFP	Applications de gestion des CRP	Publication de l'AGEFIPH et du FIPHFP - Atlas national « L'emploi et l'insertion des personnes handicapées »	2004 et 2007	
Par CRP	CRP		Disponible sur demande auprès des CRP		

4.3.11 Taux de sortie à l'emploi des personnes handicapées ayant suivi une formation au sein d'un CRP

Nombre de personnes handicapées ayant suivi une formation au sein d'un CRP et ayant trouvé un emploi à la sortie sur une année donnée, divisé par le nombre de personnes handicapées sorties au cours de l'année considérée, multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DGEFP	Applications de gestion des CRP	Disponible sur demande auprès de la DGEFP		
Par CRP	CRP		Disponible sur demande auprès des CRP		

4.3.12 Proportion de personnes handicapées ayant obtenu un diplôme après avoir suivi une formation au sein d'un CRP

Nombre de personnes handicapées ayant suivi une formation au sein d'un CRP et ayant obtenu un diplôme suite à cette formation sur une année donnée, divisé par le nombre de personnes handicapées sorties de formation au cours de l'année considérée, multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DGEFP	Applications de gestion des CRP	Disponible sur demande auprès de la DGEFP		
Par CRP	CRP		Disponible sur demande auprès des CRP		

4.3.13 Nombre de personnes handicapées ayant suivi une formation à l'AFPA

Nombre de personnes handicapées ayant suivi une formation à l'AFPA au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	AFPA	Système d'information des AFPA	Publication de l'AGEFIPH et du FIPHFP - Atlas national « L'emploi et l'insertion des personnes handicapées »	2004 et 2007	
R			Disponible sur demande auprès de l'AFPA en région		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

D'autres dispositifs développés en région ou en département permettent également de favoriser l'insertion et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées. Les observatoires régionaux de l'emploi et de l'insertion professionnelle des personnes handicapées, financés ou cofinancés par l'AGEFIPH, recherchent, collectent et analysent l'ensemble des données et informations disponibles pour aider à définir une politique régionale sur l'emploi et l'insertion professionnelle et en suivent les effets. A ce titre, ils participent à la réalisation d'études et d'enquêtes dont certains résultats portent notamment sur l'insertion, le maintien dans l'emploi et la formation professionnelle des personnes handicapées. Une partie de ces publications sont accessibles sur le site internet de l'AGEFIPH (<http://www.agefiph.fr>).

4.3.1 4.3.3 4.3.5 Ces indicateurs renseignent sur l'activité des structures qui ont en charge l'accompagnement des travailleurs handicapés.

4.3.2 Cet indicateur ne permet pas de dénombrer toutes les sorties vers l'emploi des personnes inscrites à Pôle emploi : parmi les personnes sorties du dispositif, certaines ont pu trouver un emploi sans le signaler. Il est donc difficile d'isoler parmi les sortants, toutes les personnes qui ont effectivement trouvé un emploi.

4.3.2 4.3.4 Ces indicateurs renseignent sur le nombre de retours à l'emploi. En fonction de la durée des contrats, plusieurs retours à l'emploi peuvent être comptabilisés pour une même personne. Ainsi, le nombre de sorties peut différer du nombre de personnes effectivement en emploi.

4.3.12 Les CRP dispensent plusieurs types de formations qui ne conduisent pas nécessairement à un diplôme certifié (formations pré qualifiantes, formations qualifiantes non certifiantes, formations qualifiantes certifiantes). De fait l'interprétation de l'indicateur doit tenir compte des formations qui ne conduisent pas à l'obtention d'un diplôme.

SOURCES DE DONNEES

- S18. Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux - Finess (DREES)
- S22. STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social - Statiss (DREES)
- S27. Applications de gestion des CRP (DGEFP)
- S28. Système d'information décisionnel - SIAD (Pôle emploi)
- S75. Bilan d'activité des Cap Emploi (AGEFIPH)
- S76. Bilan d'activité des SAMETH (AGEFIPH)
- S78. Système d'information des AFPA (AFPA)

CONCEPT 4.4 : AIDES A L'INSERTION PROFESSIONNELLE ET AU MAINTIEN DANS L'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPEES

DEFINITIONS ET REFERENCES

Il existe différentes aides individuelles (contrats aidés, prime d'insertion, allocation pour l'emploi des travailleurs handicapés) mises en place pour favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail. Ces aides peuvent être apportées à l'entreprise ou à la personne handicapée. Elles vont selon les cas permettre de compenser le handicap, d'accéder ou de se maintenir dans l'emploi, de construire un projet professionnel ou d'acquérir une formation.

Les personnes handicapées à la recherche d'un emploi peuvent bénéficier d'un **contrat aidé**, qui est un contrat de travail dérogatoire au droit commun non spécifique aux personnes handicapées, pour lequel l'employeur bénéficie d'aides (subventions à l'embauche, exonérations de certaines cotisations sociales, aides à la formation...) :

- le contrat initiative emploi (CIE) et le contrat d'insertion du revenu minimum d'activité (CI-RMA) dans le secteur marchand,
- le contrat d'avenir (CAV) et le contrat d'accompagnement dans l'emploi (CAE) (qui se sont substitués aux anciens contrats aidés, CES et CEC), dans le secteur non marchand.

La prime à l'insertion est une subvention forfaitaire versée par l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (AGEFIPH), pour favoriser l'accès des personnes handicapées à des emplois durables, et qui est destinée à la fois au salarié handicapé et à l'entreprise qui le recrute.

L'Aide pour l'emploi des travailleurs handicapés (AETH) est versée, soit aux entreprises employant des salariés lourdement handicapés, soit à des personnes handicapées exerçant une activité non salariée (travailleur indépendant, commerçant, profession libérale...), afin de compenser les charges induites par le handicap. Cette allocation est également financée par l'AGEFIPH, après décision du directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP).

D'autres aides financées par l'AGEFIPH, favorisent également l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées, tels que :

- l'aide à l'adaptation des situations de travail qui s'adresse à l'entreprise désireuse de recruter un salarié handicapé ou de le maintenir dans son emploi ;
- l'aide aux chômeurs créateurs d'entreprises ;
- la prime initiative emploi (PIE) destinée aux entreprises employant des salariés lourdement handicapés ou aux personnes handicapées exerçant une activité non salariée.

De façon plus marginale, certaines aides telles que la prime de reclassement sont toujours attribuées par les services de l'Etat.

Textes de références :

- *Contrat d'accompagnement dans l'emploi : Code du travail (L5134-20 à 34)*
- *Contrat d'avenir (CAV) : Code du travail (L5134-35 à 53)*
- *Contrat d'initiative emploi (CIE) : Code du travail (L5134-65 à 73)*
- *Contrat d'insertion du Revenu minimum d'activité : Code du travail (L5134-74 à 99)*
- *Prime de reclassement : Code du travail (L5213-4)*

Concepts liés :

- Concept 4.2 : Situation professionnelle des personnes handicapées
- Concept 4.3 : Dispositifs de formation, d'insertion professionnelle et de maintien dans l'emploi
- Concept 4.5 : Obligation d'emploi des travailleurs handicapés
- Concept 3.5 : Personnes handicapées en apprentissage

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

4.4.1 Nombre de travailleurs handicapés en contrat aidé

Nombre de travailleurs handicapés bénéficiant d'un contrat aidé du plan de cohésion sociale à une date donnée.

Cet indicateur est décliné selon le type de contrat (Contrat d'avenir, Contrat d'accompagnement dans l'emploi, contrat insertion revenu minimum d'activité, contrat initiative emploi).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FE	DARES	Contrats aidés du plan de cohésion sociale	Site internet du ministère du travail	Depuis 2005	Trimestrielle

4.4.2 Nombre de contrats de travail primés par l'AGEFIPH

Nombre de contrats de travail primés par l'AGEFIPH (CDI et CDD de plus de 12 mois) au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FE	AGEFIPH	Prime à l'insertion	Publication de l'AGEFIPH et du FIPHP - Atlas national « L'emploi et l'insertion des personnes handicapées »	2007	
R			Rapport annuel de l'AGEFIPH par région (accessible sur le site internet de l'AGEFIPH)	2006	Annuelle

4.4.3 Nombre de travailleurs handicapés ayant bénéficié de l'AETH

Nombre de travailleurs handicapés ayant bénéficié de l'AETH au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FE	AGEFIPH	Aide à l'emploi des travailleurs handicapés	Publication de l'AGEFIPH et du FIPHP - Atlas national « L'emploi et l'insertion des personnes handicapées »	2007	
R			Rapport annuel de l'AGEFIPH par région (accessible sur le site internet de l'AGEFIPH)	2006	Annuelle

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

L'accompagnement de l'insertion professionnelle des personnes handicapées s'appuie d'une part sur des mesures publiques d'aides à l'insertion, non spécifiques aux personnes handicapées, et d'autre part sur des primes et aides diverses, principalement financées par l'AGEFIPH. L'analyse des séries statistiques concernant ces différentes aides doit tenir compte du caractère évolutif du cadre réglementaire de ces aides et de l'importance des moyens financiers qui y sont consacrés.

4.4.1 Le contenu des contrats aidés est régulièrement revisité, la loi de programmation pour la cohésion sociale du 18 janvier 2005 ayant procédé à une redéfinition de l'ensemble des contrats aidés destinés aux personnes rencontrant des difficultés d'accès à l'emploi. L'instauration récente du Revenu de solidarité active (RSA) a également modifié le contenu de ces dispositifs. Les contrats aidés sont réformés par le contrat unique d'insertion (CUI) depuis le 1^{er} janvier 2010.

SOURCES DE DONNEES

S25. Contrats aidés du plan de cohésion sociale (DARES)

S72. Aide à l'emploi des travailleurs handicapés (AGEFIPH)

S73. Prime à l'insertion (AGEFIPH)

CONCEPT 4.5 : OBLIGATION D'EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPES

DEFINITIONS ET REFERENCES

Depuis 1987, tout employeur du secteur privé et tout établissement public à caractère industriel et commercial qui emploie 20 salariés ou plus et qui n'atteint pas le pourcentage de travailleur handicapé prévu par la loi doit s'acquitter de son obligation en versant une contribution financière à l'**Association nationale pour la gestion du fonds d'insertion professionnelle des personnes handicapés** (AGEFIPH). Les fonds ainsi collectés permettent de financer des mesures pour favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées ou leur maintien dans l'emploi. Les entreprises privées peuvent également s'acquitter de leur obligation, soit en concluant des contrats de sous-traitance avec des entreprises adaptées (EA), des centres de distributions de travail à domicile (CTD) ou des établissements et services d'aide par le travail (ESAT), soit en concluant un accord de branche, de groupe, d'entreprise ou d'établissement, soit en accueillant des personnes handicapées dans le cadre d'un stage de formation professionnelle.

Avant la loi du 11 février 2005, les employeurs publics occupant au moins 20 agents n'étaient pas assujettis à l'obligation d'emploi. Depuis l'entrée en vigueur de la loi, au 1^{er} janvier 2006, ils doivent, en cas de non respect de l'obligation d'emploi, verser une contrepartie financière au **Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique** (FIPHFP) créé à cette occasion.

Le taux d'emploi de personnes handicapées fixé par la loi est actuellement de 6 % pour les employeurs privés ou publics.

Les bénéficiaires de l'obligation d'emploi en faveur des travailleurs handicapés sont les personnes reconnues travailleur handicapé (voir concept 4.1).

Textes de références :

Code du travail (L5212-1 à 17, R5212-1 à 31)

Concepts liés :

- Concept 4.1 : Travailleurs handicapés
- Concept 4.2 : Situation professionnelle des personnes handicapées
- Concept 7.8 : Bénéficiaires de pensions d'invalidité et de rentes d'accidents du travail-maladies professionnelles
- Concept 9.5 : Contribution des entreprises et des institutions publiques dans le cadre de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) et aides attribuées

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

4.5.1 Nombre d'établissements de 20 salariés ou plus du secteur privé et public à caractère industriel et commercial assujettis à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés

Nombre d'établissements de 20 salariés ou plus du secteur privé et public à caractère industriel et commercial assujettis à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DDTEFP	DOETH	Publication DARES - Collection Premières synthèses « L'emploi des travailleurs handicapés dans les établissements de 20 salariés et plus »	Depuis 2000	Annuelle
R, D, ID			Disponible sur demande auprès des DRTEFP		

4.5.2 Répartition des établissements de 20 salariés ou plus du secteur privé et public à caractère industriel et commercial assujettis selon les modalités de réponse à l'obligation d'emploi des personnes handicapées

Répartition des établissements occupant 20 salariés ou plus du secteur privé et public à caractère industriel et commercial assujettis selon la ou les modalités de réponses à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés (emploi direct, contribution financière à l'AGEFIPH, contrats de sous-traitance...).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DDTEFP	DOETH	Publication DARES - Collection Premières synthèses « L'emploi des travailleurs handicapés dans les établissements de 20 salariés et plus »	Depuis 2000	Annuelle
D, ID			Disponible sur demande auprès des DRTEFP		

4.5.3 Nombre de travailleurs handicapés employés par les établissements de 20 salariés ou plus du secteur privé et public à caractère industriel et commercial assujettis à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés

Nombre total de bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés déclarés dans les établissements privés et publics à caractère industriel et commercial occupant 20 salariés ou plus.

Cet indicateur est décliné selon :

- le sexe,
- l'âge,
- la nature du contrat de travail,
- le niveau de qualification,
- le secteur d'activité.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DDTEFP	DOETH	Publication DARES - Collection Premières synthèses « L'emploi des travailleurs handicapés dans les établissements de 20 salariés et plus »	Depuis 2000	Annuelle
R, D, ID			Disponible sur demande auprès des DRTEFP		

4.5.4 Taux d'emploi de travailleurs handicapés dans les établissements de 20 salariés ou plus du secteur privé et public à caractère industriel et commercial assujettis à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés

Nombre de bénéficiaires de l'obligation d'emploi, en équivalent temps-plein, divisé par le nombre total en équivalent-temps plein, de personnes employées dans les établissements privés et publics à caractère industriel et commercial occupant 20 salariés ou plus assujettis à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, et multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DDTEFP	DOETH	Publication DARES - Collection premières synthèses « L'emploi des travailleurs handicapés dans les établissements de 20 salariés et plus »	Depuis 2000	Annuelle
R, D, ID			Disponible sur demande auprès des DRTEFP		

4.5.5 Nombre de travailleurs handicapés employés par les employeurs publics assujettis au FIPHFP

Nombre total de bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés déclarés dans les trois fonctions publiques (fonction publique de l'Etat, fonction publique territoriale, fonction publique hospitalière), à une date donnée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	FIPHFP	Déclaration annuelle du FIPHFP	Publication FIPHFP – Rapport annuel du FIPHFP	2006	Annuelle
R, D, ID			Disponible sur demande auprès des délégués interrégionaux handicap		

4.5.6 Taux d'emploi de travailleurs handicapés des employeurs publics assujettis au FIPHFP

Nombre de bénéficiaires de l'obligation d'emploi déclarés dans les employeurs publics assujettis au FIPHFP (indicateur 4.5.5), divisé par l'effectif total des personnes employées dans ces organismes, et multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	FIPHFP	Déclaration annuelle du FIPHFP	Publication FIPHFP – Rapport annuel du FIPHFP	2006	Annuelle
R, D, ID			Disponible sur demande auprès des délégués interrégionaux handicap		

INTERETS, LIMITES

4.5.1 4.5.2 4.5.3 La loi du 11 février 2005 a apporté d'importants changements dans les modalités de calcul de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés : le nombre d'établissements de 20 salariés ou plus assujettis à l'obligation a été élargi et le calcul des effectifs reconnus comme travailleurs handicapés a été modifié.

- Les « emplois à conditions d'aptitude particulières » (ECAP) ont été réintégrés dans le calcul de l'effectif d'assujettissement, ce qui, d'une part diminue mécaniquement le taux d'emploi des établissements déjà assujettis et qui ont des ECAP et, d'autre part, fait entrer dans le champ de l'obligation les établissements de 20 salariés ou plus dont l'effectif hors ECAP était en dessous de 20 salariés.
- Jusqu'en 2005, chaque salarié handicapé représentait une ou plusieurs « unités bénéficiaires » en fonction de l'âge, de l'ancienneté, de la gravité du handicap... A partir du 1^{er} janvier 2006, les bénéficiaires de l'obligation d'emploi comptent chacun pour une unité s'ils ont été présents six mois au moins au cours des douze derniers mois, quelle que soit la nature du contrat de travail ou sa durée, à l'exception de ceux sous contrat de travail temporaire ou mis à disposition par une entreprise extérieure qui sont pris en compte au prorata de leur temps de présence dans l'entreprise au cours des douze mois précédents.

L'interprétation des séries statistiques doit tenir compte de ces éléments. Le décompte des salariés a été à nouveau modifié en juin 2009 pour certains stagiaires et les travailleurs à temps partiels.

4.5.2 4.5.6 Cet indicateur permet notamment de mettre en évidence la proportion d'établissements qui remplissent effectivement l'objectif des 6 % de travailleurs handicapés.

4.5.4 Suite aux modifications introduites par la loi du 11 février 2005, la baisse du nombre de bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés conjuguée à l'augmentation de l'assiette d'assujettissement (voir ci-dessus) a fait mécaniquement baisser le taux d'emploi de travailleurs handicapés dans les établissements assujettis de 20 salariés ou plus.

4.5.5 4.5.6 Dans la fonction publique, en plus des modes de reconnaissance habituels, trois catégories de bénéficiaires supplémentaires font également l'objet de l'obligation d'emploi :

- les titulaires d'un emploi réservé (Code des pensions militaires) ;
- les agents reclassés (dispositions statutaires) bénéficient d'une affectation dans un autre corps par voie de détachement et ceux ayant bénéficié d'un changement d'emploi au sein de leur corps ou cadres d'emplois après avis du comité médical ;
- les agents qui bénéficient d'une allocation temporaire d'invalidité (Code des communes).

Jusqu'en 2005, les statistiques sur l'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique résultaient de trois sources différentes. Suite à la loi du 11 février 2005, les informations concernant l'emploi des travailleurs handicapés dans la fonction publique ont été homogénéisées avec la déclaration de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés. Des ruptures dans les séries statistiques peuvent donc être constatées.

SOURCES DE DONNEES

S48. Déclaration annuelle du FIPHFP (FIPHFP)

S93. Déclaration annuelle obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés - DOETH (DDTEFP)

CONCEPT 4.6 : ENTREPRISES ADAPTEES ET ETABLISSEMENTS ET SERVICES D'AIDE PAR LE TRAVAIL

DEFINITIONS ET REFERENCES

Deux types de structures ont vocation à accueillir spécifiquement et majoritairement des personnes reconnues comme travailleurs handicapés : les entreprises adaptées et les établissements et services d'aide par le travail. Elles diffèrent par le statut juridique d'une part, les critères et les modalités d'accès d'autre part.

- **Les entreprises adaptées (EA)** (anciennement « atelier protégé ») sont des entreprises du milieu ordinaire du travail employant au moins 80 % de personnes ayant la reconnaissance de travailleurs handicapés et orientés vers le marché du travail par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Les personnes employées doivent présenter une efficacité réduite dont les critères sont définis par arrêté, pour ouvrir à l'entreprise le bénéficiaire d'une aide de l'Etat pour chaque poste de travail correspondant. Elles sont recrutées par l'EA, soit directement si elles remplissent les critères d'efficacité réduite fixés par l'arrêté, soit sur proposition du service public de l'emploi (SPE) et des Cap Emploi.
- **Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT)**, (anciennement « centres d'aide par le travail (CAT) »), sont des établissements ou services médico-sociaux qui proposent des activités à caractère professionnel, accompagnées d'un soutien médico-social et éducatif en vue de favoriser leur épanouissement personnel et social. Ils accueillent des travailleurs handicapés dont la capacité de travail est inférieure au tiers de celle d'un travailleur valide. L'admission en ESAT s'effectue après une orientation prononcée par la CDAPH, suite à une évaluation effectuée par une équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Les **entreprises adaptées** bénéficient d'une aide forfaitaire de l'Etat par poste de travail, pour compenser le surcoût lié à l'emploi très majoritaire de personnes à efficacité réduite. En entreprise le travailleur handicapé a un statut de droit commun et relève du Code du travail : il possède tous les droits des salariés et bénéficie notamment de l'assurance chômage en cas de perte d'emploi.

La création des ESAT et leur budget relèvent de l'autorité préfectorale, leurs ressources provenant de l'Etat. Les travailleurs handicapés en ESAT n'ont pas un statut de salarié mais sont des usagers d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux (ESMS). Ils ont droit à une rémunération garantie, dont le montant est déterminé par référence au SMIC. Sous certaines conditions, cette rémunération garantie peut être cumulable avec l'AAH.

Textes de références :

- *Entreprises adaptées et centres de distribution de travail à domicile : Code du travail (L5213-13 à 19, R ou D5213-62 à 86)*
- *Etablissements et services d'aide par le travail : Code de l'action sociale et des familles (L344-2, R243-1 à 13)*

Concepts liés

- Concept 2.1 : Maisons départementales des personnes handicapées
- Concept 4.1 : Travailleurs handicapés
- Concept 4.5 : Obligation d'emploi des travailleurs handicapés
- Concept 8.5 : Etablissements pour adultes handicapés
- Concept 9.3 : Etablissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

4.6.1 Nombre d'entreprises adaptées

Nombre d'entreprises adaptées au 1^{er} janvier de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	DREES, DRASS, DDASS	Statiss	Site internet et documents imprimés	-Sur le site internet : historique des huit dernières années ; -Documents imprimés : disponibles depuis 1988	Annuelle (données au 1 ^{er} janvier)
FE, R, D, ID	DREES, DRASS, DDASS	Finess	Site internet (code catégorie : 247)		Fichier permanent

4.6.2 Capacités d'accueil des entreprises adaptées

Nombre de places installées en entreprise adaptée au 1^{er} janvier de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	DREES, DRASS, DDASS	Statiss	Site internet et documents imprimés	-Sur le site internet : historique des huit dernières années ; -Documents imprimés : disponibles depuis 1988	Annuelle (données au 1 ^{er} janvier)
FE, R, D, ID	DREES, DRASS, DDASS	Finess	Site internet (code catégorie : 247)		Fichier permanent

4.6.3 Taux d'équipement des entreprises adaptées

Nombre de places installées en entreprise adaptée (indicateur 4.6.2), divisé par l'effectif de la population âgée de 20 à 59 ans, multiplié par 1 000, au 1^{er} janvier de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	DREES, DRASS, DDASS	Statiss	Site internet et documents imprimés	-Sur le site internet : historique des huit dernières années ; -Documents imprimés : disponibles depuis 1988	Annuelle (données au 1 ^{er} janvier)

4.6.4 Nombre de personnes accueillies en entreprise adaptée

Nombre de personnes présentes au 1^{er} janvier de l'année considérée dans les entreprises adaptées.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DGEFP	Subvention spécifique allouée aux EA	Publication DARES « Tableau de bord sur l'emploi et le chômage des personnes handicapées »		
R, D, ID			Disponible sur demande auprès des DRTEFP		

4.6.5 Taux d'occupation des entreprises adaptées

Nombre de personnes présentes au 1^{er} janvier de l'année considérée dans les entreprises adaptées (indicateur 4.6.4), divisé par le nombre de places installées au 1^{er} janvier de l'année considérée (indicateur 4.6.2), multiplié par 100.

4.6.6 Nombre d'établissements et services d'aide par le travail (ESAT)

Nombre d'ESAT au 1^{er} janvier de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	DREES, DRASS, DDASS	Statiss	Site internet et documents imprimés	-Sur le site internet : historique des 8 dernières années ; -Documents imprimés : disponibles depuis 1988	Annuelle (données au 1 ^{er} janvier)
FE, R, D, ID	DREES, DRASS, DDASS	Finess	Site internet (code catégorie : 246)		Fichier permanent

4.6.7 Capacité d'accueil des établissements et services d'aide par le travail (ESAT)

Nombre de places installées en ESAT au 1^{er} janvier de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	DREES, DRASS, DDASS	Statiss	Site internet et documents imprimés	-Sur le site internet : historique des 8 dernières années ; -Documents imprimés : disponibles depuis 1988	Annuelle (données au 1 ^{er} janvier)
FE, R, D, ID	DREES, DRASS, DDASS	Finess	Site internet (code catégorie : 246)		Fichier permanent

4.6.8 Taux d'équipement en ESAT

Nombre de places installées en ESAT au 1er janvier (indicateur 4.6.7), divisé par l'effectif de la population âgée de 20 à 59 ans au 1er janvier de l'année considérée, multiplié par 1 000.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	DREES, DRASS, DDASS	Statiss	Site internet et documents imprimés	-Sur le site internet : historique des 8 dernières années ; -Documents imprimés : disponible depuis 1988	Annuelle (données au 1 ^{er} janvier)

4.6.9 Nombre de personnes accueillies en ESAT

Nombre de personnes prises en charge, présentes au 31 décembre de l'année considérée, dans les ESAT.

Cet indicateur est décliné selon :

- le sexe et l'âge,
- le type de déficience principale,
- l'activité en journée,
- l'ancienneté dans l'établissement,
- le mode d'hébergement.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DREES, DRASS	Enquête ES	Publication DREES - Série Statistiques « Les ESMS pour adultes handicapés »	Tous les deux ans de 1985 à 1998, puis 2001 et 2006	A chaque enquête
R			Disponible sur demande auprès des DRASS		

4.6.10 Taux d'occupation des ESAT

Nombre de personnes prises en charge, présentes au 31 décembre dans les ESAT (indicateur 4.6.9), divisé par le nombre de places installées au 31 décembre de l'année considérée, et multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DREES, DRASS	Enquête ES	Publication DREES - Série Statistiques « Les ESMS pour adultes handicapés »	Tous les deux ans de 1985 à 1998, puis 2001 et 2006	A chaque enquête
R			Disponible sur demande auprès des DRASS		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- Les entreprises adaptées et les centres de distribution de travail à domicile (CDTD) sont assimilés au milieu ordinaire de travail. La dernière enquête « Etablissements et services sociaux et médico-sociaux » (ES 2006) ne comporte donc plus de questionnaire sur ces établissements.
- Les années où l'enquête ES est réalisée, il peut y avoir des écarts entre les indicateurs issus de Statiss et ceux issus de l'enquête ES (délai de prise en compte de l'information).
- Le répertoire Finess est mis à jour en continu, mais il peut y avoir un délai entre la date de survenue d'un événement et sa prise en compte dans le répertoire.
- Les places installées (ou capacité installée) et les effectifs accueillis dans les EA et les ESAT correspondent à la capacité totale d'accueil des « travailleurs handicapés » pris en charge. Cet indicateur ne comprend pas les salariés non reconnus comme « travailleurs handicapés » et en particulier l'encadrement de l'entreprise (entreprises adaptées) et les personnels chargés de l'encadrement éducatif (ESAT).

4.6.10

- Un taux d'occupation proche de 100 % peut signifier que toutes les demandes d'accueil en ESAT ne sont pas satisfaites.
- Un certain nombre de travailleurs handicapés en ESAT sont accueillis simultanément en foyers d'hébergement. Il faut donc être attentif aux doubles comptes.

SOURCES DE DONNEES

S15. Enquête « Etablissements sociaux et médico-sociaux » - ES (DREES)

S18. Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux - Finess (DREES)

S22. STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social - Statiss (DREES)

S26. Subvention spécifique allouée aux entreprises adaptées (DGEFP)

5

PARTICIPATION A LA VIE SOCIALE, ACCESSIBILITE

Les restrictions de participation à la vie sociale sont constitutives du handicap tel qu'il est défini dans la loi n° 2005-102 du 11 février 2005. Cela signifie qu'outre les caractéristiques des publics en situation de handicap ou de dépendance, il est nécessaire d'observer en quoi l'environnement est un facilitateur ou un obstacle à la pleine inclusion dans la société des personnes porteuses d'altérations de fonctions.

► La loi pose le principe selon lequel : « *Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus de tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté* ». Ainsi, la personne handicapée doit trouver toute sa place à l'école, accéder au savoir, occuper un emploi, évoluer professionnellement, participer aux activités culturelles et de loisirs ...

A côté d'un dispositif individuel de compensation des conséquences du handicap¹, la loi met donc également en place un dispositif collectif comprenant un ensemble de mesures qui conduisent à l'accessibilité de toutes les composantes de l'environnement.

Cette accessibilité renvoie non seulement à des caractéristiques physiques de l'environnement mais également aux composantes sociales de ce même environnement, comme le soutien et les relations, les attitudes, les services, les systèmes et politiques².

► L'adaptation de l'**environnement physique** (bâtiments, voirie, moyens de transport, espaces de déplacement...) et des équipements qui composent les différents lieux de vie est une des composantes qui conditionnent la participation à la vie sociale des personnes présentant un handicap ou un trouble de santé invalidant. L'inadaptation de cet environnement reste aujourd'hui encore un frein très important à la participation à la vie sociale aussi bien en termes d'exécution de tâches de la vie quotidienne, que de scolarisation, d'emploi, de loisirs... C'est pourquoi la loi a étendu l'obligation d'accessibilité à l'ensemble de la chaîne du déplacement qui comprend le cadre bâti, la voirie, les aménagements des espaces publics et les transports. Par ailleurs, elle généralise ce principe d'accessibilité à toutes les personnes handicapées, quel que soit le type de handicap : physique, sensoriel, mental, psychique, cognitif. Enfin, elle renforce la contrainte sur les acteurs en fixant l'application de leurs obligations à échéance de 2015.

Le Code de la construction et de l'habitation (CCH) indique ainsi que « *Les dispositions architecturales et les aménagements de locaux d'habitation, des lieux de travail et installations recevant du public, notamment les locaux scolaires, universitaires et de formation, doivent être tels que ces locaux et installations soient accessibles aux personnes handicapées... La voirie publique ou privée ouverte à la circulation publique doit être aménagée pour permettre l'accessibilité des personnes handicapées...* » (L111-7).

► La mise en œuvre de la loi de février 2005 sur ce versant a nécessité la production d'une réglementation très importante, qui n'est pas encore complètement aboutie notamment en matière d'accessibilité des locaux professionnels, afin de déterminer le cadre précis d'application de ces règles.

► Le chantier de l'accessibilité physique représente un **défi considérable**, à la fois par le nombre d'équipements et d'institutions concernés, mais aussi par les contraintes techniques et économiques que la mise en accessibilité nécessite. On dénombre ainsi plus de 600 000 établissements recevant du public (ERP), qui dépendent de l'Etat, des collectivités territoriales, de sociétés privées, d'associations... Mais le chantier de l'accessibilité concerne également le logement individuel et collectif, les moyens de transport, la voirie, les espaces publics.

¹ Prestation de compensation : Code de l'action sociale et des familles (L245-1 à 14)

² Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), OMS, 2001.

► **Le rôle des communes** (et des différents échelons de coopération communale) est primordial en matière d'accessibilité physique. Elles doivent tout d'abord s'assurer de la mise en œuvre effective de la politique d'accessibilité dans les projets de construction ou d'aménagements d'établissements recevant du public (ERP) et de bâtiments d'habitation collectifs lors de la délivrance de l'autorisation de construire ainsi qu'au moment de son ouverture. Elles doivent également garantir la mise en œuvre des règles d'accessibilité pour leurs propres bâtiments recevant du public (ERP). Chaque commune doit par ailleurs établir avant décembre 2009 un plan de mise en accessibilité de la voirie et des espaces publics. Enfin, les communes (ou EPCI) de plus de 5 000 habitants, doivent constituer et assurer le fonctionnement d'une commission pour l'accessibilité des personnes handicapées.

► Au plan national, la **délégation ministérielle à l'accessibilité (DMA)** du ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer (MEEDDM) est chargée du suivi de l'application de la loi de février 2005 en matière d'accessibilité. Elle assure un rôle d'incitation et de coordination dans ce domaine et élabore un bilan annuel de l'accessibilité dans les domaines des transports, de la voirie, des espaces publics et du cadre bâti. L'observatoire de l'accessibilité, qui devrait voir le jour début 2010, aura un rôle clé pour faciliter l'accès aux indicateurs de suivi de ces politiques.

► La thématique est restreinte à l'accessibilité physique. Peu d'indicateurs existent en matière d'accessibilité sociale. Elle s'ouvre par un concept général sur les différentes mesures destinées à garantir la mise en œuvre effective de l'accessibilité physique (concept 5.1 : « gouvernance et mise en œuvre de l'accessibilité »). Puis, suivent les concepts 5.2, 5.3 et 5.4 qui traitent respectivement de l'accessibilité des établissements recevant du public (ERP), des logements et locaux professionnels, et des services de transports publics et de la voirie. Enfin, les deux derniers concepts proposés sont relatifs à l'accessibilité des activités sportives (concept 5.5) et culturelles et de loisirs (concept 5.6).

► La thématique se connecte aux thématiques 1 « Connaissance des publics en situation de handicap et de dépendance », 3 « Scolarisation et formation » et 4 « Emploi, activité professionnelle ».

CONCEPT 5.1 : GOUVERNANCE ET MISE EN ŒUVRE DE L'ACCESSIBILITÉ	
5.1.1 Nombre de réunions de la sous commission accessibilité de la CCDSA.....	109
5.1.2 Nombre de CCDSA ayant produit un rapport annuel	109
5.1.3 Nombre de commissions communales ou intercommunales pour l'accessibilité aux personnes handicapées constituées.....	109
5.1.4 Part des communes et EPCI de 5 000 habitants ou plus ayant constitué une commission pour l'accessibilité.....	109
5.1.5 Nombre de rapports des commissions pour l'accessibilité transmis au préfet	110
5.1.6 Nombre de contrôles a posteriori de la mise en accessibilité du cadre bâti effectués.....	110
5.1.7 Nombre de réunions du conseil consultatif départemental des personnes handicapées.....	110
CONCEPT 5.2 : ACCESSIBILITÉ DES ÉTABLISSEMENTS RECEVANT DU PUBLIC (ERP)	
5.2.1 Nombre d'ERP dénombrés par les préfetures.....	112
5.2.2 Nombre de dossiers d'ERP présentés devant la CCDSA	112
5.2.3 Nombre d'avis défavorables pour l'accessibilité des ERP pris par la CCDSA.....	112
5.2.4 Nombre de dérogations aux obligations d'accessibilité des ERP accordées par la CCDSA.....	112
5.2.5 Pourcentage de collèges ayant réalisé un diagnostic d'accessibilité.....	112
CONCEPT 5.3 : ACCESSIBILITÉ DES LOGEMENTS ET DES LOCAUX PROFESSIONNELS	
5.3.1 Nombre de commissions communales pour l'accessibilité ayant réalisé un système de recensement de l'offre de logements accessibles.....	114
5.3.2 Nombre de dossiers d'accessibilité pour des bâtiments d'habitation instruits par la CCDSA	115
5.3.3 Nombre de dérogations aux obligations d'accessibilité pour des bâtiments d'habitation accordées par la CCDSA.....	115
CONCEPT 5.4 : ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE TRANSPORTS PUBLICS ET DE LA VOIRIE	
5.4.1 Nombre d'autorités organisatrices de transports (AOT).....	117
5.4.2 Nombre de schémas directeurs d'accessibilité (SDA) en cours d'élaboration ou approuvés	117
5.4.3 Pourcentage de lignes de transports urbains accessibles	117
5.4.4 Pourcentage de lignes de transports collectifs départementaux accessibles.....	117
5.4.5 Pourcentage de points d'arrêts/gares des lignes de transports urbains accessibles.....	117
5.4.6 Pourcentage de points d'arrêts/gares des lignes de transports collectifs départementaux accessibles	117
5.4.7 Nombre de plans de mise en accessibilité de la voirie et d'aménagement des espaces (PAVE) en cours d'élaboration	118
CONCEPT 5.5 : ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES	
5.5.1 Pourcentage d'équipements sportifs estimés accessibles	120
5.5.2 Nombre de licenciés dans les fédérations sportives pour personnes handicapées.....	121
5.5.3 Nombre de clubs sportifs proposant des activités physiques et sportives pour les personnes handicapées.....	121
CONCEPT 5.6 : TOURISME, CULTURE ET LOISIRS	
5.6.1 Nombre d'équipements touristiques labellisés « Tourisme et handicap ».....	122
5.6.2 Nombre d'agréments « Vacances adaptées organisées » délivrés.....	123
5.6.3 Nombre de séjours « Vacances adaptées organisées » organisés.....	123

CONCEPT 5.1 : GOUVERNANCE ET MISE EN ŒUVRE DE L'ACCESSIBILITE

DEFINITIONS ET REFERENCES

Au plan national, la délégation ministérielle à l'accessibilité (DMA) du ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer (MEEDDM) est chargée du suivi de l'application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 en matière d'accessibilité, et un observatoire de l'accessibilité est en cours de constitution.

Diverses instances ont été créées **au plan local** pour contrôler ou participer au suivi de la mise en œuvre des règles d'accessibilité : la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité (CCDSA) et la commission communale (ou intercommunale) pour l'accessibilité aux personnes handicapées. Par ailleurs, le conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH) participe au suivi des politiques locales en faveur du handicap.

Pour toutes les constructions ou travaux soumis à permis de construire, pour les immeubles d'habitation collectifs, les établissements recevant du public (ERP), les maisons individuelles qui ne sont pas réalisées pour le propre usage du maître d'ouvrage, **le contrôle de l'effectivité du respect des règles d'accessibilité** est assuré par un contrôle *a priori* au moment du dépôt du permis de construire, mais aussi *a posteriori*, une attestation étant établie par un architecte ou un bureau de contrôle, lors de la déclaration d'achèvement des travaux. Des sanctions administratives et pénales sont prévues en cas de non respect des règles d'accessibilité des ERP et des logements, mesures qui existaient déjà avant la loi de 2005 mais qui n'étaient pas appliquées.

Par ailleurs, **l'octroi d'aides publiques** destinées à financer la construction du cadre bâti ou le développement de systèmes de transports collectifs est conditionné au respect des règles d'accessibilité.

Les commissions consultatives départementales de sécurité et d'accessibilité (CCDSA), instituées en 1995, sont chargées d'examiner la conformité aux règles d'accessibilité et de sécurité incendie des établissements recevant du public (ERP), lors des demandes d'autorisation de travaux. La sous commission qui traite au sein de la CCDSA des problèmes d'accessibilité comprend, entre autres, des représentants d'associations de personnes handicapées. Cette sous commission a notamment pour mission d'examiner les dérogations aux règles d'accessibilité pour les ERP, les logements, les lieux de travail, la voirie et les espaces publics, ces dérogations étant déterminées de façon limitative sur le plan réglementaire. En matière de transports collectifs, les dérogations accordées sont conditionnées à la mise en place d'un service de substitution.

Des commissions de sécurité et d'accessibilité peuvent également être constituées par arrondissement, au niveau communal, ou intercommunal, par accord entre le représentant de l'Etat et le maire (ou le président de la communauté de commune) de la commune concernée, à condition que ce dernier dispose des services techniques compétents pour effectuer cette mission.

Par ailleurs, la loi de février 2005 a institué dans chaque commune ou communauté de communes de plus de 5 000 habitants, une **commission communale (ou intercommunale le cas échéant) pour l'accessibilité aux personnes handicapées (CCPH)** chargée de dresser le constat de l'état d'accessibilité du cadre bâti existant, de la voirie, des espaces publics et des transports, de faire des propositions pour améliorer cet état, et d'organiser un système de recensement des logements accessibles aux personnes handicapées. Cette commission est composée des représentants de la commune, d'associations d'usagers et d'associations de personnes handicapées.

Le **conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH)**, institué en 2002, est une instance consultative qui donne son avis et formule des propositions sur les orientations de la politique du handicap dans tous les domaines de la vie sociale et sur les mesures à mettre en œuvre pour assurer la coordination des interventions des différents partenaires. Cette assemblée, qui est présidée conjointement par le président du conseil général et le préfet, se réunit deux fois par an. Le conseil est informé du rapport de la CCDSA, de l'activité de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), de l'activité du groupe technique départemental chargé de suivre la scolarisation des enfants handicapés, de l'application du programme d'insertion professionnelle des personnes handicapées...

Textes de références :

- Commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité : Code de la construction et de l'habitation-CCH (R111-19-30)
- Commission communale pour l'accessibilité : Code général des collectivités territoriales (L2143-3)
- Conseil départemental consultatif des personnes handicapées : Code de l'action sociale et des familles (L146-2, D146-10*)
- Octroi d'aides publiques pour le cadre bâti : CCH (L111-7-1 à 4)
- Octroi d'aides publiques pour les services de transport public : article 45 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005
- Conformité de l'accessibilité : arrêtés des 22 mars 2007, 11 septembre 2007 et 3 décembre 2007

Concepts liés :

- Concept 5.2 : Accessibilité des établissements recevant du public (ERP)
- Concept 5.3 : Accessibilité des logements et locaux professionnels
- Concept 5.4 : Accessibilité des services de transports publics et de la voirie

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

5.1.1 Nombre de réunions de la sous commission accessibilité de la CCDSA

Nombre de réunions de la sous commission accessibilité de la CCDSA au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DMA	Enquête auprès des correspondants « accessibilité » des DDEA	Disponible sur demande auprès de la DMA		
D			Disponible sur demande auprès du correspondant accessibilité de la DDEA		

5.1.2 Nombre de CCDSA ayant produit un rapport d'activité

Nombre de CCDSA ayant produit un rapport d'activité au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DMA	Enquête auprès des correspondants « accessibilité » des DDEA	Disponible sur demande auprès de la DMA		
D			Disponible sur demande auprès du correspondant accessibilité de la DDEA		

5.1.3 Nombre de commissions communales ou intercommunales pour l'accessibilité aux personnes handicapées constituées (CCPH)

Nombre de commissions communales ou intercommunales pour l'accessibilité aux personnes handicapées constituées au 31 décembre de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DMA	Enquête auprès des correspondants « accessibilité » des DDEA	Disponible sur demande auprès de la DMA		
D			Disponible sur demande auprès du correspondant accessibilité de la DDEA		

5.1.4 Part des communes et EPCI de 5 000 habitants ou plus ayant constitué une commission pour l'accessibilité (CCPH)

Nombre de communes et d'Établissement public de coopération intercommunale (EPCI) compétents en matière de transport et d'aménagement de l'espace, dont la population est supérieure à 5 000 habitants, ayant constitué une commission pour l'accessibilité (indicateur 5.1.3), divisé par le nombre total de communes et d'Établissement public de coopération intercommunale (EPCI) compétents en matière de transport et d'aménagement de l'espace, dont la population est supérieure à 5 000 habitants, multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DMA	Enquête auprès des correspondants « accessibilité » des DDEA	Disponible sur demande auprès de la DMA		
D			Disponible sur demande auprès du correspondant accessibilité de la DDEA		

5.1.5 Nombre de rapports annuels des commissions pour l'accessibilité (CCPH) transmis au préfet

Nombre de rapports annuels des commissions pour l'accessibilité transmis au préfet, au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DMA	Enquête auprès des correspondants « accessibilité » des DDEA	Disponible sur demande auprès de la DMA		
D			Disponible sur demande auprès du correspondant accessibilité de la DDEA		

5.1.6 Nombre de contrôles a posteriori d'accessibilité du cadre bâti effectués

Nombre de contrôles a posteriori de la mise en accessibilité du cadre bâti effectués par les services du ministère du développement durable (MEEDDM) au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DMA	Enquête auprès des correspondants « accessibilité » des DDEA	Disponible sur demande auprès de la DMA		
D			Disponible sur demande auprès du correspondant accessibilité de la DDEA		

5.1.7 Nombre de réunions du conseil départemental consultatif des personnes handicapées

Nombre de réunions du conseil départemental consultatif des personnes handicapées ayant eu lieu au cours de l'année considérée.

Il n'existe pas de système d'information permettant de connaître le fonctionnement de ces conseils. Il est donc nécessaire de s'adresser directement à chaque conseil départemental consultatif pour disposer de ces informations.

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- Chaque année, la Délégation ministérielle à l'accessibilité (DMA) du Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer (MEEDDM) publie un bilan des actions entreprises dans ce domaine, et un Observatoire de l'accessibilité, chargé notamment de la définition des indicateurs de suivi de l'accessibilité est en cours de constitution. L'enquête réalisée pour la première fois en 2009 par la DMA auprès des « correspondants accessibilité » des Directions départementales de l'équipement et de l'agriculture (DDEA) permet de renseigner un certain nombre d'indicateurs, en particulier ceux concernant l'activité de la commission consultative départementale de la sécurité et de l'accessibilité (CCDSA) et des commissions communales pour l'accessibilité. Pour la première enquête concernant l'année 2008, les trois-quarts des départements ont renseigné ce questionnaire, sachant que certains indicateurs ne sont pas disponibles dans tous les départements. Le recueil des données devrait se généraliser progressivement à l'ensemble du territoire.
- En plus des indicateurs recueillis par les DDEA, il est possible de disposer des bilans d'accessibilité produits par la CCDSA ou par les commissions locales pour l'accessibilité (CCPH).

5.1.3 5.1.4 5.1.5 5.1.7 Les indicateurs dont on dispose concernant le fonctionnement des commissions communales pour l'accessibilité et du conseil départemental des personnes handicapées ne préjugent pas de la dynamique d'échanges portée par ces instances.

5.1.7 Les attributions du conseil départemental consultatif des personnes handicapées, copiloté par le président du conseil général et le préfet, sont très larges. Même si ce conseil n'a pas été créé spécifiquement pour assurer le suivi au plan départemental de l'accessibilité, il est destinataire des différents rapports d'évaluation des politiques publiques produits au plan départemental, et participe ainsi au suivi de ces politiques, en particulier en matière d'accessibilité.

SOURCES DE DONNEES

S8. Enquête auprès des correspondants accessibilité des DDEA (DMA)

CONCEPT 5.2 : ACCESSIBILITE DES ETABLISSEMENTS RECEVANT DU PUBLIC (ERP)

DEFINITIONS ET REFERENCES

Constituent des **établissements recevant du public (ERP)** tous bâtiments, locaux et enceintes dans lesquels sont admises des personnes dans un cadre professionnel ou de loisir : restaurants, cinémas, théâtres, magasins, écoles, hôpitaux, équipement sportifs, entreprises, bureaux... Environ 600 000 bâtiments sont ainsi recensés au plan national.

Ces différents établissements ont des obligations spécifiques en matière d'accessibilité, et de sécurité incendie, qui sont variables selon la catégorie auxquels ils appartiennent. Chaque ERP est **classé par le Service départemental d'incendie et de secours (SDIS) dans une des cinq catégories** suivantes, en fonction de l'importance du « public » accueilli :

- plus de 1 500 personnes (1^{ère} catégorie)
- de 701 à 1 500 personnes (2^{ème} catégorie)
- de 301 à 700 personnes (3^{ème} catégorie)
- 300 personnes et au dessous, à l'exception des établissements compris dans la cinquième catégorie (4^{ème} catégorie)
- établissements dans lesquels l'effectif du public est fixé par le règlement de sécurité pour chaque type d'exploitation -R123-14- (5^{ème} catégorie).

L'effectif pris en compte pour effectuer ce classement est déterminé en fonction des personnels travaillant dans l'établissement et du nombre de places assises du public accueilli, ou de la surface réservée au public. Les ERP font également l'objet d'un autre classement par les mêmes instances en matière de sécurité incendie, en 14 types différents (ex. : type J pour les structures d'accueil pour personnes âgées et handicapées, et type U pour les établissements de soins). Les règlements de sécurité imposent en particulier d'organiser les conditions d'évacuation de ces bâtiments, en toute sécurité.

L'obligation d'accessibilité concerne les cheminements extérieurs, le stationnement automobile, les points d'accueil du public, les circulations intérieures, les sanitaires, les équipements mobiliers intérieurs ou extérieurs... L'obligation d'accessibilité est immédiate pour les **ERP neufs** et ceux qui changent de destination (sauf pour les ERP de 5^{ème} catégorie occupés par des professions libérales). L'échéance pour la mise en conformité des autres ERP a été fixée au 1^{er} janvier 2015 par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, mais au 31 décembre 2010 pour les préfetures et les établissements d'enseignement supérieur appartenant à l'Etat.

Les **ERP existants** des quatre premières catégories doivent être intégralement accessibles et faire l'objet d'un diagnostic d'accessibilité avant le 1^{er} janvier 2011. Pour les ERP de 1^{re} et 2^e catégorie et les ERP de 3^e et 4^e catégorie appartenant à l'Etat ou à ses établissements publics, ce diagnostic doit être réalisé avant le 1^{er} janvier 2010. Les ERP classés en 5^{ème} catégorie (notamment les petits commerces) doivent organiser l'accès à l'ensemble des prestations offertes par l'établissement dans une partie du bâtiment accessible aux personnes handicapées.

En ce qui concerne les équipements publics dépendant de l'Etat, un certain nombre de ministères ont pris des dispositions particulières, souvent antérieures à la loi de 2005, pour favoriser l'accès des équipements dont ils ont la responsabilité aux personnes en situation de handicap. Le ministère de l'Education a ainsi créé un **observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité des établissements d'enseignement** chargé d'étudier les conditions de sécurité et d'accessibilité de ces établissements. Dans ce but, il initie périodiquement des enquêtes auprès des établissements scolaires. On peut citer également les initiatives du ministère chargé des sports et du ministère chargé du tourisme (voir concepts correspondants).

Textes de références :

- *Définition et classement des ERP : Code de la construction et de l'habitation-CCH (R123-2 et 19)*
- *Délivrance des autorisations de construire des ERP : CCH (R111-19-13 à 29)*
- *Dispositions générales concernant les ERP : CCH (R111-19-1 à 12)*
- *Dispositions techniques : arrêtés du 1^{er} août 2006, 20 mars 2007 et 30 novembre 2007*
- *Circulaire interministérielle n° DGUHC 2007-53 du 30 novembre 2007*
- *Dispositions relatives aux conditions d'évacuation dans les ERP : CCH (R123-3), arrêté du 24 septembre 2009*
- *Observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité des établissements d'enseignement : Code de l'éducation (D239-25 à 33)*

Concepts liés :

- Concept 5.1 : Gouvernance et mise en œuvre de l'accessibilité
- Concept 5.5 : Activités physiques et sportives des personnes handicapées
- Concept 5.6 : Tourisme, culture et loisirs

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

5.2.1 Nombre d'ERP dénombrés par les préfetures

Nombre d'ERP dénombrés par les services des préfetures, au 31 décembre de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
D	Préfecture	Recensement des ERP	Selon disponibilité auprès des préfetures		

5.2.2 Nombre de dossiers d'ERP présentés devant la CCDSA

Nombre de dossiers présentés devant la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité pour la conformité aux obligations d'accessibilité des ERP au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DMA	Enquête auprès des correspondants « accessibilité » des DDEA	Disponible sur demande auprès de la DMA		
D			Disponible sur demande auprès du correspondant accessibilité de la DDEA		

5.2.3 Nombre d'avis défavorables pour l'accessibilité des ERP, pris par la CCDSA

Nombre d'avis défavorables pris par la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité pour la conformité aux obligations d'accessibilité des ERP au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DMA	Enquête auprès des correspondants « accessibilité » des DDEA	Disponible sur demande auprès de la DMA		
D			Disponible sur demande auprès du correspondant accessibilité de la DDEA		

5.2.4 Nombre de dérogations aux obligations d'accessibilité des ERP accordées par la CCDSA

Nombre de dérogations aux obligations d'accessibilité concernant des ERP accordées par la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DMA	Enquête auprès des correspondants « accessibilité » des DDEA	Disponible sur demande auprès de la DMA		
D			Disponible sur demande auprès du correspondant accessibilité de la DDEA		

5.2.5 Pourcentage de collèges ayant réalisé un diagnostic d'accessibilité

Pourcentage de collèges ayant réalisé un diagnostic d'accessibilité au 1^{er} mai 2009.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	Observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité des établissements d'enseignement	Enquête « diagnostic accessibilité dans les collèges »	Rapport 2009 de l'observatoire		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

La plupart des ces indicateurs proviennent de l'enquête annuelle effectuée par la Délégation ministérielle à l'accessibilité (DMA) du Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer (MEEDDM). Pour la première enquête concernant l'année 2008, les trois-quarts des départements ont renseigné ce questionnaire, sachant que certains indicateurs ne sont pas disponibles dans tous les départements.

5.2.1 Les modes d'enregistrement des Etablissements recevant du public (ERP) peuvent être variables selon les préfetures. Ce recensement est effectué en lien avec les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS).

5.2.5 Les établissements d'enseignement, qu'ils soient gérés par les communes, les départements, les régions, l'Etat, les universités ou des organismes privés sont classés parmi les établissements recevant du public (ERP) et relèvent des mêmes règles que les autres ERP en matière de sécurité et d'accessibilité. L'observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité des établissements d'enseignement initie périodiquement des enquêtes dans les établissements scolaires et d'enseignement supérieur et fait des propositions d'amélioration. L'observatoire a compétence sur les écoles et les établissements du second degré, publics et privés, relevant du ministère de l'Education et du ministère de l'Agriculture, ainsi que sur les établissements d'enseignement supérieur publics.

Une première enquête a été effectuée en 2009 auprès de l'ensemble des conseils généraux concernant la mise en œuvre de l'accessibilité dans les collèges. Les résultats seront diffusés au cours de l'année 2010.

D'autres enquêtes ont pu également être menées au plan local à l'initiative des différents gestionnaires des établissements d'enseignement.

SOURCES DE DONNEES

S8. Enquête auprès des correspondants « accessibilité » des DDEA (DMA)

S38. Enquête « diagnostic accessibilité dans les collèges » (Observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité des établissements d'enseignement)

S96. Recensement des établissements recevant du public (Préfecture)

CONCEPT 5.3 : ACCESSIBILITE DES LOGEMENTS ET DES LOCAUX PROFESSIONNELS

DEFINITIONS ET REFERENCES

En application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, un ensemble de textes réglementaires a été adopté, fixant les obligations d'accessibilité pour les bâtiments d'habitation. Des prescriptions techniques, qui ont été définies en concertation avec les associations de personnes handicapées, sont applicables aux opérations de construction d'habitation collective et de maisons individuelles dont les demandes de permis de construire ont été déposées à compter du 1^{er} janvier 2007.

Comme les logements, les **locaux professionnels** doivent être accessibles aux personnes handicapées. Mais les spécifications techniques déterminant les règles techniques d'accessibilité des locaux professionnels ne seront connues qu'en 2010.

Un logement est considéré comme accessible s'il respecte les nouvelles obligations du code de la construction et de l'habitation (CCH). Cela nécessite qu'il dispose d'un cheminement extérieur et intérieur accessibles permettant d'atteindre la porte d'entrée du logement. Par ailleurs, la cuisine, le séjour, une chambre, un WC et une salle d'eau doivent avoir des caractéristiques dimensionnelles permettant leur utilisation (moyennant des aménagements ultérieurs éventuels) par une personne handicapée.

Les logements collectifs neufs doivent être accessibles à l'extérieur du logement (accès et abords du bâtiment, parties communes, places de stationnement) et à l'intérieur de celui-ci (circulations, portes et dispositifs de commande). De plus, les logements situés en rez-de-chaussée ou en étages desservis par un ascenseur doivent permettre à une personne handicapée d'utiliser la cuisine, le séjour, une chambre, un cabinet d'aisances, une salle d'eau. L'obligation d'accessibilité pour **les maisons individuelles neuves** ne concerne que les constructions destinées à être louées, mises à disposition ou vendues. Cette obligation ne concerne pas les constructions dont le propriétaire a entrepris la construction ou la réhabilitation pour son propre compte. L'obligation d'accessibilité concerne les situations extérieures, le logement, et le cas échéant une place de stationnement automobile.

Les logements collectifs existants doivent être rendus accessibles, selon les mêmes règles, en cas de réhabilitation importante (modification, extension, changement de destination) c'est-à-dire lorsque le rapport du coût des travaux à la valeur du bâtiment est supérieur ou égal à 80 %.

Textes de références :

- *Accessibilité des logements collectifs : Code de la construction et de l'habitation-CCH (R111-18-1 à 3)*
- *Accessibilité des maisons individuelles : CCH (R111-18-4 à 7)*
- *Autres dispositions concernant les bâtiments d'habitation (rénovation...) CCH (R118-8 à 11)*
- *Dispositions techniques concernant l'accessibilité des logements : arrêtés du 1^{er} août 2006, 20 mars 2007 et 30 novembre 2007*
- *Circulaire interministérielle n° DGUHC 2007-53 du 30 novembre 2007*

Concepts liés :

- Concept 5.1 : Gouvernance et mise en œuvre de l'accessibilité

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

5.3.1 Nombre de commissions communales pour l'accessibilité ayant réalisé un système de recensement de l'offre de logements accessibles

Nombre de commissions communales pour l'accessibilité ayant réalisé un système de recensement de l'offre de logements adaptés, au 31 décembre de l'année considérée

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DMA	Enquête auprès des correspondants « accessibilité » des DDEA	Disponible sur demande auprès de la DMA		
D			Disponible sur demande auprès du correspondant accessibilité de la DDEA		

5.3.2 Nombre de dossiers d'accessibilité pour des bâtiments d'habitation instruits par la CCDSA

Nombre de dossiers d'accessibilité pour des bâtiments d'habitation instruits par la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DMA	Enquête auprès des correspondants « accessibilité » des DDEA	Disponible sur demande auprès de la DMA		
D			Disponible sur demande auprès du correspondant accessibilité de la DDEA		

5.3.3 Nombre de dérogations aux obligations d'accessibilité des bâtiments d'habitation accordées par la CCDSA

Nombre de dérogations aux obligations d'accessibilité pour des bâtiments d'habitation accordées par la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DMA	Enquête auprès des correspondants « accessibilité » des DDEA	Disponible sur demande auprès de la DMA		
D			Disponible sur demande auprès du correspondant accessibilité de la DDEA		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- Seuls les immeubles d'habitation collectifs et les maisons individuelles qui ne sont pas réalisées pour le propre usage du maître d'ouvrage sont soumis aux obligations en matière d'accessibilité. Le contrôle de l'effectivité du respect des règles d'accessibilité pour ces bâtiments est assuré a priori au moment de l'autorisation de construire, mais aussi a posteriori, une attestation étant établie par un architecte ou un bureau de contrôle, lors de la déclaration d'achèvement des travaux.
- Les différents indicateurs de ce concept proviennent de l'enquête annuelle effectuée par la Délégation ministérielle à l'accessibilité (DMA) du Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer (MEEDDM). Pour la première enquête concernant l'année 2008, les trois-quarts des départements ont renseigné ce questionnaire, sachant que certains indicateurs ne sont pas disponibles dans tous les départements.

SOURCES DE DONNEES

S8. Enquête auprès des correspondants « accessibilité » des DDEA (DMA)

DEFINITIONS ET REFERENCES

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 a étendu les dispositions prévues par la loi du 30 juin 1975 destinées à favoriser l'accessibilité des transports aux personnes handicapées, en posant un nouveau principe de continuité de la chaîne du déplacement, afin d'éliminer toute rupture dans les déplacements des personnes atteintes d'un handicap, quel qu'il soit. « *La chaîne du déplacement, qui comprend le cadre bâti, la voirie, l'aménagement des espaces publics, les systèmes de transport et leur intermodalité, est organisée pour permettre une accessibilité totale pour les personnes handicapées ou à mobilité réduite* ». Ce principe prend en compte l'ensemble des personnes à mobilité réduite : personnes handicapées quel que soit leur handicap, personnes ayant des difficultés pour utiliser les transports publics, personnes de petite taille, personnes transportant des bagages lourds, personnes âgées, femmes enceintes, personnes avec enfants et poussettes.

Les transports collectifs devront être accessibles dans un délai de dix ans soit au plus tard le 11 février 2015. L'obligation d'accessibilité est immédiate pour les nouveaux réseaux, ainsi que pour les matériels roulants acquis lors d'un renouvellement de matériel ou à l'occasion de l'extension des réseaux. Elle concerne l'ensemble des éléments constitutifs du système de transport : matériels roulants, aménagements et équipement des installations d'accès aux véhicules, emplacements d'arrêts, gares, correspondances et échanges entre les différentes lignes de transports publics. Les possibilités de dérogation concernent uniquement les réseaux de transport souterrain guidés existants et l'impossibilité technique avérée. Des services de substitution doivent alors être mis en place dans un délai de trois ans. Les gares et infrastructures recevant du public doivent répondre aux obligations d'accessibilité des établissements recevant du public. **Les autorités organisatrices de transports -AOT-** (services de transports urbains, services de transport non urbain d'intérêt départemental, services de transport d'intérêt régional, services d'intérêt national relevant de l'Etat) doivent définir un **schéma directeur d'accessibilité** de leurs services avant le 11 février 2008. Ce schéma fixe la programmation des opérations de mise en accessibilité et précise les modalités de leur mise en œuvre.

En matière de transports aériens, le règlement européen interdit aux transporteurs aériens de refuser le transport d'une personne handicapée, sauf pour respecter des exigences de sécurité ou si la taille de l'aéronef rend physiquement impossible l'embarquement. Ce règlement établit le principe d'une assistance spécifique et gratuite aux personnes handicapées ou à mobilité réduite dans les aéroports de l'Union européenne afin qu'elles puissent prendre l'avion.

Un **plan de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics** doit être établi pour chaque commune avant le 23 décembre 2009. Ce plan, établi par la commune ou un établissement public de coopération intercommunale, porte notamment sur les dispositions susceptibles de rendre accessible aux personnes handicapées et à mobilité réduite l'ensemble des circulations piétonnes et des aires de stationnement automobiles situées sur le territoire de la commune, ainsi que les conditions et délais de réalisation des équipements prévus (cheminements, passages pour piétons, feux de signalisation, bornes et poteaux, escaliers, signalétique et information, postes d'appel d'urgence, stationnements, emplacements d'arrêt de véhicules de transports collectifs). Les associations représentatives de personnes handicapées ou à mobilité réduite et les commerçants implantés sur la commune sont, à leur demande, associés à son élaboration. Le plan de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics fait partie intégrante du plan de déplacements urbains (PDU) lorsque celui-ci existe. Depuis le 1er juillet 2007, tous les travaux de réhabilitation ou d'aménagements nouveaux de la voirie et des espaces publics doivent être réalisés de manière à permettre l'accessibilité aux personnes handicapées de ces voiries et espaces.

Textes de références :

Transports collectifs :

- décret 78-1167 du 9 décembre 1978,
- loi du 30 décembre 1982 d'orientation des transports intérieurs,
- directive du 13 avril 2006 relative à l'application de la loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'accessibilité des services de transport public terrestres de personnes handicapées et à mobilité réduite,
- arrêté du 3 mai 2007 modifiant l'arrêté du 2 juillet 2002 relatif aux transports en commun de personnes.
- Annexe II de l'arrêté, arrêté du 18 janvier 2008 relatif à l'accessibilité des véhicules de transport public guidé urbain aux personnes handicapées et à mobilité réduite, arrêté du 30 juillet 2008

Voirie :

- décret 78-1167 du 9 décembre 1978,
- loi n° 91-663 du 13 juillet 1991 portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées,
- décret n° 2006-1657 du 21 décembre 2006 relatif à l'accessibilité de la voirie et des espaces publics,

- décret ° 2006-1658 du 21 décembre 2006 relatif aux prescriptions techniques pour l'accessibilité de la voirie et des espaces publics,
- arrêté du 15 janvier 2007 portant application du décret n° 2006-1658
- **Transports aériens** : règlement (CE) n° 1107/2006 du Parlement européen et du conseil du 5 juillet 2006.

Concepts liés :

- Concept 5.2 : Accessibilité des établissements recevant du public (ERP)

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

5.4.1 Nombre d'autorités organisatrices de transport (AOT)

Nombre d'autorités organisatrices de transport dans le département considéré, à une date donnée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DMA	Enquête auprès des correspondants « accessibilité » des DDEA	Disponible sur demande auprès de la DMA		
D			Disponible sur demande auprès du correspondant accessibilité de la DDEA		

5.4.2 Nombre de schémas directeurs d'accessibilité (SDA) en cours d'élaboration ou approuvés

Nombre de schémas directeurs d'accessibilité en cours d'élaboration ou approuvés au 31 décembre de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DMA	Enquête auprès des correspondants « accessibilité » des DDEA	Disponible sur demande auprès de la DMA		
D			Disponible sur demande auprès du correspondant accessibilité de la DDEA		

5.4.3 Pourcentage de lignes de transports collectifs urbains accessibles

Nombre de lignes de transports urbains accessibles divisées par le nombre total de lignes de transports urbains, et multiplié par 100, à une date donnée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE et par réseau	CERTU	Enquête TCU	Disponible sur demande auprès du CERTU		

5.4.4 Pourcentage de lignes de transports collectifs départementaux accessibles

Nombre de lignes de transports collectifs départementaux accessibles divisées par le nombre total de lignes de transports collectifs départementaux, et multiplié par 100, à une date donnée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE et par réseau	CERTU	Enquête TCD	Disponible sur demande auprès du CERTU		

5.4.5 Pourcentage de points d'arrêts/gares des lignes de transports urbains accessibles

Nombre de lignes de points d'arrêts/gares des lignes de transports urbains accessibles divisées par le nombre total de point d'arrêts/gares des lignes de transport urbain, et multiplié par 100, à une date donnée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE et par réseau	CERTU	Enquête TCU	Disponible sur demande auprès du CERTU		

5.4.6 Pourcentage de points d'arrêts/gares des lignes de transports collectifs départementaux accessibles

Nombre de lignes de points d'arrêts/gares des lignes de transports collectifs départementaux accessibles divisées par le nombre total de point d'arrêts/gares des lignes de transports collectifs départementaux, multiplié par 100, à une date donnée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE et par réseau	CERTU	Enquête TCD	Disponible sur demande auprès du CERTU		Annuelle

5.4.7 Nombre de plan de mise en accessibilité de la voirie et d'aménagement des espaces publics (PAVE) en cours d'élaboration

Nombre de plan de mise en accessibilité de la voirie et d'aménagement des espaces publics (PAVE) en cours d'élaboration au 31 décembre de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DMA	Enquête auprès des correspondants	Disponible sur demande auprès de la DMA		
D		« accessibilité » des DDEA	Disponible sur demande auprès du correspondant accessibilité de la DDEA		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

L'enquête nationale sur les transports et les déplacements (ENTD), pilotée par le Service de l'observation et des statistiques (SOeS) du MEDDM peut également être utilisée pour mieux connaître les difficultés de déplacement des personnes en situation de handicap. L'enquête ENTD, réalisée en face à face, renseigne sur les déplacements des ménages et leur usage des transports tant collectifs qu'individuels. La dernière enquête a eu lieu en 2007-2008 et la précédente en 1993-1994. L'enquête 2007-2008 est basée sur un échantillon de 20 000 ménages dont la moitié correspond à des extensions régionales réalisées en Ile-de-France, Pays de la Loire, Bretagne, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées. Les résultats seront diffusés à partir de 2010. L'enquête 2007-2008 comprend des questions relatives aux gênes rencontrées en matière de déplacements hors du domicile, à l'origine de ces gênes (problème de santé de longue durée ou temporaire, utilisation de la langue...) et aux circonstances pour lesquelles la personne est gênée, autant de variables qui peuvent être croisées avec les autres questionnements de l'enquête.

De nombreuses villes réalisent périodiquement des enquêtes sur les déplacements des ménages, en complément des enquêtes effectuées au plan national, selon une méthodologie standardisée proposée par le CERTU. Certaines de ces enquêtes contiennent des éléments relatifs aux difficultés de déplacements des personnes en situation de handicap.

La région Ile-de-France est celle dans laquelle la proportion d'habitants ayant recours aux transports en commun est la plus forte et des enquêtes sur les déplacements des habitants y sont régulièrement conduites. Certaines de ces enquêtes comportent des questionnements sur les comportements en matière de déplacements des personnes en situation de handicap.

En janvier 2002, l'association des maires de France (AMF), l'assemblée des départements de France (ADF) et l'association des régions de France (ARF) ont signé une charte des services publics locaux, à la suite de laquelle ont été définis et mis en place des indicateurs de performance des services publics locaux, qui concernent en particuliers les transports collectifs. On y trouve notamment les indicateurs suivants - Part des points d'arrêt/gare accessibles, Existence d'un service spécialisé desservant l'intégralité du territoire -.

5.4.1 On dénombre environ 200 Autorités organisatrices de transports (AOT) en France, soit un faible nombre d'AOT par département. Les collectivités territoriales (communes, communautés de communes, départements, régions) sont des AOT au sens de la loi du 30 décembre 1982 d'orientation des transports intérieurs.

5.4.3 à **5.4.6** Le Centre d'Etudes sur les Réseaux, les Transports, l'Urbanisme et les constructions publiques (CERTU) de Lyon réalise chaque année deux enquêtes concernant l'une les transports collectifs urbains (TCU) et l'autre les transports collectifs départementaux (TCD). Les autorités organisatrices de transport (AOT) et les exploitants sont interrogés en particulier sur les données administratives et juridiques des AOT, sur le parc de véhicules (véhicules spécialisés pour les personnes à mobilité réduite - PMR) et les caractéristiques du réseau en matière d'accessibilité.

Une ligne de bus est considérée comme accessible dans l'enquête TCU si les bus sont en plancher bas, ont une palette, possèdent un espace pour fauteuils roulants, et si les points d'arrêt sont aménagés en fonction des équipements du bus (agenouillement notamment). Un point d'accueil est considéré comme accessible si il est aménagé pour en garantir l'accès aux personnes à mobilité réduite (PMR) de façon permanente ou temporaire (accès physique, sensoriel et cognitif) desservi par du matériel roulant accessible tel que prévu au schéma directeur accessibilité.

Lignes de bus et points d'arrêts/gares sont considérés comme accessibles dans l'enquête TCD si ces derniers sont accessibles aux fauteuils roulants.

L'Union des transports publics et ferroviaires (UTP) réalise elle aussi une enquête, tous les deux ans, auprès de ses adhérents (opérateurs de réseaux de transports publics urbains) à propos notamment des caractéristiques de leur parc. L'enquête Parc permet de connaître la proportion de véhicules accessibles pour différents équipements. Les critères d'accessibilité pris en compte sont plus larges que ceux retenus dans l'enquête CERTU, avec une ventilation selon la nature des équipements (annonce visuelle, annonce sonore, espace utilisateur fauteuil roulant, système d'agenouillement, palette rétractable, plancher bas).

SOURCES DE DONNEES

- S6. Enquête transports collectifs départementaux - TCD (CERTU)
- S7. Enquête transports collectifs urbains - TCU (CERTU)
- S8. Enquête auprès des correspondants « accessibilité » des DDEA (DMA)

CONCEPT 5.5 : ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES

DEFINITIONS ET REFERENCES

Les grandes orientations de l'Etat dans le domaine de la politique sportive pour les personnes handicapées concernent l'accessibilité des équipements sportifs, et l'accès des personnes handicapées à la pratique sportive.

Le ministère chargé des sports a initié en 2004 un **recensement national des équipements sportifs** (RES), espaces et sites de pratique, afin de répertorier les équipements selon leurs caractéristiques techniques, leurs caractéristiques d'usage et leur niveau de classement fédéral. Le RES renseigne également sur le degré d'accessibilité de ces équipements, sachant que les équipements sportifs sont soumis de ce point de vue aux mêmes règles que les autres ERP.

Parmi les diverses mesures destinées à faciliter la pratique sportive des personnes handicapées, qui ont notamment été prises sous l'impulsion des Etats généraux du sport (2002), on peut citer :

- la constitution d'un pôle ressources national « sports et handicaps » chargé de diffuser, valoriser et renforcer les actions en matière d'accès aux pratiques sportives pour les personnes handicapées, et la désignation des correspondants dans les régions, les départements et établissements du Ministère
- la nomination de conseillers techniques sportifs auprès des fédérations sportives spécifiques (Fédération française handisport et Fédération française du sport adapté),
- la désignation dans 60 % des fédérations olympiques dites « valides » d'un responsable de la mission « sport et handicap ».

L'**annuaire Handiguide**, mis en place par le ministère chargé des sports en lien avec le pôle ressource national « sports et handicaps », référence sur demande des structures qui proposent des activités physiques et sportives pour les personnes en situation de handicap.

Textes de références :

- RES : Code du sport (L312-2), instruction n° 05-179 JS du 29 août 2005
- Accessibilité : instruction 05-087JS du 8 avril 2005

Concepts liés :

- Concept 5.2 : Accessibilité des établissements recevant du public

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

5.5.1 Pourcentage d'équipements sportifs estimés accessibles

Pourcentage d'équipements sportifs estimés accessibles pour les personnes à mobilité réduite et/ou les personnes ayant un handicap sensoriel, à une date donnée.

Cet indicateur est décliné selon les zones d'équipements (vestiaires, tribunes/gradins, sanitaires publics, sanitaires sportifs, aires d'évolution), les familles d'équipements, les activités sportives.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D, ID	Ministère chargé des sports	RES	Disponible sur le site internet http://www.res.jeunesse-sports.gouv.fr/	Depuis 2005	Fichier permanent

5.5.2 Nombre de licenciés dans les fédérations sportives pour personnes handicapées

Nombre de licenciés dans les fédérations sportives pour personnes handicapées (fédération handisport et fédération du sport adapté), pour une année donnée.

Cet indicateur est décliné pour chaque fédération selon le sexe.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	Ministère chargé des sports - MEOS	Recensement auprès des fédérations sportives agréées	Disponible sur le site internet du ministère chargé des sports	Depuis 2000	Annuelle

5.5.3 Nombre de clubs sportifs proposant des activités physiques et sportives pour les personnes handicapées

Nombre de structures sportives proposant des activités physiques et sportives pour les personnes handicapées, à une date donnée.

Cet indicateur est décliné selon le type de handicap (auditif, mental et psychique, polyhandicap, physique, visuel, autres) et la discipline sportive.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D, ID	Pôle ressources national Sports et handicaps	Handiguide	Disponible sur le site internet Handiguide		Fichier permanent

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

Les données disponibles ne permettent pas de disposer d'une vision exhaustive de l'accès à la pratique sportive des personnes handicapées et de l'accessibilité des équipements sportifs. La politique en faveur du développement de la pratique sportive en France s'appuie en effet sur un ensemble de dispositifs visant à promouvoir des initiatives à l'échelon local qui ne font pas actuellement l'objet d'un recueil spécifique.

5.5.1 Le recensement national des équipements sportifs est exhaustif. Le RES est géré par la mission RES au bureau des équipements sportifs (DSB-3) et mis à jour par les référents RES des services chargés des Sports au plan départemental et régional. Toutefois, l'évaluation de l'accessibilité pour les personnes handicapées réalisée par les enquêteurs lors de la phase initiale de collecte des données s'est avérée difficile, laissant une part importante de subjectivité à l'appréciation de l'évaluateur. Un projet piloté par le pôle ressources national « sports et handicaps » à la demande du ministère chargé des sports est en cours pour améliorer le dispositif de recueil de l'information sur l'accessibilité. Néanmoins, le critère d'accessibilité estimée est un critère d'interrogation de la base de données et permet de réaliser des statistiques géo-référencables.

5.5.2 Cet indicateur rend compte de la pratique sportive licenciée dans les clubs sportifs affiliés aux fédérations spécifiques (FFF de sport adapté et FF Handisports). Il ne reflète pas l'ensemble de la pratique sportive des personnes handicapées. En effet, les personnes handicapées peuvent être licenciées dans une fédération autre qu'une fédération de sport adapté. Par ailleurs, elles peuvent pratiquer une activité sportive de façon autonome en dehors de toute fédération.

5.5.3 Cet indicateur ne recense pas l'ensemble des clubs sportifs qui proposent des activités aux personnes handicapées. En effet, l'inscription à l'annuaire Handiguide repose sur une démarche volontaire des clubs sportifs.

SOURCES DE DONNEES

S39. Recensement des équipements et des sites de pratiques sportives - RES (Ministère chargé des sports)

S40. Handiguide (MEOS)

S41. Recensement auprès des fédérations sportives agréées (MEOS)

CONCEPT 5.6 : TOURISME, CULTURE ET LOISIRS

DEFINITIONS ET REFERENCES

L'action de l'Etat en faveur de l'accès au tourisme des personnes handicapées s'appuie principalement sur deux démarches distinctes : la labellisation des équipements touristiques et l'instauration d'un agrément pour les organisateurs de vacances adaptées.

Le label « Tourisme et handicap » vise à améliorer l'information des personnes handicapées sur les sites touristiques accessibles et à encourager le développement d'une offre touristique adaptée. Créé en 2001, il permet d'identifier les lieux de vacances et d'activités de loisirs accessibles pour les personnes handicapées selon le type de handicap (moteur, sensoriel ou mental). Ce label résulte d'un partenariat entre le ministère chargé du tourisme, les professionnels du secteur et les associations représentant les personnes handicapées. L'association « Tourisme et handicaps » est chargée d'assurer la coordination nationale du dispositif. Le label « Tourisme et handicap » repose sur une démarche volontaire des professionnels du tourisme et des loisirs comprenant une évaluation par des équipes composées de professionnels du tourisme et de représentants des personnes handicapées, à l'aide d'un cahier des charges national. Le label est attribué pour cinq ans par une commission nationale. Il s'adresse aux établissements d'hébergement, à la restauration, aux sites de loisirs (parcs à thème, équipements sportifs, salles de spectacles...) et aux sites touristiques (sites naturels, monuments, musées...).

Une convention nationale a également été signée entre le ministère chargé du tourisme et le ministère chargé de la culture afin de développer la labellisation des lieux de culture et de l'offre culturelle.

L'agrément vacances adaptées organisées vise à encadrer l'organisation et la vente de séjours de vacances en groupe pour les personnes handicapées. Il s'adresse à toute personne physique ou morale qui organise, en les réalisant ou en les faisant réaliser, des activités de vacances avec hébergement d'une durée supérieure à cinq jours destinées spécifiquement à des groupes constitués de trois personnes handicapées ou plus. L'agrément est délivré par le préfet de région pour trois ans. Chaque séjour doit ensuite faire l'objet d'une déclaration auprès des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) des départements où il est organisé, afin de permettre une éventuelle visite d'inspection. Les établissements et services médico-sociaux qui organisent des séjours de vacances pour leurs usagers dans le cadre de leur activité sont dispensés de l'agrément.

Textes de références :

- Agrément vacances adaptées : Code du tourisme (L412-2, R412-8 à R412-17)
- Décret n° 2005-1759 du 29 décembre 2005 relatif à l'agrément « vacances adaptées organisées »
- Circulaire n° 2006/190/DGAS/SD3 relative à l'organisation des séjours pour vacances adaptées
- Arrêté du 28 juin 2007 relatif à la déclaration des séjours agréés « vacances adaptées organisées »

Concepts liés :

- Concept 5.2 : Accessibilité des établissements recevant du public

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

5.6.1 Nombre d'équipements touristiques labellisés « Tourisme et handicap »

Nombre d'équipements touristiques labellisés « Tourisme et handicap », à une date donnée.

Cet indicateur est décliné selon le type de handicap (moteur, visuel, auditif, mental) et les activités proposées (sports, culture, tourisme, animation, hébergement).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	Association Tourisme et handicap	Liste des sites labellisés « Tourisme et handicap »	Disponible sur le site internet de FranceGuide		Fichier permanent

5.6.2 Nombre d'agrément « Vacances adaptées organisées » délivrés

Nombre d'agrément Vacances adaptées organisées (VAO) délivrés par les préfets au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R	DGCS	Dispositif « Vacances adaptées organisées »	Disponible sur demande auprès de la DGCS		
R			Disponible sur demande auprès des DRASS		

5.6.3 Nombre de séjours « Vacances adaptées organisées » déclarés

Nombre de séjours Vacances adaptés organisées (VAO) déclarés auprès des DDASS au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	DGCS	Dispositif « Vacances adaptées organisées »	Disponible sur demande auprès de la DGCS		
R			Disponible sur demande auprès des DDASS		

INTERETS, LIMITES

5.6.1 L'obtention du label Tourisme et handicap repose sur une démarche volontaire des professionnels du secteur du tourisme et des loisirs. Ce label ne répertorie donc pas l'ensemble des sites accessibles. La promotion de ce label est toutefois soutenue par les pouvoirs publics, notamment dans le cadre d'une coopération interministérielle. Par ailleurs, certaines aides financières de l'état pour la rénovation du tourisme social sont conditionnées à une mise en accessibilité des sites pour l'obtention du label. L'évolution du nombre de sites touristiques labellisés constitue à ce titre un indicateur intéressant du développement de l'accessibilité dans les établissements touristiques et de loisirs.

SOURCES DE DONNEES

S9. Dispositif « Vacances adaptées organisées » (DGCS)

S79. Liste des sites labellisés « Tourisme et handicap » (Association Tourisme et handicap)

6

PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels ou collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie ou d'accident.

► Dans ce domaine, la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), bien qu'ancienne, continue à faire référence. L'OMS distingue ainsi, selon un repérage chronologique, trois dimensions. La prévention primaire tout d'abord qui intervient avant l'apparition des problèmes de santé pour empêcher l'apparition de la maladie (éducation, information...). La prévention secondaire désigne quant à elle les actions conduites une fois que la maladie ou la lésion organique est présente, même si celle-ci est silencieuse, afin de réduire la durée d'évolution de la maladie (dépistage, mise en route des traitements...). Enfin, la prévention tertiaire vise, une fois la maladie apparue, à limiter ou diminuer les conséquences de la maladie et à éviter les rechutes et séquelles (rééducation, réinsertion professionnelle et sociale...)

► La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 a défini, quant à elle, la politique de prévention du handicap de la manière suivante : « *L'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de protection sociale mettent en œuvre des politiques de prévention, de réduction et de compensation des handicaps et les moyens nécessaires à leur réalisation qui visent à créer les conditions collectives de limitation des causes du handicap, de la prévention des handicaps se surajoutant, du développement des capacités de la personne handicapée et de la recherche de la meilleure autonomie possible...* » (article L114-3, code de l'action sociale et des familles).

► A partir de ces deux approches, les politiques de prévention du handicap et de la dépendance peuvent être envisagées dans une double perspective, selon que l'on se situe en amont ou en aval de la survenue du handicap.

En amont, les politiques de prévention visent à agir sur les causes de handicap - notamment par la prévention des maladies et des accidents, mais aussi par le dépistage* et la prise en charge de ces maladies - c'est la prévention primaire, secondaire et tertiaire des maladies causales du handicap.

En aval, il s'agit de réduire les conséquences des maladies en termes de limitation d'activité et de restriction de participation à la vie en société.

La prévention concerne donc toutes les étapes de la maladie et du handicap, et son champ est par essence illimité. On peut en rapprocher la prévention des accidents de la circulation, du travail, de la vie domestique, la prévention des maladies cardio-vasculaires, des cancers, etc. Parmi les 100 objectifs de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, plus du quart de ces objectifs ont en réalité un lien direct avec les situations de handicap, que ce soit dans le domaine de la périnatalité, de l'exposition aux bruits, des contraintes articulaires, du dépistage des troubles visuels et auditifs, des démences... Dans ce contexte, il est indispensable de définir avec précision le périmètre de la thématique.

► Dans cette première version du guide, il a été décidé d'inclure dans la thématique T6, malgré son caractère très transversal, uniquement les indicateurs non pris en compte dans les autres thématiques. Ainsi, les indicateurs déjà documentés dans les autres parties du guide, et notamment ceux afférents à la prévalence des situations de handicap (Thématique 1), aux aides techniques et à la compensation du handicap (Thématique 7), qui participent pourtant de la prévention tertiaire, n'ont pas été repris dans la présente thématique.

Ont également été exclus les indicateurs concernant les actions de prévention ne s'adressant pas directement au handicap : accidentologie routière, accidents du travail et de la vie domestique, maladies cardio-vasculaires, cancers...

Les concepts proposés pour cette thématique ont finalement été construits selon une double approche, en fonction de l'âge de survenue des déficiences d'une part (naissance, petite enfance et vieillissement), et selon le type de déficiences d'autre part.

Les deux premiers concepts concernent ainsi la période périnatale (concept 6.1), et le dépistage des anomalies et des déficiences à l'occasion des examens de santé obligatoires de la petite enfance (concept 6.2), alors que le concept 6.7 présente des indicateurs sur la prévention des incapacités liées au vieillissement.

Une deuxième approche est proposée par types de déficiences en distinguant les déficiences visuelles (concept 6.3), auditives (concept 6.4), motrices (concept 6.5), et mentales, cognitives et psychiques (concept 6.6). La prévention des situations de handicap et de dépendance passe par une meilleure prise en compte des différents problèmes qui contribuent à réduire l'autonomie des personnes en termes de malvoyance, de pertes auditives, de déficiences motrices... Les limitations d'activité des personnes âgées ou handicapées ne se résument pas, en effet, à un simple score global de dépendance, malgré le caractère multidimensionnel des situations de handicap, en particulier chez les personnes âgées.

Cette approche par type de déficiences apparaît d'autant plus nécessaire que l'on observe des disparités importantes en matière d'accès des populations aux stratégies de compensation, à problèmes fonctionnels équivalents. Certains auteurs estiment qu'un meilleur accompagnement des problèmes fonctionnels courants (aides techniques, aménagements, rééducation...) permettrait à un plus grand nombre de personnes en situation de handicap de conserver une plus grande autonomie¹, en prenant en compte notamment les besoins spécifiques associés à chaque type de déficience.

► Par nature, cette thématique est transversale, et de nombreux liens peuvent être établis avec les autres thématiques. En tout premier lieu, il est nécessaire de faire référence à la thématique de « connaissance des publics en situation de handicap et de dépendance-T1 » qui pose les concepts utilisés dans le guide, et présente notamment les concepts de déficiences et de limitations d'activité.

Le dépistage et le diagnostic des situations de handicap reposent également sur l'action des Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP, concept 8.4), et des Centres de ressources (concept 2.4).

* Un dépistage est un examen de santé qui vise à détecter, auprès de personnes apparemment en bonne santé, des maladies asymptomatiques, des anomalies ou des facteurs de risque. Le dépistage ne constitue pas un diagnostic : les personnes pour lesquelles le résultat est positif ou douteux doivent bénéficier d'examens complémentaires pour confirmer le diagnostic avant de déterminer les traitements éventuellement nécessaires. Ces examens peuvent être pratiqués ponctuellement par un professionnel de santé dans le cadre du suivi courant de ses patients, ou dans le cadre de programmes collectifs (programme de dépistage). Ces programmes visent à rechercher systématiquement les personnes susceptibles d'être atteintes par une maladie ou un facteur de risque ciblé, dans le cadre de protocoles standardisés proposés à des sous groupes de population définis en fonction de critères d'âge (par exemple pendant la grossesse, à la naissance, à six ans...) ou de facteurs de risque pour les pathologies recherchées.

¹ Vieillesse et restrictions d'activité : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels. E. Cambois, J.M. Robine. DREES, *Etudes et Résultats*, n° 261, 2003, 12 p.

CONCEPT 6.1 : PÉRIODE PÉRINATALE

6.1.1 Proportion de naissances prématurées	131
6.1.2 Proportion de femmes enceintes ayant bénéficié d'un examen de dépistage du risque de trisomie 21	131
6.1.3 Nombre de cas dépistés par le dépistage néonatal	131
6.1.4 Nombre d'enfants présentant une anomalie congénitale lors de l'examen médical effectué dans les 8 jours suivant la naissance	131

CONCEPT 6.2 : DÉPISTAGE DES ANOMALIES ET DES DÉFICIENCES À L'OCCASION DES EXAMENS DE SANTÉ OBLIGATOIRES DE LA PETITE ENFANCE

6.2.1 Proportion d'enfants bénéficiant d'un bilan de santé en école maternelle	134
6.2.2 Proportion d'enfants bénéficiant d'un dépistage visuel lors du bilan de santé en école maternelle.....	135
6.2.3 Proportion d'enfants bénéficiant d'un dépistage auditif lors du bilan de santé en école maternelle	135
6.2.4 Proportion d'enfants adressés à une consultation spécialisée à la suite du bilan de santé en école maternelle	135
6.2.5 Proportion d'enfants bénéficiant de la visite au cours de leur 6e année	135
6.2.6 Proportion d'enfants présentant une anomalie au bilan visuel lors de l'examen des 6 ans.....	135
6.2.7 Proportion d'enfants présentant une anomalie au bilan auditif lors de l'examen des 6 ans.....	136
6.2.8 Proportion d'enfants bénéficiant d'un bilan approfondi du langage lors de l'examen des 6 ans.....	136
6.2.9 Proportion d'enfants adressés à une consultation spécialisée à la suite du bilan approfondi du langage des 6 ans.....	136

CONCEPT 6.3 : PRÉVENTION DES DÉFICIENCES VISUELLES

6.3.1 Indice comparatif d'hospitalisation pour cataracte	138
6.3.2 Proportion de personnes diabétiques bénéficiant d'un suivi ophtalmologique régulier	139

CONCEPT 6.4 : PRÉVENTION DES DÉFICIENCES AUDITIVES

6.4.1 Taux de personnes déclarant avoir effectué un contrôle de l'audition au cours des 12 derniers mois	142
6.4.2 Taux de personnes déclarant utiliser un baladeur à volume fort ou très fort pour écouter de la musique	142
6.4.3 Nombre de séjours hospitaliers pour pose d'implants cochléaires.....	142

CONCEPT 6.5 : PRÉVENTION DES DÉFICIENCES MOTRICES

6.5.1 Indice comparatif d'hospitalisation pour accident vasculaire cérébral.....	144
6.5.2 Indice comparatif d'hospitalisation pour fracture du col du fémur	145
6.5.3 Indice comparatif d'hospitalisation pour traumatismes chez les personnes âgées de 65 ans ou plus.....	145

CONCEPT 6.6 : PRÉVENTION DU HANDICAP MENTAL, COGNITIF ET PSYCHIQUE

6.6.1 Nombre de personnes ayant eu recours au moins une fois à une consultation mémoire.....	148
6.6.2 Nombre de personnes suivant un traitement médicamenteux antipsychotique.....	148
6.6.3 Nombre de patients hospitalisés dans une unité d'hospitalisation de psychiatrie depuis plus d'un an	148

CONCEPT 6.7 : PRÉVENTION DES INCAPACITÉS LIÉES AU VIEILLISSEMENT

6.7.1 Espérance de vie en bonne santé.....	150
6.7.2 Nombre d'exemplaires du guide nutrition-santé 55 ans et plus diffusés	150
6.7.3 Pourcentage des 55-74 ans déclarant consommer moins de 3,5 portions de fruits et légumes par jour	151
6.7.4 Pourcentage des 55-74 ans pratiquant une activité physique favorable à la santé.....	151

DEFINITIONS ET REFERENCES

La mortalité infantile baisse de manière continue en France grâce notamment à l'amélioration de la surveillance de la grossesse et des soins périnataux. Le taux de mortalité infantile a ainsi été divisé par plus de deux depuis le début des années 1980 (10 pour mille en 1980 et 3,6 pour mille en 2004). Or, les progrès réalisés dans ce domaine n'ont pas fait diminuer la prévalence des déficiences graves de l'enfant. La première hypothèse la plus souvent avancée pour expliquer cette situation est l'augmentation de la grande prématurité. La baisse constante de la mortalité néonatale, réalisée grâce aux progrès de la prise en charge périnatale, a aussi comme possible conséquence la survie d'enfants atteints de handicaps ou à risque de l'être².

Le dépistage prénatal correspond aux pratiques médicales ayant pour but de détecter *in utero* chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité. Ce dépistage comprend l'ensemble des examens réalisés chez la femme enceinte, autres que cliniques, ayant un caractère obligatoire (recherches sérologiques de syphilis, rubéole, toxoplasmose...) mais également des examens facultatifs qui peuvent être proposés pour estimer le risque de malformations fœtales à partir de différentes techniques d'exploration (échographie et examens sanguins). Certaines situations de handicaps peuvent ainsi être détectées *in utero* dans le cadre de ces différents dépistages.

Le Registre des Handicaps de l'Enfant et Observatoire périnatal (RHEOP) estime à 0,5 pour mille le nombre d'enfants porteurs d'une trisomie 21³ parmi la génération née en 1999 et âgée de 8 ans, et résidante dans l'un des trois départements participant à ce registre. Si l'on extrapole ces données à l'ensemble de la France, cela correspond à environ 400 nouveaux cas annuels de trisomie 21 au plan national. Or, le risque de trisomie 21 peut être détecté au cours des premiers mois de grossesse par le biais d'examens sérologiques et échographiques. Une fois ce risque évalué, un caryotype peut être réalisé sur des cellules fœtales prélevées par amniocentèse ou biopsie du trophoblaste pour confirmer ou non le diagnostic. Le diagnostic étant posé, les parents peuvent se voir proposer une interruption médicale de grossesse, après avis médical d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal.

Depuis 1997, le dépistage prénatal de la trisomie 21 reposait sur le dosage d'au moins deux marqueurs sériques maternels au deuxième trimestre de la grossesse. De nouvelles stratégies de dépistage se sont progressivement développées, qui ont conduit à faire évoluer le cadre réglementaire (arrêtés du 23 juin 2009). Dorénavant, l'évaluation du risque de trisomie repose non seulement sur les marqueurs sériques mais également sur la mesure à l'échographie de la clarté nucale et de la longueur crânio-caudale. Par ailleurs, la prescription d'analyses en vue d'établir un diagnostic prénatal *in utero* de la trisomie 21 doit être précédée « d'une information délivrée à la femme enceinte », qui doit exprimer son accord par écrit.

Plusieurs dépistages sont systématiquement proposés aux familles à la naissance, pour repérer certaines pathologies (mucoviscidose notamment) afin qu'elles puissent bénéficier ensuite d'un suivi adapté. Le dépistage néonatal, dont le principe est inscrit dans le code de la santé publique depuis juillet 2008, est effectué auprès de tous les nouveau-nés ou, dans certains cas, auprès de ceux qui présentent un risque particulier de développer l'une de ces maladies. La liste des maladies susceptibles d'être dépistées est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de l'Agence de biomédecine. Ce dépistage, qui s'effectue sous forme de tests sanguins, concerne actuellement les maladies progressivement prises en compte depuis le début des années soixante-dix par le programme national de dépistage néonatal systématique : phénylcétonurie (depuis 1972), hypothyroïdie congénitale (1978), drépanocytose (systématique depuis 1989 dans les DOM et selon l'origine des parents depuis 1995 en métropole), hyperplasie congénitale des surrénales (1995), mucoviscidose (2002).

Des examens médicaux obligatoires sont prévus par la loi dans les premiers jours suivant la naissance, à l'occasion desquels le « premier certificat de santé » de l'enfant est renseigné (ancien certificat de santé du 8^{ème} jour). Dans ce document, sont notamment renseignées les anomalies congénitales.

Textes de références :

- Arrêtés du 23 juin 2009 fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21
- Interruption médicale de grossesse : Code de la santé publique-CSP (L2213-1)
- Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal : CSP (L2131-1 à 5, R2131-10 à 22)
- Dépistage néonatal : CSP (R1131-21)
- Examen médicaux obligatoires : CSP (L2132-1, R2132-1)
- Premier certificat de santé : CSP (R2132-2 à 3)

Concepts liés :

- Concept 2.4 : Centres de ressources, centres de référence et de compétences

² Déficiences ou handicaps d'origine périnatale. Dépistage et prise en charge. INSERM, 2004, 376 p. (Expertise Collective)

³ Registre des Handicaps de l'Enfant et Observatoire Périnatal (Isère, Savoie, Haute-savoie). Rapport annuel 2008. RHEOP, 2009, 50 p. + ann.

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; ZEAT : Zone d'études et d'aménagement du territoire ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

6.1.1 Pourcentage de naissances prématurées

Nombre de séjours hospitaliers en MCO de nouveau-nés prématurés**, divisé par le nombre total de séjours de nouveau-nés*, multiplié par 100, pour une année donnée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	ATIH	Base nationale PMSI-MCO	Selon disponibilité auprès des observatoires régionaux de la santé		

* Séjours pour lesquels l'âge en jours à la date d'entrée est égal à 0 et le mode d'entrée égal à 8 « domicile »

** Séjours pour lesquels l'âge en jours à la date d'entrée est égal à 0, le mode d'entrée égal à 8 « domicile », et ayant pour diagnostic principal, relié ou associé un code CIM-10 : P072 « immaturité extrême (moins de 28 semaines de gestation) » ou P073 « autres enfants nés avant terme (de 28 à 37 semaines de gestation) »

Depuis le 1er mars 2008, il est possible également de mesurer la prématurité dans le PMSI d'une autre manière. L'âge gestationnel est en effet directement exprimé en nombre de semaines révolues d'aménorrhée. Cet indicateur est saisi à la fois dans le résumé de séjour de la mère, à la date de l'accouchement, et dans celui de l'enfant, à la date de la naissance. Pour l'année 2008, cette information, à caractère documentaire et non obligatoire, n'est pas toujours correctement renseignée.

6.1.2 Proportion de femmes enceintes ayant bénéficié d'un examen de dépistage du risque de trisomie 21

Nombre de femmes ayant bénéficié d'un examen de dépistage du risque de trisomie 21, divisé par le nombre total de femmes enceintes au cours de l'année considérée, multiplié par 100.

Les résultats sont présentés selon le type de test :

- dépistage sanguin,
- mesure de la clarté nucale à l'échographie.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FM, ZEAT	DGS, INSERM, DREES	Enquête nationale périnatale	Publication Février 2008 « Enquête Nationale Périnatale - 2003 Situation en 2003 et évolution depuis 1998 », accessible sur le site du ministère de la Santé	Depuis 1998	1995-1998-2003-2010

6.1.3 Nombre de cas dépistés par le dépistage néonatal

Nombre de cas dépistés pour chacune des cinq maladies ciblées par le dépistage néonatal (phénylcétonurie, hypothyroïdie congénitale, drépanocytose, hyperplasie congénitale des surrénales et mucoviscidose), au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R	AFDPHE, associations régionales	Rapport d'activité de l'AFDPHE	Disponible sur le site internet de l'AFDPHE, après demande d'autorisation d'accès	Depuis 1975	Annuelle

6.1.4 Nombre d'enfants présentant une anomalie congénitale lors de l'examen médical effectué dans les 8 jours suivant la naissance

Nombre d'enfants pour lesquels une anomalie congénitale a été constatée lors de l'examen médical obligatoire effectué dans les 8 jours suivant la naissance, pour une année donnée.

Cet indicateur est disponible pour les anomalies suivantes : polymalformation, Spina bifida, fente labio-palatine, atrésie de l'œsophage, réduction de membres ou absence d'éléments osseux, omphalocèle ou gastroschisis, hydrocéphalie*, malformation cardiaque*, trisomie 21, hanches luxables*, autres*.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
D	Conseils généraux	Premier certificat de santé	Selon disponibilité auprès des services de PMI des conseils généraux		

*Pour ces pathologies, le questionnaire distingue les cas suspectés et ceux considérés comme certains.

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

La réduction de la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme et l'amélioration du repérage et de la mesure de la fréquence des situations périnatales à l'origine de ces handicaps sont l'objectif n° 47 de la loi relative à la politique de santé publique.

6.1.1

- Pour cet indicateur, la source choisie dans cette première version du guide est le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Cette source présente en effet l'avantage de fournir des données annuelles pour l'ensemble du territoire. Toutefois, étant donné les fréquents changements intervenus dans les consignes de codage des résumés de séjour concernant les nouveau-nés et la mère, ces données ne peuvent être utilisées sans une expertise préalable, notamment auprès des médecins des Départements d'information médicale (DIM) qui ont en charge le recueil et la transmission de ces données. Cette expertise est d'autant plus nécessaire que la qualité des informations recueillies peut être variable selon les territoires.
- L'identification du lieu de domicile des patients dans le PMSI s'effectue à partir du code postal de résidence de la mère. Cette information n'est pas toujours bien renseignée.
- Les différentes sources disponibles en matière de prévalence de la prématurité font apparaître des différences parfois importantes pour cet indicateur (avec l'enquête périnatale notamment). Au-delà des différences entre sources, cet indicateur présente surtout un intérêt en termes de suivi.
- La grande prématurité n'est pas la seule source de handicap.
- Les situations de handicap sont plus fréquentes chez les enfants prématurés que parmi ceux qui sont nés à terme. Cela ne signifie pas pour autant qu'un enfant né précocement va souffrir de déficiences. Ces enfants nécessitent toutefois un suivi médical approprié.

6.1.2

- L'amélioration de l'accès à un dépistage et à un diagnostic anténatal respectueux des personnes est l'objectif n° 89 de la loi relative à la politique de santé publique.
- Dans la mesure où le risque de trisomie augmente fortement avec l'âge de la mère, le diagnostic prénatal de trisomie 21 par amniocentèse était initialement proposé en se basant sur le seul critère de l'âge de la mère (38 ans et plus) et des éventuels risques familiaux. Avec le développement d'examen sérologiques et échographiques permettant de déterminer, quel que soit l'âge de la mère, les fœtus à risque élevé de trisomie 21, le dépistage s'est progressivement généralisé. En 2003, 80 % des femmes déclaraient avoir bénéficié du dosage sanguin permettant d'identifier un risque de trisomie 21 par les marqueurs sériques maternels, et 17 % déclaraient ne pas en avoir bénéficié. Les ouvrières et les femmes sans profession dont le conjoint est ouvrier, apparaissent moins informées que les femmes cadres sur la possibilité de bénéficier de ce diagnostic prénatal.
- La méthodologie retenue pour l'enquête périnatale ne permet pas de disposer de données à un niveau territorial fin (région ou département) pour cet indicateur. De plus, la périodicité de cette enquête limite son utilisation dans un système de suivi régulier d'indicateurs (la prochaine enquête est prévue au printemps 2010). Pour les femmes n'ayant pas bénéficié de ces examens, le motif peut être précisé (refus, consultation tardive, examen non proposé, ...).
- Dans l'enquête périnatale, sont prises en compte les femmes ayant donné naissance à un enfant vivant ou à un enfant mort-né et celles ayant subi une interruption thérapeutique de grossesse après 22 semaines d'aménorrhée.
- Un item sur la pratique de la mesure de la clarté nucale pendant la grossesse a été ajouté dans la nouvelle version du premier certificat de santé utilisée depuis 2006. Une fois que la qualité de cette information aura été validée, il sera possible d'avoir accès à cet indicateur, au niveau régional ou départemental, auprès des services de PMI qui recueillent et traitent ces certificats, les conditions d'utilisation de ces certificats étant très variables selon les départements.

6.1.3 L'objectif n° 88 de la loi de santé publique est de réduire la mortalité et d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de drépanocytose.

En plus des maladies ciblées dans le cadre du dépistage néonatal, les maternités proposent systématiquement dans certains départements un dépistage de la surdité à la naissance (voir concept 6.4).

6.1.4

- Le certificat de santé du 8^{ème} jour est devenu en 2006 le « premier certificat de santé ». A cette occasion, son contenu a été sensiblement modifié.
- Les modalités de recueil des premiers certificats de santé de l'enfant peuvent être variables selon les départements. Le plus souvent, ce recueil est effectué au sein des maternités. Selon la DREES, 70 % des naissances étaient couvertes par un certificat de santé du 8^{ème} jour en 2004, ce taux étant extrêmement variable selon les départements⁴. Par ailleurs, ces certificats sont souvent renseignés de manière incomplète. C'est le cas en particulier des informations relatives aux anomalies congénitales. Cette source d'information ne peut donc pas être utilisée au plan local sans une expertise préalable de la qualité des informations disponibles, qui peut être obtenue auprès des services de Protection maternelle et infantile qui ont en charge le recueil et l'exploitation de ces données.

SOURCES DE DONNEES

S51. Base nationale PMSI MCO (ATIH)

S56. Enquête nationale périnatale (INSERM)

S77. Rapport d'activité de l'AFDPHE (AFDPHE)

S89. Premier certificat de santé (Conseils généraux)

⁴ Les certificats de santé au 8ème jour. Validité 2004. DREES, *Document de Travail. Sources et Méthodes*, n°5, 2009, 45 p.

CONCEPT 6.2 : DEPISTAGE DES ANOMALIES ET DES DEFICIENCES A L'OCCASION DES EXAMENS DE SANTE OBLIGATOIRES DE LA PETITE ENFANCE

DEFINITIONS ET REFERENCES

Selon le code de la santé publique, les jeunes enfants sont soumis à des examens médicaux obligatoires, neuf au cours de la première année de vie, trois du 13^{ème} au 24^{ème} mois, et deux par an pour les quatre années suivantes. Ces examens, qui sont effectués par un médecin choisi par les parents ou par un médecin d'une consultation de PMI, ont pour objet la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant, le dépistage précoce des anomalies ou déficiences, et la pratique des vaccinations. En pratique, 3 examens clef donnent lieu à la production de certificats de santé dont les données sont rassemblées par les services de PMI puis traitées au plan national par la DREES ; ces données contribuent à la connaissance de l'état de santé de l'enfant.

La santé des élèves et le repérage de leurs problèmes de santé sont un facteur essentiel dans l'acquisition des savoirs à l'école et pour remédier aux inégalités d'accès aux soins et à la santé. C'est pourquoi, le principe de l'organisation d'examens médicaux systématiques de prévention et de dépistage est régulièrement rappelé par la loi, en complément du suivi assuré par le médecin traitant. La loi prévoit en particulier des bilans médicaux systématiques en milieu scolaire au cours de la sixième, neuvième, douzième et quinzisième année, destinés notamment à dépister les maladies et déficiences pouvant entraver la scolarité des élèves (code de l'éducation). Des bilans peuvent également être effectués en école maternelle par les services de PMI pour les enfants de 3 à 4 ans scolarisés

Mais la réalisation de ces bilans n'est pas toujours effective. La réalisation d'un bilan médical pour 100 % des enfants scolarisés avant leur sixième anniversaire est une des priorités du programme quinquennal de prévention et d'éducation du ministère de l'Éducation nationale. Le code de la santé publique reprend ainsi les dispositions du code de l'éducation qui prévoit un examen au cours de la 6^e année de l'enfant, en vue de son admission en cours préparatoire. Ces examens sont effectués lors de visites médicales par les personnels de santé de l'Éducation nationale ; ils peuvent également être pratiqués dans certains cas par les personnels des services communaux d'hygiène et de santé. Le contenu de ces bilans a été réorienté vers le dépistage des troubles spécifiques du langage et des troubles visuels et auditifs, afin notamment d'identifier les déficiences ou les problèmes de santé qui peuvent retarder les apprentissages scolaires.

Textes de références :

- Examen médicaux obligatoires : CSP (L2132-1, R2132-1)
- Bilans de santé en milieu scolaire : CSP (L2325-1) ou Code de l'éducation (L541-1)
- Programme quinquennal de prévention et d'éducation, BO du 11 décembre 2003

Concepts liés :

- Concept 2.4 : Centres de ressources, centres de référence et de compétences

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; Ac : Académie ; D : départements ; ID : infra-départemental

6.2.1 Proportion d'enfants bénéficiant d'un bilan de santé en école maternelle

Nombre d'enfants ayant bénéficié d'un bilan de santé en école maternelle par la PMI au cours de l'année considérée, divisé par le nombre total d'enfants âgés de trois ans scolarisés, multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
D	Conseils généraux	Bilans de santé de PMI	Selon disponibilité auprès des services de PMI des conseils généraux		

6.2.2 Proportion d'enfants bénéficiant d'un dépistage visuel lors du bilan de santé en école maternelle

Nombre d'enfants ayant bénéficié d'un dépistage visuel lors du bilan de santé de la PMI en école maternelle au cours de l'année considérée, divisé par le nombre total d'enfants de trois ans examinés par la PMI au cours de l'année considérée, multiplié par 100, au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
D	Conseils généraux	Bilans de santé de PMI	Selon disponibilité auprès des services de PMI des conseils généraux		

6.2.3 Proportion d'enfants bénéficiant d'un dépistage auditif lors du bilan de santé en école maternelle

Nombre d'enfants bénéficiant d'un dépistage auditif lors du bilan de santé de la PMI à trois ans au cours de l'année considérée, divisé par le nombre total d'enfants de trois ans examinés par la PMI au cours de l'année considérée, multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
D	Conseils généraux	Bilans de santé de PMI	Selon disponibilité auprès des services de PMI des conseils généraux		

6.2.4 Proportion d'enfants adressés à une consultation spécialisée à la suite du bilan de santé en école maternelle

Nombre d'enfants chez lesquels a été conseillé à l'issue du bilan de santé en école maternelle un bilan auditif ou ophtalmique spécialisé au cours de l'année considérée, divisé par le nombre total d'enfants ayant bénéficié d'un bilan de santé en école maternelle, et multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
D	Conseils généraux	Bilans de santé de PMI	Selon disponibilité auprès des services de PMI des conseils généraux		

6.2.5 Proportion d'enfants bénéficiant d'une visite médicale au cours de leur 6^e année

Nombre d'enfants bénéficiant d'une visite médicale d'admission au cours préparatoire organisée par l'Éducation nationale au cours de leur 6^e année, divisé par le nombre total d'enfants scolarisés en grande section de maternelle, multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	Éducation nationale	Remontées chiffrées des personnels de santé de l'Éducation nationale	Indicateur de performance – programme 230 « vie de l'élève », projets annuels de performance, annexe au projet de loi de finances-mission interministérielle		Annuelle
Ac			Disponible sur demande écrite auprès de l'Éducation nationale (DGESCO B3-1)		

6.2.6 Proportion d'enfants présentant une anomalie au bilan visuel lors de l'examen des 6 ans

Nombre d'enfants présentant une anomalie au bilan visuel lors de la visite d'admission au cours préparatoire, divisé par le nombre total d'enfants examinés au cours de l'année scolaire considérée, multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, Ac	Éducation nationale	Remontées chiffrées des personnels de santé de l'Éducation nationale	Disponible sur demande écrite auprès de l'Éducation nationale (DGESCO B3-1)		Annuelle

6.2.7 Proportion d'enfants présentant une anomalie au bilan auditif lors de l'examen des 6 ans

Nombre d'enfants présentant une anomalie au bilan auditif lors de la visite d'admission au cours préparatoire, divisé par le nombre total d'enfants examinés au cours de l'année scolaire considérée, multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, Ac	Éducation nationale	Remontées chiffrées des personnels de santé de l'Éducation nationale	Disponible sur demande écrite auprès de l'Éducation nationale (DGESCO B3-1)		Annuelle

6.2.8 Proportion d'enfants bénéficiant d'un bilan approfondi du langage lors de l'examen des 6 ans

Nombre d'enfants bénéficiant d'un bilan approfondi du langage lors de la visite d'admission au cours préparatoire, divisé par le nombre total d'enfants examinés au cours de l'année scolaire considérée, multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, Ac	Éducation nationale	Remontées chiffrées des personnels de santé de l'Éducation nationale	Disponible sur demande écrite auprès de l'Éducation nationale (DGESCO B3-1)		Annuelle

6.2.9 Proportion d'enfants adressés à une consultation spécialisée à la suite du bilan approfondi du langage des 6 ans

Nombre d'enfants adressés à une consultation spécialisée à la suite d'un bilan approfondi du langage lors de la visite d'admission au cours préparatoire, divisé par le nombre total d'enfants examinés au cours de l'année considérée, multiplié par 100.

Cet indicateur peut-être décliné selon le type de consultation demandée (CMPP, Bilan orthophonique, centre de référence, ...)

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, Ac	Éducation nationale	Remontées chiffrées des personnels de santé de l'Éducation nationale	Disponible sur demande écrite auprès de l'Éducation nationale (DGESCO B3-1)		Annuelle

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- L'amélioration du dépistage des troubles de la vue, de l'audition et du langage, fait partie des objectifs de la loi de santé publique (objectifs n°67 et 96).
- Des recommandations ont été publiées par la Haute autorité de santé (HAS) concernant les conditions de mise en œuvre du dépistage individuel chez l'enfant, de 28 jours à six ans.

6.2.1 à 6.2.4

- Les bilans de santé en école maternelle à l'âge de 3-4 ans concernent les enfants scolarisés à cet âge, soit 99 % de la classe d'âge (Insee, 2006). Ces bilans ne sont cependant pas effectués systématiquement dans tous les départements.
- Les anomalies constatées lors de ces bilans ne sont pas forcément sources de handicap.
- Des remontées statistiques sont effectuées annuellement pour ces bilans par les services de PMI (conseil général) vers la DREES.

6.2.5 à 6.2.9 Les médecins de santé scolaire effectuent un examen clinique des enfants scolarisés en grande section de maternelle en vue de leur admission en cours préparatoire. L'objectif poursuivi par le Ministère de l'Éducation nationale est que, chaque année, la totalité des enfants de ce niveau scolaire soient examinés. Cet examen peut permettre de mettre en évidence différentes pathologies ou troubles présentés par les enfants. Cependant, une attention particulière est portée aux troubles du langage et aux troubles sensoriels. Ces informations font partie des données figurant dans les données chiffrées colligées par le ministère de l'Éducation nationale. En l'absence de système informatique commun, la qualité des remontées d'information n'est pas homogène entre académies.

Ne sont pris en compte que les troubles dépistés au cours de l'examen. Les troubles déjà connus et corrigés ou pris en charge ne sont pas comptabilisés.

Ces bilans permettent de détecter des anomalies de la vue, de l'audition, ou des troubles du langage. De manière générale, les situations de handicap les plus graves ont cependant été dépistées avant l'examen de six ans.

6.2.6 6.2.7 L'anomalie telle qu'elle est analysée lors de ces examens correspond à un résultat de l'examen de la vue ou de l'audition jugé anormal pour l'âge, par le médecin réalisant l'examen. Cette anomalie de la vue (acuité visuelle de loin ou de près, strabisme, vision des couleurs, ...) ou de l'audition (déficit auditif sur certaines fréquences ou sur toutes les fréquences) se traduit le plus souvent par une recommandation faite aux parents de consulter un ophtalmologue ou un ORL.

De plus, ce bilan comporte une analyse des fonctions visuelles et auditives (examen de capacité de discrimination visuelle, analyse de la conscience phonologique) qui apportent des éléments prédictifs complémentaires aux résultats des bilans sensoriels sur l'apparition d'éventuels troubles des apprentissages : les élèves ainsi repérés peuvent bénéficier d'une attention particulière sur leur entrée dans les apprentissages, en particulier de la lecture.

Ce repérage précoce permet la mise en place d'éventuelles prises en charge spécifiques au plus tôt pour faciliter l'entrée dans les apprentissages.

SOURCES DE DONNEES

S33. Remontées chiffrées des personnels de santé de l'Éducation nationale (Ministère de l'Éducation nationale)

S88. Bilans de santé de PMI (Conseils généraux)

CONCEPT 6.3 : PREVENTION DES DEFICIENCES VISUELLES

DEFINITIONS ET REFERENCES

Sont considérées comme déficientes visuelles les personnes reconnues comme « aveugles complets » ou « malvoyantes », les méthodes d'évaluation de ces déficiences étant variables selon les enquêtes. Selon l'enquête HID, la prévalence de la déficience visuelle (aveugles complets et malvoyants profonds et moyens) est de 29 cas pour mille habitants, cette prévalence augmentant fortement après 80 ans⁵.

La perte de vision peut être d'apparition brutale ou progressive, elle peut affecter la vision centrale, la vision périphérique, ou les deux, avec des retentissements fonctionnels (et des besoins de compensation) très variables d'une personne à l'autre. Dans la vie quotidienne, la déficience visuelle se répercute d'abord sur les activités mettant en jeu la vision centrale (lecture, écriture, reconnaissance des détails...) mais aussi sur les déplacements, surtout dans les environnements inconnus ou comportant des obstacles imprévus.

Parmi les pathologies sources de déficiences visuelles, on peut citer deux pathologies particulièrement fréquentes chez les personnes âgées. La cataracte, qui est encore une cause fréquente de déficience visuelle chez les personnes âgées, bénéficie aujourd'hui d'un traitement chirurgical efficace. La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), ensemble des lésions dégénératives de la rétine centrale après 50 ans, est la première cause de déficience visuelle chez les plus de 65 ans. De nouvelles voies thérapeutiques ont été ouvertes récemment qui peuvent ralentir l'évolution de la maladie.

Les soins de réadaptation-rééducation de la déficience visuelle (ou basse vision) sont délivrés dans différents types de structures, et notamment dans des unités de soins de suite et de réadaptation dédiées à cette activité. Ces structures, qui sont présentes seulement dans certaines régions, proposent, après un bilan des capacités visuelles fonctionnelles de la personne, une rééducation qui vise à optimiser les capacités visuelles restantes. La rééducation s'appuie sur un travail de stimulation du potentiel visuel et sur le développement des stratégies compensatoires. Ces soins sont mis en œuvre par des équipes pluridisciplinaires associant des professionnels de santé spécialisés en matière de vision (ophtalmologistes, orthoptistes, opticiens) ou de rééducation, mais aussi des rééducateurs en autonomie de vie journalière (AVJ), instructeurs en locomotion, ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues et assistantes sociales... Une faible partie des personnes qui souffrent de déficience visuelle accèdent à ce type de rééducation. Des établissements et services médico-sociaux accueillent également de jeunes déficients visuels, mais aussi parfois des adultes, pour des soins de rééducation-réadaptation.

Des rééducations sont également réalisées par des orthoptistes en secteur libéral, sur prescription médicale.

Concepts liés :

- Concept 6.2 : Dépistage des anomalies et des déficiences à l'occasion des examens de santé obligatoires de la petite enfance
- Concept 8.4 : Etablissements et services pour enfants et adolescents handicapés
- Concept 8.8 : Accès aux structures de soins de suite et de réadaptation

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

6.3.1 Indice comparatif d'hospitalisation pour cataracte

Nombre de séjours hospitaliers en MCO pour cataracte* observés parmi les habitants d'un territoire au cours de l'année considérée, divisé par le nombre théorique de ces séjours sous l'hypothèse d'un recours équivalent à celui de la moyenne française, à structure par âge et sexe identique, multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
R, D	DREES	Base nationale PMSI-MCO redressée	Disponible sur demande auprès des observatoires régionaux de la santé		

* Séjours ayant pour diagnostic principal un code CIM-10 : H25, H26 ou H28.0 à H28.2

⁵ La population en situation de handicap visuel en France. Importance, caractéristiques, incapacités fonctionnelles et difficultés sociales. ORS des Pays de la Loire, 2005, 162 p.

6.3.2 Proportion de personnes diabétiques bénéficiant d'un suivi ophtalmologique régulier

Nombre d'assurés du régime général de l'Assurance maladie traités par antidiabétiques oraux et/ou insuline et ayant bénéficié d'au moins un remboursement pour consultation ophtalmologique au cours d'une année donnée, divisé par le nombre total d'assurés du régime général de l'Assurance maladie traités par antidiabétiques oraux et/ou insuline au cours de l'année considérée, multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	CNAMTS	SNIIRAM	Disponible sur demande auprès de la CNAMTS		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- Une classification des déficiences visuelles en quatre degrés de sévérité a été élaborée à partir des différentes combinaisons de déficiences et d'incapacités recueillies dans l'enquête HID⁵.
 - aveugles : personnes codées « aveugles complets » dans le chapitre des déficiences et déclarant être « totalement aveugles », « partiellement aveugles » ou « malvoyants » dans le chapitre des incapacités ;
 - malvoyants profonds : personnes codées « malvoyants » dans le chapitre des déficiences et déclarant être « totalement aveugles » ou « partiellement aveugles » dans le chapitre des incapacités ;
 - malvoyants moyens : personnes codées « malvoyants » dans le chapitre des déficiences et déclarant également être « malvoyants » dans le chapitre des incapacités. Il s'agit de personnes déclarant une incapacité visuelle sévère en vision de loin (beaucoup de difficultés ou une incapacité totale à reconnaître un visage à quatre mètres) ou en vision de près (beaucoup de difficultés ou incapacité totale à lire, écrire ou dessiner).
 - malvoyants légers : personnes codées « malvoyants » dans le chapitre des déficiences et n'ayant pas déclaré d'incapacités visuelles de loin (pas de difficultés ou quelques difficultés à reconnaître un visage à quatre mètres) ou de près (pas de difficultés ou quelques difficultés à lire, écrire ou dessiner).
- La loi prévoit l'organisation de dépistages systématiques des troubles visuels au cours de la petite enfance, mais la mise en œuvre de ces examens est plus ou moins systématique selon les départements (voir concept 6.2).
- Le traitement de la DMLA repose sur des injections effectuées tous les deux mois dans le corps vitré. Nous n'avons pas identifié d'indicateurs pour le suivi de ces traitements. Différentes modalités de prise en charge coexistent actuellement (en acte externe, ou en hôpital de jour), deux types de molécules étant utilisées pour ce type d'injection, avec des modalités distinctes de prise en charge par l'Assurance maladie. Le suivi du nombre de patients pris en charge pour cette pathologie peut constituer un indicateur d'accès aux soins des personnes malvoyantes.

6.3.1 Des travaux ont montré d'importantes disparités en matière de recours aux soins hospitaliers pour cataractes selon les régions. Ces comparaisons sont effectuées à partir de calculs d'indices comparatifs d'hospitalisation (ICH). L'ICH est un indice base 100 qui permet de comparer la fréquence des séjours hospitaliers entre deux zones géographiques, en éliminant les effets liés aux différences de structure par âge. La base 100 correspond à la valeur de la population de référence (France entière). Un indice d'une valeur de 80 indique que les hospitalisations pour cataractes sont 20 % moins fréquentes dans le territoire observé que la moyenne nationale.

Un indice inférieur à la moyenne nationale peut s'expliquer par :

- une moins grande fréquence de ces affections visuelles parmi les personnes habitant le territoire. Une étude épidémiologique a ainsi montré que les personnes vivant dans les zones les plus ensoleillées voient leur risque de cataracte multiplié par environ trois. Certaines expositions professionnelles (soudeurs par exemple) sont également à l'origine d'un risque de cataracte plus élevé,
- des pratiques de soins différentes dans le territoire observé par rapport à la moyenne française,
- des difficultés d'accès aux soins (démographie médicale des ophtalmologistes, éloignement des structures hospitalières, coût des soins),
- le niveau d'information de la population.

6.3.2 La cécité est une forme de complications du diabète. Dans la mesure où le nombre de patients concernés par cette maladie progresse régulièrement dans la population générale, en lien avec l'évolution des habitudes de vie, l'amélioration de la qualité du suivi de ces patients fait partie des objectifs de la loi de santé publique (n° 54). Les recommandations de la HAS préconisent notamment un examen ophtalmologique annuel de ces patients. Cet indicateur n'est pas immédiatement disponible mais peut être obtenu en interrogeant les services concernés de l'Assurance maladie. L'indicateur proposé ne prend en compte que les ressortissants du régime général, mais des données comparables peuvent également être obtenues auprès des autres régimes de sécurité sociale (mutualité sociale agricole, régime social des indépendants).

SOURCES DE DONNEES

S11. Base nationale PMSI-MCO redressée (DREES)

S69. Système national d'information inter-régime d'assurance maladie - SNIIRAM (CNAMTS)

DEFINITIONS ET REFERENCES

L'audition joue un rôle fondamental dans la communication orale et sa perte entraîne un handicap pour communiquer avec autrui.

Les situations de déficience auditive recouvrent des déficiences de natures très diverses, de la surdité complète jusqu'à des déficiences auditives légères ou moyennes. Selon l'enquête HID, la prévalence de la déficience auditive profonde ou totale est de 5 cas pour mille habitants (37 cas pour mille habitants chez les 75 ans et plus)⁶. Chez l'enfant, la surdité est responsable d'un retard d'acquisition du langage et des apprentissages, auquel il est possible de pallier par une prise en charge précoce. Chez les personnes âgées, les déficiences auditives sont particulièrement fréquentes, ce qui contribue à leur isolement relationnel et social.

Les causes de surdité sont multiples, elles peuvent être d'origine périnatale, acquises au cours de la vie ou être liées à l'âge. L'exposition prolongée à des niveaux de bruit intenses, qui conduit progressivement à une surdité de perception irréversible, est une source fréquente de surdité. Près de 7 % des salariés (2003), sont ainsi exposés de façon prolongée à des bruits nocifs, les hommes plus fréquemment que les femmes (10 % vs 2 %). Les activités les plus concernées sont l'industrie, l'agriculture et la construction, un tiers des personnes exposées aux bruits nocifs n'ayant pas de protection auditive à leur disposition. A partir de 40 ans, la déficience auditive liée à l'âge (presbycusie) augmente rapidement.

L'implant cochléaire est un dispositif de réhabilitation auditive destiné à permettre la restauration ou le développement de la communication orale. Le principe de l'implant cochléaire est de transformer les signaux analogiques enregistrés par un microphone en signaux numériques qui stimulent directement les fibres du nerf auditif. Des recommandations pour le recours à ces traitements ont été publiées par la Haute autorité de santé, les indications pour ce type de traitement s'étant progressivement élargies (HAS).

D'autres stratégies de compensation permettent aux personnes sourdes ou malentendantes de communiquer, comme par exemple la lecture labiale, mais son utilisation ne permet pas à elle seule une compréhension complète de la parole. Le Langage Parlé Complété (LPC) est aussi utilisé en complément par l'entourage pour une meilleure communication : la personne qui parle le LPC « code » chaque syllabe en plaçant sa main à la position correspondant à la voyelle, les doigts précisant la consonne.

Par ailleurs, 8 % des personnes déficientes profondes ou totales utilisent la langue des signes (LSF). Son usage concerne en réalité majoritairement des personnes qui ne souffrent pas de déficience auditive, et qui utilisent cette forme de communication pour l'enseignement, l'interprétariat, ou des raisons personnelles ou sociales (respectivement 44 000 déficients auditifs pour 75 000 personnes n'ayant pas de déficience auditive déclarée).

Concepts liés :

- Concept 6.2 : Dépistage des anomalies et des déficiences à l'occasion des examens de santé obligatoires de la petite enfance
- Concept 8.4 : Etablissements et services pour enfants et adolescents handicapés

⁶ Handicap auditif en France. Apports de l'enquête HID 1998-1999. Série Etudes, Drees-ORS Pays de la Loire, n°71, 2007, 155 p.

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

6.4.1 Taux de personnes déclarant avoir effectué un contrôle de l'audition au cours des 12 derniers mois

Nombre de personnes déclarant avoir fait contrôler son audition au cours des douze derniers mois, divisé par l'effectif de la population, et multiplié par 100.

Cet indicateur est décliné notamment selon :

- le sexe,
- l'âge,
- la catégorie socioprofessionnelle.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FM	INPES	Baromètre santé environnement	Publication INPES « Baromètre santé environnement 2007 »		
R : Aquitaine, Bretagne, Champagne-Ardenne, Ile-de-France, Pays de la Loire, Picardie, Provence-Alpes-Côte d'Azur			Disponible sur demande auprès des observatoires régionaux de la santé		

6.4.2 Taux de personnes déclarant utiliser un baladeur à volume fort ou très fort pour écouter de la musique

Nombre de personnes déclarant avoir utilisé un baladeur à volume fort ou très fort pour écouter de la musique, au cours des douze derniers mois, divisé par l'effectif de la population, et multiplié par 100.

Cet indicateur est décliné notamment selon l'âge.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FM	INPES	Baromètre santé environnement	Publication INPES « Baromètre santé environnement 2007 »		
R : Aquitaine, Bretagne, Champagne-Ardenne, Ile-de-France, Pays de la Loire, Picardie, Provence-Alpes-Côte d'Azur			Disponible sur demande auprès des observatoires régionaux de la santé		

6.4.3 Nombre de séjours hospitaliers pour pose d'implants cochléaires

Nombre de séjours hospitaliers MCO classés dans le groupe homogène de malade 03C18Z « Pose d'implants cochléaire » au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R	ATIH	Base nationale PMSI-MCO	Statistiques PMSI ATIH, disponibles sur le site de l'ATIH	Depuis 2004	Annuelle

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- Dans l'enquête HID, la déficience auditive est définie par quatre modalités de réponses : surdité complète, malentendant, autres déficiences auditives, déficiences auditives non pr  cis  es. Le questionnaire de l'enquête HID aborde également les incapacités auditives par la question : « Entendez-vous ce qui se dit dans une conversation, si besoin avec l'aide de votre appareil auditif ? ». Une classification des déficiences auditives a été   labor  e sp  cifiquement⁶ afin de mieux prendre en compte les difficultés ressenties à comprendre la parole :
 - déficience auditive profonde ou totale : personnes class  es « surdité complète » et personnes class  es « malentendant » et qui ont déclaré ne pas entendre ce qui se dit dans une conversation.
 - déficience auditive moyenne à sévère : personnes class  es « autre déficience auditive (bourdonnements, acouphènes...) » et qui ont déclaré « ne pas entendre ce qui se dit dans une conversation », personnes class  es « déficience auditive non pr  cis  e » et qui ont déclaré « ne pas entendre ce qui se dit dans une conversation, personnes ayant déclaré entendre ce qui se dit dans une conversation s'il n'y a qu'une personne qui parle et si elle parle fort, quelle que soit la modalité de leur déficience auditive.
 - déficience auditive légère à moyenne : personnes ayant déclaré entendre ce qui se dit dans une conversation s'il n'y a qu'une personne qui parle même normalement, personnes cod  es « malentendant », « autre déficience auditive », « déficience auditive non pr  cis  e » ayant déclaré entendre une conversation sans difficultés.

- Différentes actions sont conduites pour prévenir la surdité en prévention primaire, principalement en milieu professionnel. Malgré les réglementations en vigueur, de nombreux salariés sont soumis à des expositions aux bruits intenses qui peuvent les conduire à des pertes auditives importantes. La réduction du nombre de travailleurs soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB plus de 20 heures par semaine sans protection auditive est l'objectif n° 16 de la loi de santé publique. Des actions de prévention sont également conduites auprès des adolescents et des jeunes dont un certain nombre s'exposent à des niveaux de bruits très intenses (écoute de musique amplifiée).
- Le dépistage systématique de la surdité congénitale (prévention secondaire) en maternité ou au plus tard avant l'âge d'un an fait partie des objectifs de santé publique identifiés par la loi du 9 août 2004 (objectif n°67). Une réflexion a été entamée ces dernières années sur la pertinence d'organiser le dépistage néonatal systématique de la surdité en maternité, dans le but de permettre le diagnostic et une prise en charge précoce de cette affection, et une expérimentation a été mise en œuvre pendant plusieurs années dans différentes maternités. Des recommandations ont été établies par la Haute Autorité de Santé (HAS) sur ce point mais la généralisation de ce dépistage sur l'ensemble du territoire fait débat. La loi prévoit l'organisation de dépistages systématiques des troubles auditifs au cours de la petite enfance, mais la mise en œuvre de ces examens est plus ou moins exhaustive selon les départements (voir concept 6.2).

6.4.1 La surveillance de l'audition s'effectue principalement dans le cadre des examens de surveillance médicale obligatoire en milieu professionnel, ainsi que dans les centres d'examen de santé.

6.4.3 814 hospitalisations pour poses d'implants cochléaires⁷ ont été dénombrées en 2008 en France. Le nombre de personnes concernées à l'échelle des régions peut être faible, en fonction du développement, ou non, de ces activités par les équipes hospitalières. Ces données sont rapportées au lieu d'hospitalisation, les patients concernés pouvant être domiciliés dans une autre région que celle où a eu lieu l'intervention, en raison de l'absence ou de l'attractivité de services spécialisés. Par ailleurs, un dénombrement plus précis des implants effectués peut être obtenu à partir du nombre d'actes réalisés, chaque acte chirurgical étant identifié dans la nomenclature des actes médicaux (CCAM).

SOURCES DE DONNEES

S51. Base nationale PMSI MCO (ATIH)

S52. Baromètre santé environnement (INPES)

⁷ Statistiques en ligne issues de la base nationale PMSI-MCO. Site internet de l'ATIH www.atih.sante.fr

CONCEPT 6.5 : PREVENTION DES DEFICIENCES MOTRICES

DEFINITIONS ET REFERENCES

Les déficiences motrices sont un frein très important en matière de mobilité, de déplacements et de participation à la vie sociale. Ainsi, selon HID, 13 % des personnes de 20 ans ou plus vivant dans un logement ordinaire, et 74 % de celles qui sont en institution, ont des restrictions d'activité importantes en matière de mobilité et de déplacements, ces restrictions d'activités étant associées, dans la moitié des cas environ, à une déficience motrice, seule ou associée à d'autres déficiences. Ces difficultés affectent tout particulièrement les personnes très âgées, qui souffrent souvent de déficiences multiples.

Ces déficiences peuvent avoir des origines diverses, qu'elles soient néonatales, liées à différentes pathologies (maladies neuro-dégénératives, ostéo-articulaires, accidents vasculaires cérébraux...), ou accidentelles.

Environ 130 000 nouveaux cas d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont dénombrés par an. Les AVC constituent une des toutes premières causes de handicap, avec des conséquences très importantes en matière d'incapacités physiques, d'atteintes des fonctions supérieures et de troubles du langage. Ces affections concernent tout particulièrement les personnes âgées.

Les accidents les plus souvent en cause dans la survenue des déficiences motrices graves sont les accidents de la circulation, de sports et de loisirs⁸. Les accidents domestiques sont eux fréquents chez les personnes âgées : 4,5 % des personnes âgées de 65 ans ou plus ont été victimes en 2004 d'une chute accidentelle suivie d'un recours aux urgences hospitalières⁹.

En matière de prévention tertiaire, des progrès importants ont été accomplis en chirurgie fonctionnelle (prothèses de hanche, du genou..., prothèses de remplacement de membres manquants) qui ont permis d'améliorer sensiblement l'autonomie de vie des personnes concernées. Une meilleure prise en charge des AVC, notamment par un raccourcissement des délais de prise en charge en urgence et l'accès à des unités neurovasculaires spécialisées, permettrait de réduire de manière importante les séquelles liées à ces maladies. Un rapport sur la prévention et la prise en charge des AVC a été remis à la ministre chargée de la santé et des sports le 9 octobre 2009, ainsi qu'un plan et 105 recommandations pour constituer une stratégie d'actions concertées intégrées. De manière générale, le rôle de structures de soins de suite et de réadaptation (SSR) est primordial pour aider les personnes ayant des déficiences motrices suite à un accident ou à un AVC à retrouver leur autonomie de vie.

Concepts liés :

- Concept 8.8 : Accès aux structures de soins de suite et de réadaptation

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

6.5.1 Indice comparatif d'hospitalisation pour accident vasculaire cérébral

Nombre de séjours hospitaliers MCO pour AVC* observés parmi les habitants d'un territoire au cours de l'année considérée, divisé par le nombre théorique de ces séjours sous l'hypothèse d'un recours équivalent à celui de la moyenne française, à structure par âge et sexe identique, multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
R, D	ATIH	Base nationale PMSI-MCO	Disponible sur demande auprès des observatoires régionaux de la santé		

* Séjours ayant pour diagnostic principal un code CIM-10 : I60 à I64

⁸ Les déficiences motrices d'origine accidentelle. V. Bellamy, C. de Peretti. *Etudes et résultats*, DREES n° 417, 2005, 12 p.

⁹ Chutes des personnes âgées. Dans « L'état de santé de la population en France. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. Rapport 2008 ». Drees, 2009, pp. 266-267

6.5.2 Indice comparatif d'hospitalisation pour fracture du col du fémur

Nombre de séjours hospitaliers MCO pour fracture du col du fémur* observés parmi les habitants d'un territoire au cours de l'année considérée, divisé par le nombre théorique de ces séjours sous l'hypothèse d'un recours équivalent à celui de la moyenne française, à structure par âge et sexe identique, multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
R, D	ATIH	Base nationale PMSI-MCO	Disponible sur demande auprès des observatoires régionaux de la santé		

* Séjours ayant pour diagnostic principal un code CIM-10 S720 à S722 ou comportant un acte de mise en place de prothèse céphalique ou d'ostéosynthèse de l'extrémité supérieure du fémur

6.5.3 Indice comparatif d'hospitalisation pour traumatismes chez les personnes âgées de 65 ans ou plus

Nombre de séjours hospitaliers MCO pour traumatismes* observés parmi les personnes âgées de 65 ans et plus habitant d'un territoire au cours de l'année considérée, divisé par le nombre théorique de ces séjours sous l'hypothèse d'un recours équivalent à celui de la moyenne française, à structure par âge et sexe identique, multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
R, D	ATIH	Base nationale PMSI-MCO	Disponible sur demande auprès des observatoires régionaux de la santé		

* Séjours ayant pour diagnostic principal un code CIM-10 : S00-T14, T90-T94

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- De nombreux objectifs de la loi de santé publique sont en lien avec les pathologies ostéo-articulaires et les maladies neuro-dégénératives mais l'on ne dispose pas en général d'indicateurs pour le suivi de ces objectifs.
- En l'absence d'autres sources identifiées, l'ensemble des indicateurs présentés pour ce concept proviennent du PMSI. De manière générale, l'utilisation de ces indicateurs nécessite l'expertise préalable des médecins des départements d'information médicale (DIM) qui organisent le recueil et l'export de ces données dans les établissements de santé.
- L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH) est un indice base 100 qui permet de comparer la fréquence des séjours hospitaliers entre deux zones géographiques, en éliminant les effets liés aux différences de structure par âge. La base 100 correspond à la valeur de la population de référence (France entière). Un indice d'une valeur de 120 indique que les hospitalisations pour une pathologie donnée sont 20 % plus nombreuses dans le territoire observé que la moyenne nationale. Un indice comparatif peut permettre d'identifier les particularismes d'une région pour ce problème de santé, afin de conduire éventuellement les politiques de prévention nécessaires. Les indices comparatifs d'hospitalisation peuvent être calculés annuellement, et pour chaque département. Les bases PMSI utilisées pour calculer ces indicateurs permettent également de disposer du nombre de personnes hospitalisées pour ces affections à une période donnée.

6.5.1 L'accident vasculaire cérébral (AVC) est la première cause de handicap acquis de l'adulte, la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer et la troisième cause de mortalité en France. En terme de handicap, plus de 225 000 personnes sont classées de manière permanente en affection de longue durée (ALD) « accident vasculaire cérébral invalidant » par l'assurance maladie (2008)⁸.

La loi de santé publique a fixé pour objectif (n° 72) de réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles des accidents vasculaires cérébraux (AVC).

6.5.2 La loi relative à la politique de santé publique prévoit de réduire de 10 % l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur (objectif n° 82), qui représente la complication principale de l'ostéoporose. L'ostéoporose est une maladie silencieuse, qui ne se manifeste pas en tant que telle. Elle est le plus souvent diagnostiquée lors de la survenue de fractures, qui sont une source majeure de handicaps et d'incapacités.

Les fractures du col du fémur ne sont pas les seules conséquences de l'ostéoporose. Cet indicateur a été sélectionné car il s'agit de la conséquence la plus invalidante, qui nécessite une hospitalisation. Les fractures observées au cours de l'ostéoporose comprennent également des fractures de la colonne vertébrale, et du poignet. Les risques de complications et de décès suite à une fracture du col du fémur sont élevés et peuvent atteindre 20 à 25 % des cas. Une fracture du col du fémur provoque une perte de l'autonomie dans près d'un cas sur deux nécessitant une prise en charge dans un établissement gériatrique pour la moitié des personnes atteintes⁹.

6.5.2 **6.5.3** Les hospitalisations pour traumatismes (indicateur 6.5.3) comprennent également les hospitalisations pour fractures du col du fémur (indicateur 6.5.2).

6.5.3 Chez les personnes âgées, les chutes constituent une partie importante (plus de 80 %) des accidents de la vie courante. Elles surviennent à domicile mais aussi dans les autres activités de la vie (loisirs, déplacements...). L'objectif n° 99 de la loi de santé publique 2004 est de réduire de 25 % le nombre annuel de chutes des personnes âgées de 65 ans et plus. Des protocoles de prévention des chutes ont été élaborés par la Haute autorité de santé (HAS), ce problème de santé étant accessible à la prévention. L'indicateur proposé ici concerne les recours aux soins hospitaliers pour traumatismes des personnes âgées de 65 ans et plus, à travers l'indice comparatif d'hospitalisation. Un indice comparatif supérieur à 100 peut signifier que la fréquence des hospitalisations de personnes âgées pour chutes est plus importante dans une région donnée, de manière à identifier les territoires d'action prioritaires. Cette situation particulière de certains territoires peut s'expliquer par des disparités d'état de santé, mais aussi par des caractéristiques propres aux territoires, comme par exemple une plus forte proportion de personnes âgées vivant à domicile, les écarts étant, de ce point de vue, très importants entre régions.

L'indicateur disponible (indice comparatif d'hospitalisation pour traumatismes) couvre un champ plus large que les chutes des personnes âgées. En effet, les circonstances des traumatismes sont mal renseignées dans le PMSI. Les hospitalisations dénombrées par cet indicateur sont l'ensemble des séjours pour traumatismes, quelle qu'en soit la cause (chutes, accidents de la vie courante, accidents de transports...).

SOURCES DE DONNEES

S51. Base nationale PMSI-MCO (ATIH)

DEFINITIONS ET REFERENCES

Pendant très longtemps, les handicaps liés aux conséquences des troubles psychiques ont été méconnus. Mais la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 a reconnu comme handicap toute altération durable des fonctions mentales, cognitives ou psychiques, à côté des altérations des fonctions physiques et sensorielles dont les besoins d'accompagnement sont en général mieux identifiés.

L'usage en France est de réserver le terme de handicap mental aux handicaps résultant de la déficience intellectuelle. Une étiologie est quelquefois repérée à l'origine des déficiences mentales, d'ordre génétique (aberrations chromosomiques), en lien avec une souffrance cérébrale néonatale ou une pathologie métabolique (hypothyroïdie). Elle pourrait résulter aussi de carences psychosociales et affectives sévères. Chez l'adulte, des tableaux de déficience intellectuelle peuvent être liés à des pathologies neurologiques traumatiques (patients cérébrolésés) ou dégénératives (certaines formes de maladie de Parkinson).

La notion de handicap psychique fait référence quant à elle aux handicaps résultant de déficiences des fonctions psychiques. Ce terme renvoie aux difficultés socio-communicationnelles et pragmatiques rencontrées par les personnes présentant des troubles psychiques chroniques sévères tels que la schizophrénie et les démences (Alzheimer) pour ne citer que ces pathologies fréquentes. Cependant, cette notion reste floue et son utilisation suscite de nombreuses questions, notamment parce que les professionnels de psychiatrie ont longtemps refusé d'enfermer les malades dans un statut « d'handicapé »¹⁰. Des recherches sont d'ailleurs en cours pour tenter de mieux définir ce concept.

Il n'y a pas toujours de frontière clairement établie entre le handicap mental et le handicap psychique. Les troubles graves des fonctions psychiques peuvent en effet retentir sur les capacités intellectuelles et les apprentissages, tandis que la déficience intellectuelle est assez fréquemment associée à des troubles psychiques, soit en raison de la pathologie d'origine (cas des troubles envahissants du développement avec retard mental), soit en raison de la souffrance psychique qu'elle entraîne. Les personnes qui souffrent de handicap psychique présentent parfois des déficiences associées (motrices ou sensorielles), alors que les troubles psychiques, tels que l'anxiété et la dépression, peuvent constituer des facteurs de sur-handicap pour des personnes physiquement handicapées. Sur le plan des soins, les flux de passages entre les établissements de soins psychiatriques et les établissements pour personnes handicapées sont importants.

Ces différentes affections ont des conséquences très lourdes pour les personnes concernées en termes de limitation d'activité, de restriction à se déplacer, à effectuer les tâches quotidiennes élémentaires et à communiquer avec autrui. L'isolement social et l'inactivité professionnelle sont très fréquents parmi les personnes concernées. Les déficiences psychiques représenteraient à elles seules le quart des demandes d'allocation pour adultes handicapés (AAH)¹¹. On observe des singularités concernant le handicap psychique : variabilité d'expression en fonction de l'évolution de la maladie (avec des phases d'apparente « rémission »), faible demande d'aide (voire refus d'aide) de la part des personnes, enfin extrême difficulté à entreprendre des projets.

L'enquête HID montre que la fréquence de ces difficultés augmente fortement avec l'âge, comme pour les autres types de déficiences, en lien notamment avec l'augmentation de la prévalence des démences aux âges élevés.

Les besoins d'aide pour la vie quotidienne et l'insertion sociale des personnes concernées par ce type de handicaps sont imparfaitement approchés. L'insertion couvre ici un vaste ensemble d'initiatives, pour certaines revêtant un caractère relativement expérimental, car les besoins d'accompagnement sont extrêmement variables. Certaines personnes ont en effet une autonomie réduite et bénéficient de soins et d'accompagnements dans des structures spécialisées (MAS, CANTOU). D'autres peuvent exercer une activité au sein de structures adaptées (établissements et services d'aides par le travail notamment). De nombreuses personnes souffrant d'un handicap psychique vivent chez elles, où elles bénéficient parfois de l'accompagnement de réseaux spécialisés de prise en charge.

Concepts liés :

- Concept 8.2 : Services d'accompagnement pour adultes handicapés
- Concept 8.4 : Etablissements et services pour enfants et adolescents handicapés
- Concept 8.5 : Etablissements et services pour adultes handicapés
- Concept 8.6 : Structures d'accueil et d'accompagnement pour personnes âgées

¹⁰ Handicap d'origine psychique et évaluation des situations. J.Y. Barreyre, Y. Makdessi. CNSA, CEDIAS, 2007, 87 p

¹¹ Les demandeurs d'AAH. Une population éloignée du marché du travail. E. DEMOLY. DREES, *Etudes et résultats*, n°640, 2008, 8 p.

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

6.6.1 Nombre de personnes ayant eu recours au moins une fois à une consultation mémoire

Nombre de personnes ayant eu recours au moins une fois à une consultation mémoire, au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, D, ID	DHOS	Suivi d'activité des consultations mémoire	Disponible sur le site internet du ministère de la santé		

6.6.2 Nombre de personnes suivant un traitement médicamenteux antipsychotique

Nombre d'assurés du régime général ayant bénéficié d'un remboursement par l'Assurance maladie pour un traitement appartenant à la classe pharmaceutique des antipsychotiques, au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	CNAMTS	SNIIRAM	Disponible sur demande auprès de la CNAMTS		

6.6.3 Nombre de patients hospitalisés dans une unité d'hospitalisation de psychiatrie depuis plus d'un an

Nombre de personnes hospitalisées plein temps depuis plus d'un an dans un service hospitalier de psychiatrie, au 31 décembre de l'année considérée.

Cet indicateur est décliné par spécialité (psychiatrie générale, psychiatrie infanto-juvénile, psychiatrie en milieu pénitentiaire).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D, ID	DREES	SAE	Site internet (bordereau Q09_2)	Internet : depuis 2006	Annuelle

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- La problématique de la prévention du handicap mental, cognitif et psychique est incontestablement celle dont l'objet même pose le plus de difficultés, à cause notamment de l'absence de consensus autour des concepts utilisés et de la difficulté à apporter des réponses adaptées aux besoins d'accompagnement de ces personnes.
- Les déficiences intellectuelles représentent une part importante des situations de handicap chez les moins de vingt ans. La grande majorité des équipements médico-sociaux pour enfants et jeunes handicapés prennent en charge en effet des déficients intellectuels.
- De manière générale, l'importance du handicap psychique est sous évaluée. La pathologie mentale est pourtant particulièrement invalidante. Ainsi, parmi les personnes hospitalisées dans un service de psychiatrie fin 1998, deux personnes sur trois (aux âges d'activité) sont sans emploi, et deux sur trois ont une reconnaissance administrative d'incapacité. L'enquête HID a permis de suivre le parcours de ces patients. 43 % des patients vus une première fois en établissement psychiatrique dans le cadre de l'enquête 1998-1999 étaient toujours accueillis dans le même établissement deux ans plus tard, 11 % étant pris en charge dans un autre établissement. Une personne sur trois seulement était retournée vivre dans un logement indépendant (HID).
- Comme cela a été déjà précisé, il n'y a pas de frontière clairement établie entre le handicap mental et le handicap psychique. Le quart des personnes hospitalisées depuis plus d'un an en psychiatrie vivaient auparavant dans un établissement pour enfants ou adultes handicapés. Par ailleurs, les personnes hospitalisées en psychiatrie sont nombreuses à souffrir de déficiences associées, qu'elles soient motrices ou intellectuelles (une sur quatre).
- La prévention tertiaire repose notamment sur des structures spécialisées (voir concepts 8.4, 8.5, 8.6). Il n'a pas été possible d'identifier d'indicateurs concernant les structures de réadaptation pour des personnes atteintes de handicap psychique, qui se situent à la lisière du champ social, sanitaire, et médico-social.
- La réduction de la marginalisation sociale et de la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques est un des objectifs de la loi de santé publique (n° 61).

6.6.1 Les démences, et en particulier la maladie d'Alzheimer, ont des conséquences très importantes sur l'autonomie des personnes, et sur les relations avec l'entourage. Le nombre de personnes suivies en consultation mémoire ne permet pas de connaître le nombre de personnes effectivement concernées par ce type de maladies. Les consultations mémoire sont des lieux de diagnostic (non exclusifs), le suivi courant de ces patients dépendant des médecins traitants.

Les données sont rapportées au lieu de prise en charge et non au lieu de domicile des patients ; ceux-ci pouvant être domiciliés dans un autre département que celui de l'établissement fréquenté.

6.6.2 On ne dispose pas d'indicateurs concernant le nombre de personnes ayant un handicap psychique. Cet indicateur peut permettre, en première approche, de comparer l'importance de ces problèmes entre territoires, en rapportant cet indicateur à l'effectif de la population. Les pathologies psychiatriques sources de handicap psychique ne se limitent pas aux seules psychoses.

6.6.3 Cet indicateur peut permettre d'identifier des prises en charge inadaptées aux besoins de personnes hospitalisées dans des unités de soins psychiatriques pour des périodes très longues.

Les données sont rapportées au lieu de prise en charge et non au lieu de domicile des patients ; ceux-ci pouvant être domiciliés dans un autre département que celui de l'établissement fréquenté.

SOURCES DE DONNEES

S21. Statistique annuelle des établissements de santé - SAE (DREES)

S24. Suivi d'activité des consultations mémoire (DHOS)

S69. Système national d'information inter-régime d'assurance maladie - SNIIRAM (CNAMTS)

CONCEPT 6.7 : PREVENTION DES INCAPACITES LIEES AU VIEILLISSEMENT

DEFINITIONS ET REFERENCES

La France connaît, comme de nombreux pays européens, une profonde transformation de sa structure par âge. L'allongement de l'espérance de vie et l'arrivée à la retraite des nombreuses générations nées après la seconde guerre mondiale sont à l'origine d'une croissance forte de l'effectif des 60 ans et plus, mais aussi des groupes d'âge les plus âgés.

L'apparition des incapacités, qu'elles soient physiques, sensorielles, ou mentales, est fortement liée à l'âge. Le dénombrement des bénéficiaires de l'APA (1,1 million au 30 juin 2009) traduit l'importance des besoins d'aide pour les groupes d'âge les plus élevés, avec un taux de 20 personnes âgées de 75 ans et plus bénéficiaires de l'APA sur 100¹². Dans la mesure où l'effectif et la proportion de sujets âgés dans la société vont continuer à croître dans les années à venir, on peut s'attendre à une augmentation du nombre de personnes en situation de dépendance, et des besoins d'aide correspondant, l'ampleur de cette évolution étant toutefois variable en fonction des hypothèses d'espérance de vie sans incapacité retenues. Ainsi, au cours des deux dernières décennies, l'accroissement de l'espérance de vie s'est accompagné d'une augmentation du temps vécu sans incapacité, pour les hommes comme pour les femmes¹³.

Le rôle de la prévention est donc essentiel pour que la tendance à l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé se poursuive, afin de limiter la croissance des incapacités sévères avec l'âge.

Pour prendre en compte ces évolutions, divers programmes de santé publique ont été élaborés. Le concept de « vieillissement actif » est défini par l'OMS comme le processus d'optimisation des possibilités de santé, de participation et de sécurité dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées. En France, le plan national « Bien vieillir » (2007-2009) a ainsi pour ambition de proposer les étapes d'un chemin pour un vieillissement réussi, tant du point de vue de la santé individuelle que des relations sociales. Des actions sont proposées en direction des 55-75 ans afin de développer des comportements favorables à la santé, et de favoriser les solidarités intergénérationnelles¹⁴.

Concepts liés :

Concept 1.2 : Connaissance des publics du point de vue des limitations d'activité

Concept 7.4 : Bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

6.7.1 Espérance de vie en bonne santé

Espérance de vie en bonne santé, une année donnée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	INSEE	Espérance de vie en bonne santé	Disponible sur le site internet de l'INSEE	Depuis 1995	Annuelle

6.7.2 Nombre d'exemplaires du guide nutrition-santé 55 ans ou plus diffusés

Nombre d'exemplaires diffusés du guide nutrition-santé 55 ans ou plus, au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	INPES	Système d'information des prêts	Disponible sur demande auprès de l'INPES		

¹² L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009. C. Debout, S.H. Lo. DREES, *Etudes et Résultats*, n° 710, 2009, 6 p.

¹³ L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter. E. Cambois, A. Clavel et J.M. Robine. DREES, *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 2, 2006, pp. 7-20

¹⁴ Plan national « Bien vieillir » 2007-2009. Ministère de la santé et des solidarités, Ministère délégué à la Sécurité sociale aux personnes âgées aux personnes handicapées et à la famille, Ministère de la jeunesse des sports et de la vie associative, 2007, 32 p.

6.7.3 Pourcentage des 55-74 ans déclarant consommer moins de 3,5 portions de fruits et légumes par jour

Nombre de personnes âgées de 55 à 74 ans déclarant consommer moins de 3,5 portions de fruits et légumes par jour, divisé par l'effectif de la population âgée de 55 à 74 ans, multiplié par 100.

Cet indicateur est disponible selon le sexe.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FM	INPES	Baromètre santé nutrition	Publication INPES « Baromètre santé nutrition 2008 »		
R (Ile-de-France, Picardie, Nord-Pas-de-Calais, Haute-Normandie, Franche-Comté, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, et Champagne-Ardenne)			Disponible sur demande auprès des ORS des régions concernées		

6.7.4 Pourcentage des 55-74 ans déclarant pratiquer une activité physique favorable à la santé

Nombre de personnes âgées de 55 à 74 ans déclarant réaliser l'équivalent d'au moins 30 minutes par jour d'une activité physique modérée pendant au moins 5 jours par semaine, divisé par l'effectif de la population âgée de 55 à 74 ans, multiplié par 100.

Cet indicateur est disponible selon le sexe.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FM	INPES	Baromètre santé nutrition	Publication INPES « Baromètre santé nutrition 2008 »		
R (Ile-de-France, Picardie, Nord-Pas-de-Calais, Haute-Normandie, Franche-Comté, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, et Champagne-Ardenne)			Disponible sur demande auprès des ORS des régions concernées		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- La fréquence des incapacités augmente fortement avec l'âge et les personnes âgées devraient donc être les premières concernées par les actions de dépistage systématique des déficiences sensorielles, motrices, mentales ou psychiques (concepts 6.3 à 6.6). Or ces actions sont prioritairement tournées en direction des jeunes enfants et ne prennent pas toujours en compte les conséquences des transformations démographiques.
- Le périmètre de ce concept a volontairement été limité aux politiques de prévention primaire qui peuvent ralentir la croissance des incapacités dans la population aux âges élevés.
- Dans le plan national Bien vieillir, le groupe d'âge des 55-75 ans a été choisi comme prioritaire, afin de mobiliser les populations concernées autour d'action d'amélioration de leur santé avant que ces incapacités deviennent très fréquentes et pour partie irréversibles.

6.7.1 L'espérance de vie en bonne santé (à la naissance) ou années de vie en bonne santé (AVBS) représente le nombre d'années en bonne santé qu'une personne peut s'attendre à vivre à la naissance. Une bonne santé est définie par l'absence de limitations d'activité dans les gestes de la vie quotidienne et l'absence d'incapacités. Cet indicateur est disponible pour les hommes et pour les femmes, mais uniquement au niveau national. Il s'agit d'une valeur moyenne qui peut cacher des disparités très importantes notamment entre groupes sociaux.

6.7.2 Dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS), l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), la Direction générale de la santé et l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) édite le Guide nutrition à partir de 55 ans et un livret de professionnel. Le suivi de cet indicateur, au plan national mais surtout au plan local, peut être un indicateur de l'écho donné à ces préoccupations dans les régions. Mais ces actions ne peuvent être efficaces que si elles trouvent des relais au plan local, et notamment auprès des professionnels de santé. Le suivi de l'utilisation des guides diffusées au plan national par l'INPES répond à cette nécessité.

6.7.3 **6.7.4** Le Baromètre-santé nutrition, lancé en 2008 par l'INPES, est la seule source d'information susceptible de produire des données locales pour ces indicateurs. Il comporte en effet des extensions dans les régions : Ile-de-France, Picardie, Nord-Pas-de-Calais, Haute-Normandie, Franche-Comté, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, et Champagne-Ardenne. Les résultats seront diffusés à partir de 2010.

6.7.3

- L'augmentation de la consommation de fruits et de légumes est l'un des neuf objectifs nutritionnels prioritaires du Programme national nutrition santé (PNNS 2006-2010). Ce programme national prévoit de réduire le nombre de petits consommateurs de fruits et légumes en passant d'une prévalence en 2000 de 60 % à 45 % en 2008. Un petit consommateur est défini comme consommant moins de 1,5 portion de fruits et moins de 2 portions de légumes quotidiennement. L'axe 2 du Plan Bien vieillir 2007-2009 vise également à promouvoir une alimentation équilibrée pour rester en forme après 55 ans.
- Le suivi de cet indicateur pour les 55-74 ans est d'autant plus important que, dans ce groupe d'âge, la proportion de personnes ayant une alimentation considérée comme équilibrée est nettement plus importante que dans le reste de la population, sans que l'on puisse identifier si cette situation est liée à un effet d'âge, ou de génération. Les générations à venir conserveront-elles leurs habitudes de vie en matière de consommation alimentaire ?

6.7.4 La promotion de l'activité physique et sportive (APS) est le troisième axe du plan national Bien vieillir 2007-2009. On dispose en effet depuis longtemps de données cliniques qui montrent les effets positifs et durables de l'activité physique sur la santé. Pour les personnes âgées, les activités physiques préviennent la dépendance physique, les chutes et contribuent à une meilleure qualité de vie.

Le questionnaire permet de décrire l'activité physique, d'après trois niveaux d'intensité (marche, activités d'intensité moyenne et activités d'intensité élevée), en termes de fréquence hebdomadaire (nombre de jours/semaine) et de durée par jour où des activités de ces niveaux sont effectuées. Grâce aux informations recueillies dans ces trois catégories de dépense énergétique, il est possible, en suivant les règles préconisées par le comité de recherche IPAQ, d'estimer une dépense énergétique hebdomadaire en équivalents métaboliques, exprimée en MET-minutes/semaine. Le classement des individus peut être effectué selon les niveaux d'équivalents métaboliques ainsi calculés à partir du nombre de jours et de la durée des activités physiques. Trois classes sont proposées : classe de niveau "bas", "modéré" et "élevé".

Le choix a été fait de retenir la classe au moins "modérée" de l'IPAQ comme minimum à atteindre au regard de l'indicateur d'objectif et du repère du PNNS relatifs à l'activité physique. Les proportions de sujets atteignant la classe "élevée" de l'IPAQ sont également décrites.

SOURCES DE DONNEES

- S46. Espérance de vie en bonne santé (INSEE)
- S53. Baromètre santé nutrition (INPES)
- S55. Plan de diffusion des guides PNNS (INPES)

7

COMPENSATION INDIVIDUELLE ET AIDES INDIVIDUELLES

Les principaux fondements du système actuel d'aide sociale en faveur des personnes en situation de handicap datent de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 qui a conduit à la création de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH), de l'Allocation d'éducation spéciale (AES), devenue l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) au 1er janvier 2006, et de l'Allocation compensatrice tierce personne (ACTP). La **loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001** a institué l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) 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. Le **droit à la compensation** instauré par la **loi n° 2005-102 du 11 février 2005** pour répondre aux **besoins de compensation** des personnes handicapées, au regard de leur projet de vie s'appuie sur une nouvelle prestation : la prestation de compensation (PCH) qui permet de financer, en complément des autres aides existantes, des aides humaines, mais aussi des aides techniques, des aménagements du logement ou du véhicule, des surcoûts liés aux frais de transport, des charges spécifiques ou exceptionnelles, des aides animalières. La PCH remplace progressivement l'ACTP. De même, depuis l'entrée en vigueur de l'APA, l'ACTP ne peut plus être attribuée aux personnes âgées.

► Au 1^{er} janvier 2009¹ environ 850 000 personnes sont bénéficiaires de l'AAH et 161 500 perçoivent l'AEEH. Au 30 juin 2009² plus d'un million de personnes bénéficient de l'APA, près de 100 000 personnes tous âges confondus ont conservé l'ACTP et environ 72 000 ont bénéficié d'un paiement au titre de la PCH (près de 96 000 ayant un droit reconnu pour cette prestation). Plus d'un million de personnes ont perçu une pension d'invalidité en 2008 dont 53 % pour le seul régime général¹. Par ailleurs 1,4 millions de rentes d'accidents du travail-maladies professionnelles ont été versées en 2008 au bénéfice des seuls assurés du régime général³.

► **Les aides ou prestations sont délivrées au niveau départemental mais les outils et barèmes d'appréciation pour en bénéficier sont nationaux** : le **guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées** est, depuis 1993, l'outil de référence pour déterminer le taux d'incapacité, premier critère d'éligibilité à l'AAH, l'AEEH, l'ACTP et la carte d'invalidité ; la **grille Autonomie gérontologie groupes iso-ressources (AGGIR)** est l'outil qui permet de déterminer l'appartenance à un « GIR » corrélé à un besoin d'aide dans la vie quotidienne pour les personnes âgées, ce qui conditionne l'éligibilité à l'APA ; le **référentiel pour l'accès à la prestation de compensation** annexé au décret du 19 décembre 2005 est basé sur la détermination d'un niveau de difficulté pour 19 activités, un nombre de difficultés graves et absolues à réaliser ces activités conditionnant l'éligibilité à la PCH ; les barèmes spécifiques aux accidents du travail et maladies professionnelles permettent d'obtenir un taux d'incapacité permanente partielle et donc de déterminer les droits des personnes aux rentes et accidents du travail ou maladies professionnelles. L'invalidité quant à elle est reconnue après évaluation par le médecin conseil de l'assurance maladie sans qu'il y ait de barème spécifique et permet d'apprécier la réduction de la capacité de travail.

Chaque outil permet d'étudier l'éligibilité à une aide, un outil pouvant être commun à plusieurs aides. L'évaluation de la situation et des besoins d'une même personne doit donc prendre en compte les dimensions de ces différents outils si les réponses à ces besoins nécessitent l'intervention de plusieurs aides ne relevant pas d'outils identiques.

► La thématique traite des bénéficiaires ou allocataires de prestations individuelles que sont l'AEEH, la PCH, l'APA, l'ACTP, ainsi que des aides sous forme de revenus de remplacement : l'AAH et les pensions d'invalidité. Certaines de ces aides incluent des éléments importants de compensation que sont les aides techniques et aménagements du logement.

Elle écarte de son champ la précarité des personnes âgées (le minimum vieillesse est exclu) et n'aborde pas la question des aidants qui participent au maintien à domicile, très peu prise en compte par ces prestations.

Les bénéficiaires sont connus et recensés par les instances de paiement.

¹ Programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA », 2010, disponible sur le site internet du Portail de la Sécurité sociale http://www.securite-sociale.fr/chiffres/stat/prog_qualite_efficience/pqe.htm

² L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009. DREES, *Etudes et résultats*, n°710, 2009.

³ Rapport de gestion 2008. Branche AT-MP. CNAMTS

► Les indicateurs présentés dans cette thématique concernent les bénéficiaires d'aides individuelles décidées par :

- les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) : allocation d'éducation de l'enfant handicapé (concept 7.1), prestation de compensation (concept 7.2), allocation compensatrice tierce personne (concept 7.3), allocation aux adultes handicapés (concept 7.5)

- les conseils généraux : allocation personnalisée d'autonomie APA (concept 7.4)

- l'Assurance maladie : pensions d'invalidité, rentes accidents du travail-maladies professionnelles (concept 7.8).

Le concept 7.6 concerne les aides techniques et le concept 7.7 les aménagements du logement au titre de la compensation individuelle.

► Cette thématique est étroitement liée à la thématique 1 « connaissance des publics en situation de handicap et de dépendance » car même si la connaissance du nombre et des caractéristiques des bénéficiaires par type d'aide ne permet pas une vue détaillée de la population en situation de handicap ou de perte d'autonomie, elle est aujourd'hui le moyen de l'approcher : les outils d'éligibilité orientent la connaissance des publics par type d'aide.

Elle est également indissociable des concepts de la thématique 2, concept 2.1 « Maisons départementales des personnes handicapées » et concept 2.2 « Equipes médico-sociales APA », lieux dans lesquels se déroulent l'instruction des demandes, l'évaluation de la situation et des besoins des personnes, le recours aux outils d'éligibilité et se forment les décisions. A la notion de bénéficiaires/allocataires, il est possible de confronter les nombres de demandes instruites et les décisions prises.

Les moyens mobilisés pour financer les aides sont présentés dans les concepts 9.1 « compensation individuelle, aides individuelles » et 9.2 « pensions d'invalidité et rentes accidents du travail-maladies professionnelles » dans la thématique T9 « financements publics ».

CONCEPT 7.1 : BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION D'ÉDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPÉ (AEEH)	
7.1.1 Nombre de bénéficiaires de l'AEEH	159
7.1.2 Taux de bénéficiaires de l'AEEH	159
7.1.3 Nombre de bénéficiaires d'un complément d'AEEH	159
7.1.4 Part des allocataires de l'AEEH percevant l'AJPP	159
CONCEPT 7.2 : BÉNÉFICIAIRES DE LA PRESTATION DE COMPENSATION (PCH)	
7.2.1 Nombre de bénéficiaires de la PCH.....	162
7.2.2 Taux de bénéficiaires de la PCH.....	162
7.2.3 Nombre de bénéficiaires par élément de la PCH	162
7.2.4 Nombre de personnes payées au titre de la PCH.....	162
7.2.5 Part des personnes payées pour chacun des éléments de la PCH.....	162
7.2.6 Montant mensuel moyen de la PCH par personne payée.....	163
CONCEPT 7.3 : BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION COMPENSATRICE POUR TIERCE PERSONNE (ACTP)	
7.3.1 Nombre de bénéficiaires de l'ACTP.....	164
7.3.2 Taux de bénéficiaires de l'ACTP.....	165
CONCEPT 7.4 : BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)	
7.4.1 Nombre de bénéficiaires de l'APA.....	166
7.4.2 Taux de bénéficiaires de l'APA	167
7.4.3 Nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile	167
7.4.4 Montant mensuel moyen de l'APA à domicile par bénéficiaire.....	167
7.4.5 Nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement.....	167
7.4.6 Montant mensuel moyen de l'APA en établissement par bénéficiaire.....	168
CONCEPT 7.5 : BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPÉS (AAH)	
7.5.1 Nombre d'allocataires de l'AAH	171
7.5.2 Taux d'allocataires de l'AAH	171
7.5.3 Nombre d'allocataires de compléments d'AAH	171
CONCEPT 7.6 : AIDES TECHNIQUES	
7.6.1 Taux de personnes vivant à domicile qui utilisent des aides techniques pour différentes catégories d'aides techniques	174
7.6.2 Taux de personnes vivant à domicile ayant besoin de différentes catégories d'aides techniques.....	174
7.6.3 Proportion de besoins satisfaits parmi l'ensemble des besoins déclarés pour diverses aides techniques	174
7.6.4 Nombre d'aides techniques remboursées par l'Assurance maladie	175
7.6.5 Nombre d'aides techniques attribuées au titre de la PCH	175
7.6.6 Montant moyen accordé au titre de l'élément aides techniques de la PCH.....	175
CONCEPT 7.7 : AMÉNAGEMENTS DU LOGEMENT	
7.7.1 Pourcentage de personnes déclarant des difficultés d'accès à l'immeuble, au logement et aux différentes pièces de leur logement, parmi les personnes ayant au moins une déficience.....	178
7.7.2 Taux de personnes vivant à domicile disposant d'aménagements du logement.....	178
7.7.3 Taux de personnes vivant à domicile ayant besoin d'aménagements de leur logement	178
7.7.4 Proportion de besoins satisfaits en termes d'aménagement de logement parmi l'ensemble des besoins déclarés pour divers équipements adaptés	179
7.7.5 Nombre d'aménagements de logement attribués au titre de la PCH	179
7.7.6 Montant moyen attribué au titre de la PCH pour l'aménagement du logement	179
7.7.7 Nombre de logements privés ayant bénéficié d'un financement de l'ANAH au titre de l'adaptation au handicap ou au vieillissement.....	179
CONCEPT 7.8 : BÉNÉFICIAIRES DE PENSIONS D'INVALIDITÉ OU DE RENTES D'ACCIDENTS DU TRAVAIL-MALADIES PROFESSIONNELLES	
7.8.1 Nombre de bénéficiaires d'une pension d'invalidité, relevant du régime général	182
7.8.2 Nombre de bénéficiaires d'une rente accidents du travail-maladies professionnelles, relevant du régime général	182
7.8.3 Nombre de décisions favorables du service médical pour l'attribution de pensions d'invalidité ou de rente accidents du travail-maladies professionnelles parmi les assurés du régime général	182
7.8.4 Nombre de salariés agricoles bénéficiaires d'une pension d'invalidité	182
7.8.5 Nombre de salariés agricoles bénéficiaires d'une rente accidents du travail-maladies professionnelles.....	182
7.8.6 Nombre d'exploitants agricoles bénéficiaires d'une pension d'invalidité	183
7.8.7 Nombre d'exploitants agricoles bénéficiaires d'une rente accidents du travail-maladies professionnelles	183
7.8.8 Nombre de bénéficiaires d'une pension de retraite anticipée pour invalidité parmi les fonctionnaires d'Etat.....	183
7.8.9 Nombre de bénéficiaires d'une rente viagère d'invalidité ou d'une allocation temporaire d'invalidité parmi les fonctionnaires d'Etat.....	183
7.8.10 Nombre de bénéficiaires d'une pension d'invalidité parmi les fonctionnaires territoriaux ou hospitalier	183
7.8.11 Nombre de bénéficiaires d'une rente d'invalidité ou d'une allocation temporaire d'invalidité parmi les fonctionnaires territoriaux ou hospitaliers	183

CONCEPT 7.1 : BENEFICIAIRES DE L'ALLOCATION D'EDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPE (AEEH)

DEFINITIONS ET REFERENCES

Sont **bénéficiaires** de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), les enfants âgés de moins de 20 ans, ayant des droits ouverts à l'AEEH. Un **allocataire** est une personne qui assume la charge effective et permanente d'un enfant bénéficiaire de l'AEEH, qui a fait valoir ses droits auprès d'un organisme débiteur des prestations familiales et perçoit l'allocation.

Créée par la loi n°2005-102 du 11 février 2005, l'AEEH est une aide destinée à compenser les frais et l'aide spécifique apportée à un enfant en lien avec son handicap. Elle est attribuée, sans condition de ressources, sur décision de la commission des droits et de l'autonomie (CDAPH) à tout jeune de moins de vingt 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 un dispositif d'enseignement collectif dédié à la scolarisation des élèves handicapés ou s'il recourt à des mesures d'accompagnement ou à des soins dans le cadre de mesures préconisées par la CDAPH. L'AEEH n'est pas due lorsque l'enfant est placé en internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour par l'assurance maladie, l'Etat ou l'aide sociale (sauf pour les périodes de congés ou de suspension de la prise en charge). L'AEEH fait partie des prestations familiales légales financées par la branche famille de la sécurité sociale. Elle est servie par la caisse d'allocations familiales (CAF), la mutualité sociale agricole (MSA) ou les caisses des régimes spéciaux.

L'AEEH a remplacé l'allocation d'éducation spéciale (AES) au 1er janvier 2006.

En plus de l'allocation de base, les jeunes handicapés peuvent bénéficier d'un **complément d'AEEH** (avec six niveaux possibles, en fonction de l'importance des dépenses ou du recours à une tierce personne liés au handicap). Depuis le 1er avril 2008, les parents d'enfants handicapés peuvent choisir de percevoir le complément de l'AEEH ou la prestation de compensation (PCH).

Les personnes assumant seules la charge de l'enfant handicapé peuvent également bénéficier d'une **majoration spécifique** pour parent isolé. Les parents qui cessent ponctuellement leur activité professionnelle pour s'occuper de l'enfant handicapé nécessitant la présence d'un parent à ses côtés peuvent prétendre à un congé de présence parentale (pour les salariés), et bénéficier d'une **allocation journalière de présence parentale (AJPP)** visant à compenser la perte de revenus.

Textes de références :

Code de la sécurité sociale (L541-1 à L541-4, R541-1 à R541-4)

Guide barème : Code de l'action sociale et des familles (Annexe 2-4)

Concepts liés :

- Concept 1.3 : Population connue des dispositifs
- Concept 2.1 : Maisons départementales des personnes handicapées
- Concept 7.2 : Bénéficiaires de la prestation de compensation
- Concept 9.1 : Compensation individuelle, aides individuelles

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

7.1.1 Nombre de bénéficiaires de l'AEEH

Nombre d'enfants ayant des droits ouverts à l'AEEH et pour lesquels le parent allocataire a perçu cette allocation pour le mois de décembre de l'année considérée (tous régimes de sécurité sociale confondus).

Cet indicateur est décliné selon

- l'âge
- le type de famille (monoparentale ou couple de parents)

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNAF	Recueil annuel	Publication CNAF « Prestations familiales. Statistiques nationales »	Depuis 1997 (pour l'AES)	Annuelle
FE, D	CNAF, CCMSA	Systèmes de gestion des prestations familiales	Selon disponibilité auprès des caisses nationales (CNAF et CCMSA)		
D, ID	CAF, MSA		Selon disponibilité auprès des caisses locales d'allocations familiales (CAF et MSA)		

7.1.2 Taux de bénéficiaires de l'AEEH

Nombre d'enfants bénéficiaires de l'AEEH (indicateur 7.1.1), divisé par l'effectif de la population des moins de 20 ans et multiplié par 100.

7.1.3 Nombre de bénéficiaires d'un complément d'AEEH

Nombre d'enfants ayant des droits ouverts à un complément d'AEEH et pour lesquels le parent allocataire a perçu ce complément pour le mois de décembre de l'année considérée (tous régimes de sécurité sociale confondus).

Cet indicateur est décliné selon le type de complément.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNAF	Recueil annuel	Publication CNAF « Prestations familiales. Statistiques nationales »	Depuis 1997 (pour l'AES)	Annuelle
FE, D	CNAF, CCMSA	Systèmes de gestion des prestations familiales	Selon disponibilité auprès des caisses nationales (CNAF ou CCMSA)		
D, ID	CAF, MSA		Selon disponibilité auprès des caisses locales d'allocations familiales (CAF et MSA)		

7.1.4 Part des allocataires de l'AEEH percevant l'AJPP

Nombre d'allocataires ayant perçu à la fois l'AEEH et l'AJPP, divisé par le nombre total d'allocataires de l'AEEH pour le mois de décembre de l'année considérée et multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNAF	Recueil annuel	Publication CNAF « Prestations familiales. Statistiques nationales »	Depuis 2005	Annuelle
FE, D	CNAF, CCMSA	Systèmes de gestion des prestations familiales	Selon disponibilité auprès des caisses nationales (CNAF et CCMSA)		
D, ID	CAF, MSA		Selon disponibilité auprès des caisses locales d'allocations familiales (CAF et MSA)		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- En ce qui concerne l'AEEH, le bénéficiaire de la prestation (l'enfant ou l'adolescent handicapé) n'est pas l'allocataire (la personne qui a la charge de l'enfant). Les indicateurs présentés ci-dessus concernent soit le bénéficiaire soit l'allocataire. Dans les publications, cette distinction n'est pas toujours clairement identifiée.

- L'effectif des bénéficiaires est supérieur à celui des allocataires : il n'est pas rare en effet qu'au sein d'une même famille plusieurs enfants bénéficient de cette prestation. En 2007⁴, on dénombre 105 enfants bénéficiaires de l'AEEH pour 100 familles allocataires percevant cette prestation.
- Le nombre de bénéficiaires de l'AEEH est fluctuant dans l'année : en effet, les jeunes en internat dans un établissement médico-social ne bénéficient de l'allocation que pendant les périodes où ils sont présents au domicile parental ; ceci influe sur les données mensuelles.
- La répartition selon le sexe n'est pas toujours disponible dans les publications. Il s'agit pourtant d'un indicateur pertinent car le taux de bénéficiaires de l'allocation est plus important chez les garçons que chez les filles. En l'occurrence, le sexe de l'enfant ne figure pas dans les fichiers statistiques de la CNAF.
- Les ressortissants du régime général de la sécurité sociale représentent la grande majorité des allocataires de l'AEEH - 95 % en 2007 -, tandis que ceux du régime agricole représentent 3 % et ceux des régimes spéciaux 1 %. Il convient toutefois de bien tenir compte des données du régime agricole et des régimes spéciaux car ces régimes sont différemment représentés sur le territoire.
- Les CAF peuvent fournir des données départementales ou infra-départementales. Il convient d'utiliser les données annuelles à fin décembre pour que les statistiques soient comparables aux publications nationales. En effet, il existe un décalage dans la manière de compter : les données mensuelles sont issues du fichier mensuel qui ne tient pas compte des bénéficiaires n'ayant pas perçu leur prestation au cours du mois tandis que les données annuelles à fin décembre sont réalisées début février en tenant compte des allocataires ayant perçu tardivement des allocations payées au titre de décembre.

7.1.1

- Depuis 2006, les enfants en internat dans un établissement médico-social, bénéficiaires de l'AEEH de manière temporaire lors de leur retour au domicile parental, sont intégrés aux statistiques annuelles, ce qui n'était pas le cas auparavant. La série 2002-2005 a été rectifiée pour tenir compte de cette modification et faciliter les comparaisons dans le temps. Les tableaux de résultats présentés par la CNAF présentent des données non rectifiées et des données rectifiées.
- Par ailleurs, depuis 2007, cette prestation étant mensualisée, les statistiques annuelles ne prennent en compte que les bénéficiaires qui ont un paiement au titre du mois de décembre, soit une faible proportion des bénéficiaires potentiels, la plupart des demandes étant effectuées pour les vacances d'été.
- Le nombre de bénéficiaires de l'AEEH, tous régimes de sécurité sociale confondus, régime général, agricole et spéciaux, n'est disponible que dans les statistiques annuelles de la CNAF.

7.1.3 Les statistiques concernant le nombre de bénéficiaires de compléments d'AEEH ne reflètent qu'une partie des personnes effectivement bénéficiaires d'aides à la compensation, puisque les parents d'enfants handicapés peuvent choisir entre le complément d'AEEH et la PCH, voire cumuler les deux dans le cas où l'enfant n'a besoin que de l'élément 3 de la PCH (aménagement de logement, de véhicule, surcoûts liés aux frais de transport).

7.1.4 La part des allocataires de l'AEEH percevant l'AJPP est un indicateur calculé par famille quel que soit le nombre d'enfants bénéficiaires au sein de la famille.

SOURCES DE DONNEES

- S60. Systèmes de gestion des prestations familiales (CCMSA)
- S64. Recueil annuel (CNAF)
- S65. Systèmes de gestion des prestations familiales (CNAF)

⁴ Recueil annuel. Statistiques nationales. CNAF, 2009

CONCEPT 7.2 : BENEFICIAIRES DE LA PRESTATION DE COMPENSATION (PCH)

DEFINITIONS ET REFERENCES

Sont **bénéficiaires** de la prestation de compensation (PCH) les personnes ayant des droits ouverts pour cette prestation et ayant fait valoir leurs droits, à une date donnée. Les **personnes payées au titre de la PCH** sont celles qui ont reçu un paiement du conseil général pour au moins un élément de la prestation, sur une période donnée.

Créée par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, la PCH vise à répondre aux besoins de compensation des personnes handicapées présentant une difficulté absolue ou deux difficultés graves à réaliser une ou plusieurs activités parmi les 19 activités du référentiel d'accès à la PCH, au regard de leur projet de vie, en sus des prestations existantes. Cette prestation comprend cinq éléments : les aides humaines (élément 1), les aides techniques (élément 2), l'aménagement du logement, du véhicule et les surcoûts éventuels liés aux frais de transport (élément 3), les charges spécifiques ou exceptionnelles (élément 4), les aides animalières (élément 5). La PCH est versée par les conseils généraux.

La PCH est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006. Elle existe à domicile et en établissement.

Du 1er janvier 2006 au 31 mars 2008, la PCH concerne les personnes ayant dépassé l'âge d'ouverture des droits à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (20 ans) et de moins de 60 ans.

Toutefois :

- les bénéficiaires de l'ACTP peuvent à tout âge demander à bénéficier de la PCH ;
- les personnes dont le handicap répondait avant 60 ans aux critères d'éligibilité à la PCH peuvent solliciter la prestation jusqu'à 75 ans ;
- les personnes ayant dépassé l'âge de 60 ans mais exerçant une activité professionnelle et dont le handicap répond aux critères d'éligibilité à la PCH peuvent solliciter la prestation ;
- les enfants peuvent demander à bénéficier de l'élément 3 de la PCH.

Depuis le 1er avril 2008, la PCH a été étendue aux enfants pour tous les éléments.

Textes de références :

Prestation de compensation : Code de l'action sociale et des familles - CASF (L245-1 à L245-14, R245-1 à R245-72, D245-73 à D245-78)

Référentiel pour l'accès à la prestation de compensation : CASF (Annexe 2-5), décret n°2005-1591 du 19 décembre 2005

Concepts liés :

- Concept 1.3 : Population connue des dispositifs
- Concept 2.1 : Maisons départementales des personnes handicapées
- Concept 7.1 : Bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé
- Concept 7.3 : Bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne
- Concept 7.6 : Aides techniques
- Concept 7.7 : Aménagements du logement
- Concept 7.8 : Bénéficiaires de pensions d'invalidité ou de rentes accidents du travail-maladies professionnelles
- Concept 9.1 : Compensation individuelle, aides individuelles

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

7.2.1 Nombre de bénéficiaires de la PCH

Nombre de personnes vivant à domicile ou en établissement ayant des droits ouverts à la PCH au 31 décembre de l'année considérée, ayant ou non perçu la prestation au cours du mois de décembre de l'année considérée.

Cet indicateur est décliné selon

- l'âge (moins de 20 ans, 20-59 ans, 60 ans ou plus)
- le lieu de vie (domicile, établissement)
- l'âge (moins de 20 ans, 20-59 ans, 60 ans ou plus) et le lieu de vie (domicile, établissement)

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, D	DREES	Enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale	Publication DREES - Série Statistiques « Bénéficiaires de l'aide sociale départementale »	Depuis 2006	Annuelle
D, ID	Conseils généraux	Système de gestion des aides départementales	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

7.2.2 Taux de bénéficiaires de la PCH

- **Taux de bénéficiaires de la PCH pour les enfants** : nombre de bénéficiaires de la PCH vivant à domicile ou en établissement âgés de moins de 20 ans (indicateur 7.2.1 pour les moins de 20 ans), divisé par l'effectif de la population âgée de moins de 20 ans, multiplié par 100.

- **Taux de bénéficiaires de la PCH pour les adultes** : nombre de bénéficiaires de la PCH vivant à domicile ou en établissement âgés de 20 à 59 ans (indicateur 7.2.1 pour les 20-59 ans), divisé par l'effectif de la population âgée de 20 à 59 ans, multiplié par 100.

7.2.3 Nombre de bénéficiaires par élément de la PCH

Pour chacun des cinq éléments de la PCH, nombre de personnes ayant des droits ouverts au 31 décembre de l'année considérée, ayant ou non perçu la prestation au cours du mois de décembre de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
D, ID	Conseils généraux	Système de gestion des aides départementales	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

7.2.4 Nombre de personnes payées au titre de la PCH

Nombre de personnes ayant reçu un paiement du conseil général au titre d'au moins un élément de la PCH, au cours du dernier mois du trimestre considéré.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DREES	Enquête trimestrielle sur la PCH	Publication DREES - Série Etudes et Résultats « L'APA et la PCH au 30 juin / 31 décembre »	1ère parution au 30 juin 2007	Semestrielle
D, ID	Conseils généraux	Système de gestion des aides départementales	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

7.2.5 Part des personnes payées pour chacun des éléments de la PCH

Pour chaque élément de la PCH, nombre de personnes ayant reçu un paiement du conseil général au cours du dernier mois du trimestre, divisé par le nombre total de personnes payées au titre de la PCH (indicateur 7.2.4) au cours de la même période, et multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DREES	Enquête trimestrielle sur la PCH	Publication DREES - Série Etudes et Résultats « L'APA et la PCH au 30 juin / 31 décembre »	1ère parution au 30 juin 2007	Semestrielle
D, ID	Conseils généraux	Système de gestion des aides départementales	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

7.2.6 Montant mensuel moyen de la PCH par personne payée

Montant total versé (en euros) par le conseil général au titre de la PCH au cours du dernier mois du trimestre, divisé par le nombre total de personnes payées au titre de la PCH (indicateur 7.2.4) au cours de la même période.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DREES	Enquête trimestrielle sur la PCH	Publication DREES - Série Etudes et Résultats « L'APA et la PCH au 30 juin / 31 décembre »	1ère parution au 30 juin 2007	Semestrielle
D, ID	Conseils généraux	Système de gestion des aides départementales	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

Le système d'aides en faveur des personnes handicapées connaît des évolutions législatives et réglementaires importantes et la pertinence des indicateurs utilisés peut évoluer rapidement au gré de ces changements. C'est le cas en particulier pour les indicateurs concernant la PCH.

L'analyse de la PCH doit être rapprochée de celle de l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP) pour les adultes (20-59 ans), et de celle des compléments d'AEEH pour les moins de 20 ans.

Depuis le 1^{er} janvier 2006, les bénéficiaires de l'ACTP peuvent, lors du renouvellement d'attribution de leur allocation, opter pour la PCH. Le choix pour la PCH est irréversible.

Depuis le 1^{er} avril 2008, les bénéficiaires d'un ou plusieurs compléments d'AEEH peuvent choisir d'opter pour la PCH. Le choix pour la PCH est réversible.

Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité de catégorie 3 qui bénéficient de la majoration pour tierce personne (MTP) peuvent également, sous conditions, bénéficier de la prestation de compensation.

Il existe un différentiel important entre le nombre de personnes ayant des droits ouverts pour la PCH (bénéficiaires) et celles qui perçoivent effectivement un paiement au titre de la PCH (personnes payées) : respectivement 77 500 et 58 200 personnes en décembre 2008⁵. Cette situation peut correspondre à différents cas de figure : personnes en attente de trouver un aidant pour l'élément « aide humaine », personnes n'ayant pas encore fourni une facture ou un devis pour d'autres éléments, versements ponctuels au cours d'un mois précédent...

Les évolutions des indicateurs doivent être interprétées avec prudence car le périmètre n'est pas constant sur la période. Entre le 1^{er} janvier 2006 et le 1^{er} avril 2008, les enfants ne pouvaient prétendre qu'à l'élément 3 de la prestation de compensation. Depuis le 1^{er} avril 2008, ils peuvent opter pour tous les éléments de la PCH quel que soit leur nombre.

7.2.1 Le nombre de bénéficiaires de la PCH n'est pas le nombre de personnes handicapées.

7.2.2 Les évolutions constatées pour les enfants doivent être analysées en tenant compte des évolutions intervenues en matière de conditions d'accès à la prestation.

7.2.3 Les bénéficiaires peuvent avoir des droits ouverts pour plusieurs éléments de la PCH. La somme du nombre de bénéficiaires pour chacun des cinq éléments de la PCH (indicateur 7.2.3) est supérieure au nombre de bénéficiaires de la PCH (indicateur 7.2.1).

7.2.5 Les bénéficiaires peuvent percevoir plusieurs éléments de la PCH. La somme des parts des personnes payées pour chacun des éléments est donc supérieure à 100.

SOURCES DE DONNEES

S13. Enquêtes annuelles sur les bénéficiaires et les dépenses de l'aide sociale départementale (DREES)

S17. Enquête trimestrielle sur la PCH (DREES)

S87. Système de gestion des aides départementales (Conseils généraux)

⁵ L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 31 décembre 2008. DREES, Etudes et résultats n°690, mai 2009.

CONCEPT 7.3 : BENEFICIAIRES DE L'ALLOCATION COMPENSATRICE POUR TIERCE PERSONNE (ACTP)

DEFINITIONS ET REFERENCES

Sont **bénéficiaires** de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) les personnes ayant des droits ouverts pour cette allocation et ayant fait valoir leurs droits, à une date donnée. En pratique, le nombre de bénéficiaires est assimilé au nombre de personnes percevant l'ACTP, un mois donné.

L'ACTP a été créée par la loi n°75-534 du 30 juin 1975. Cette allocation est destinée aux personnes handicapées dont le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 80 % et qui ont besoin de l'aide d'une autre personne pour les actes essentiels de la vie. L'ACTP est une prestation en espèces, soumise à conditions de ressources, qui est versée par les conseils généraux.

L'ACTP concerne les personnes âgées d'au moins 20 ans (ou d'au moins 16 ans si la personne n'est plus considérée à la charge de ses parents au sens des prestations familiales). Elle existe à domicile et en établissement.

Cette allocation est vouée à disparaître dans la mesure où, depuis le 1^{er} janvier 2006, seuls les renouvellements sont possibles. L'ACTP est progressivement remplacée par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation (PCH) :

- depuis le 1^{er} janvier 2002, pour toute nouvelle demande, les personnes de 60 ans et plus accèdent à l'APA ;
- depuis le 1^{er} janvier 2006, pour toute nouvelle demande, les personnes de moins de 60 ans ou celles qui exercent une activité professionnelle après 60 ans, accèdent à la PCH ;
- depuis le 1^{er} janvier 2006, pour toute nouvelle demande, les personnes dont le handicap répondait aux critères d'éligibilité à la PCH avant 60 ans peuvent solliciter la PCH jusqu'à 75 ans.

Les bénéficiaires de l'ACTP d'avant 2002 ou d'avant 2006 ont le choix, à chaque demande de renouvellement de l'allocation, entre le maintien de l'ACTP et le bénéfice de la PCH ou de l'APA, sous réserve qu'ils remplissent les conditions d'attribution.

Textes de références :

Allocation compensatrice pour tierce personne : Code de l'action sociale et des familles - CASF (D245-3, R245-32), CASF dans sa rédaction antérieure à la loi n°2005-102 du 11 février 2005 (L245-1, D ou R245-1 à 20)

Guide barème : CASF (Annexe 2-4)

Concepts liés :

- Concept 1.3 : Population connue des dispositifs
- Concept 2.1 : Maisons départementales des personnes handicapées
- Concept 7.2 : Bénéficiaires de la prestation de compensation
- Concept 7.4 : Bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie
- Concept 9.1 : Compensation individuelle, aides individuelles

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

7.3.1 Nombre de bénéficiaires de l'ACTP

Nombre de personnes à domicile ou en établissement ayant des droits ouverts à l'ACTP, au 31 décembre de l'année considérée.

Cet indicateur peut être décliné selon :

- l'âge (moins de 60 ans, 60 ans ou plus)
- le lieu de vie (domicile, établissement)

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, D	DREES	Enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale	Publication DREES - Série Statistiques « Bénéficiaires de l'aide sociale départementale »	Historique des cinq dernières années à chaque parution	Annuelle
D, ID	Conseils généraux	Système de gestion des aides départementales	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

7.3.2 Taux de bénéficiaires de l'ACTP

- **Taux de bénéficiaires de l'ACTP pour les moins de 60 ans** : nombre de bénéficiaires de l'ACTP vivant à domicile ou en établissement âgés de 20-59 ans (indicateur 7.3.1 pour les moins de 60 ans), divisé par l'effectif de la population des 20-59 ans, multiplié par 100.

- **Taux de bénéficiaires de l'ACTP pour les 60 ans et plus** : nombre de bénéficiaires de l'ACTP vivant à domicile ou en établissement âgés de 60 ans et plus (indicateur 7.3.1 pour les 60 ans et plus), divisé par l'effectif de la population âgée de 60 ans et plus, multiplié par 100.

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- L'analyse de l'ACTP (nombre de bénéficiaires, taux de bénéficiaires) a du sens soit en termes d'évolution pour mesurer la « décroissance » de l'allocation, soit en combinaison avec le nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'APA, à condition de distinguer d'une part parmi les bénéficiaires de l'ACTP ceux de moins de 60 ans et ceux de 60 ans et plus et d'autre part, parmi les bénéficiaires de la PCH, les moins de 60 ans des 60 ans et plus - groupe d'âge pour lequel les trois prestations coexistent (APA, PCH et ACTP).
- Le nombre de bénéficiaires de l'ACTP ne permet pas de cibler une population ayant des besoins d'aides pour les actes essentiels de la vie. L'ACTP est progressivement remplacée par la prestation de compensation (PCH) ou l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). L'effectif de bénéficiaires de l'ACTP ne représente que les personnes ayant préféré conserver l'ACTP à la possibilité qui leur est offerte de choisir l'APA ou la PCH, et celles qui n'ont pas encore eu à choisir entre un renouvellement d'ACTP et un passage à l'APA ou la PCH.

7.3.1 Le nombre de bénéficiaires de l'ACTP est le nombre total de personnes bénéficiaires à une date donnée. La part des 60 ans et plus parmi les bénéficiaires de l'ACTP a fortement décru à la mise en place de la prestation spécifique dépendance (1997) puis de l'APA (2002).

7.3.2 L'analyse du taux de bénéficiaires de l'ACTP n'a pas de sens en soi, il n'a de sens qu'en évolution.

SOURCES DE DONNEES

S13. Enquêtes annuelles sur les bénéficiaires et les dépenses de l'aide sociale départementale (DREES)

S87. Système de gestion des aides départementales (Conseils généraux)

CONCEPT 7.4 : BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)

DEFINITIONS ET REFERENCES

Sont **bénéficiaires** de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) les personnes ayant des droits ouverts pour cette allocation et ayant fait valoir leurs droits, à une date donnée. En pratique, le nombre de bénéficiaires est assimilé au nombre de personnes percevant l'APA, un mois donné.

Créée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, l'APA vise à permettre aux personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie de bénéficier des aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne. L'ensemble des besoins de la personne sont écrits et valorisés dans un plan d'aide.

La grille nationale AGGIR (Autonomie gérontologie groupe iso-ressources) permet :

- de définir les niveaux de sévérité de la perte d'autonomie : les groupes iso-ressources (GIR), permettent de graduer le niveau d'autonomie des personnes (GIR 1, du moins autonome au GIR 6, plus autonome) ;
- d'ouvrir à l'éligibilité à l'APA : seules les personnes de GIR 1 à GIR 4 peuvent prétendre à l'APA.

L'APA est une prestation individuelle accordée à domicile ou en établissement.

Le montant maximum de l'APA est variable selon le GIR et selon le lieu de vie de la personne (établissement ou domicile). Le montant versé tient compte du GIR, des besoins d'aide, des ressources du bénéficiaire, et de son lieu de vie. Cette allocation est versée par les conseils généraux.

L'APA est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2002. Elle a remplacé la prestation spécifique dépendance (PSD).

Textes de références :

Allocation personnalisée d'autonomie : Code de l'action sociale et des familles - CASF (L232-1 à L232-28, R232-1 à R232- 61)

Guide d'évaluation de la personne âgée en perte d'autonomie : CASF (Annexe 2-1)

Algorithme de la grille AGGIR : CASF (Annexe 2-2)

Concepts liés :

- Concept 1.2 : Connaissance des publics du point de vue des limitations d'activités
- Concept 1.3 : Population connue des dispositifs
- Concept 2.2 : Conseils généraux : équipes médico-sociales APA
- Concept 7.2 : Bénéficiaires de la prestation de compensation (PCH)
- Concept 7.3 : Bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)
- Concept 8.6 : Structures d'accueil et d'accompagnement pour personnes âgées
- Concept 9.1 : Compensation individuelle, aides individuelles

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

7.4.1 Nombre de bénéficiaires de l'APA

Nombre de personnes vivant à domicile ou en établissement percevant l'APA au cours du mois de référence.

Cet indicateur est décliné selon le lieu de vie (domicile, établissement).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FE, D	DREES	Enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale	Publication DREES - Série Statistiques « Bénéficiaires de l'aide sociale départementale »	Depuis 2002	Annuelle
D	DREES	Enquête trimestrielle sur l'APA	Site internet de la DREES dédié à l'APA	Historique des cinq derniers ou des deux derniers trimestres connus	Trimestrielle
D, ID	Conseils généraux	Système de gestion des aides départementales	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

L'enquête trimestrielle (DREES) comptabilise le nombre de personnes vivant à domicile ou en établissement percevant l'APA le dernier mois du trimestre écoulé. L'enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale (DREES) comptabilise les bénéficiaires de l'APA au 31 décembre de l'année considérée.

7.4.2 Taux de bénéficiaires de l'APA

- **Définition exacte** : Taux de bénéficiaires de l'APA : nombre de bénéficiaires de l'APA (Indicateur 7.4.1), divisé par l'effectif de la population âgée de 60 ans et plus, multiplié par 100.

- **Autre définition utilisée** : Taux de bénéficiaires de l'APA : nombre de bénéficiaires de l'APA (Indicateur 7.4.1), divisé par l'effectif de la population âgée de 75 ans et plus, multiplié par 100.

7.4.3 Nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile

Nombre de personnes ayant perçu l'APA à domicile au cours du mois de référence.

Cet indicateur est décliné selon :

- le sexe,
- l'âge (moins de 65 ans, 65 à 69 ans, 70 à 74 ans, 75 à 79 ans, 80 à 84 ans, 85 ans et plus),
- le GIR.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FM	DREES	Enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale	Publication DREES - Série Statistiques « Bénéficiaires de l'aide sociale départementale »	Depuis 2002	Annuelle
D	DREES	Enquête trimestrielle sur l'APA	Site internet de la DREES dédié à l'APA	Historique des cinq derniers ou des deux derniers trimestres connus	Trimestrielle
D, ID	Conseils généraux	Système de gestion des aides départementales	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

L'enquête trimestrielle (DREES) comptabilise le nombre de personnes vivant à domicile percevant l'APA le dernier mois du trimestre écoulé. Dans cette enquête, la déclinaison selon le sexe et l'âge n'est pas disponible. L'enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale (DREES) comptabilise les bénéficiaires de l'APA au 31 décembre de l'année considérée.

7.4.4 Montant mensuel moyen de l'APA à domicile par bénéficiaire

Montant total de l'APA à domicile (en euros) versé le dernier mois du trimestre considéré, divisé par le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile à la même période.

Cet indicateur est décliné selon la participation financière (conseil général, bénéficiaire) et par GIR.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FE	DREES	Enquête trimestrielle sur l'APA	Publication DREES - Série Etudes et Résultats « L'APA et la PCH au 30 juin / 31 décembre »	Depuis 2002	Semestrielle
D	DREES	Enquête trimestrielle sur l'APA	Site internet de la DREES dédié à l'APA	Historique des cinq derniers ou des deux derniers trimestres connus	Trimestrielle
D, ID	Conseils généraux	Système de gestion des aides départementales	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

Dans l'enquête trimestrielle, la déclinaison par GIR n'est pas disponible au niveau départemental.

7.4.5 Nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement

Nombre de personnes ayant perçu l'APA en établissement hors dotation globale au cours du mois de référence.

Cet indicateur est décliné selon :

- le sexe,
- l'âge (moins de 65 ans, 65 à 69 ans, 70 à 74 ans, 75 à 79 ans, 80 à 84 ans, 85 ans et plus),
- le GIR.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FM	DREES	Enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale	Publication DREES - Série Statistiques « Bénéficiaires de l'aide sociale départementale »	2002	Annuelle
D	DREES	Enquête trimestrielle sur l'APA	Site internet de la DREES dédié à l'APA	Historique des cinq derniers ou des deux derniers trimestres connus	Trimestrielle
D, ID	Conseils généraux	Système de gestion des aides départementales	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

L'enquête trimestrielle (DREES) comptabilise le nombre de personnes vivant en établissement hors dotation globale percevant l'APA le dernier mois du trimestre écoulé. Dans cette enquête, la déclinaison selon le sexe et l'âge n'est pas disponible. L'enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale (DREES) comptabilise les bénéficiaires de l'APA au 31 décembre de l'année considérée.

7.4.6 Montant mensuel moyen de l'APA en établissement par bénéficiaire

Montant total de l'APA en établissement hors dotation globale (en euros) versé le dernier mois du trimestre considéré, divisé par le nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement à la même période.

Cet indicateur est décliné selon la participation financière (conseil général, bénéficiaire) et par GIR.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FE	DREES	Enquête trimestrielle sur l'APA	Publication DREES - Série Etudes et Résultats « L'APA et la PCH au 30 juin / 31 décembre »	Depuis 2003	Semestrielle
D	DREES	Enquête trimestrielle sur l'APA	Site internet de la DREES dédié à l'APA	Historique des deux derniers trimestres	Trimestrielle
D, ID	Conseils généraux	Système de gestion des aides départementales	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

Dans l'enquête trimestrielle, la déclinaison par GIR n'est pas disponible au niveau départemental.

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- La définition exacte du nombre de bénéficiaires de l'APA est approchée par une définition opérationnelle : celle des personnes percevant l'APA un mois donné. L'écart qui existe entre les deux définitions est dû aux délais éventuels entre l'ouverture des droits et le versement de la première mensualité de l'APA. Cet écart est très faible.
- Le nombre de bénéficiaires de l'APA est un nombre total de bénéficiaires à une date donnée ou à un mois donné. Les personnes ne percevant plus l'APA, à la date de référence, ne sont pas comptabilisées.
- Les indicateurs du nombre de bénéficiaires publiés ne permettent pas de connaître le nombre total de bénéficiaires sur une année donnée, mais seulement pour un mois donné (dernier mois du trimestre, dernier mois de l'année).
- Trois possibilités existent pour le versement de l'APA en établissement par le conseil général :
 - le résident perçoit directement l'allocation puis reverse ensuite son montant à l'établissement ;
 - l'allocation est versée de façon individualisée mais directement à l'établissement ;
 - l'établissement reçoit une dotation globale, correspondant au budget dépendance de l'ensemble des résidents qui prend en compte le niveau moyen de perte d'autonomie de chaque résident, duquel est déduite la participation financière à la charge des résidents. Le niveau moyen de perte d'autonomie des personnes hébergées par l'établissement se mesure par le GIR moyen pondéré (GMP).

7.4.1

- L'ensemble des personnes âgées dépendantes ne bénéficie pas toutes de l'APA : soit par méconnaissance des dispositifs existants, soit parce qu'elles renoncent d'emblée à la prestation parce que le reste à charge est trop élevé, soit parce qu'elles disposent de ressources importantes ou qu'elles préfèrent conserver une autre allocation (sont concernées les personnes qui bénéficiaient de la prestation de compensation (PCH) avant 60 ans, les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), les personnes bénéficiaires de la Majoration tierce personne (MTP)).
- Les bénéficiaires de l'APA vivant dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées d'une capacité inférieure à 25 places, ou d'un GIR moyen pondéré (GMP) inférieur à 300 et qui a opté pour un budget n'intégrant pas de section de soins, sont considérés comme des personnes vivant à domicile et perçoivent donc l'APA à domicile.
- Les bénéficiaires de l'APA en logement-foyer sont considérés comme vivant à domicile et perçoivent donc l'APA à domicile.

7.4.2 La définition exacte du taux de bénéficiaires n'est pas habituellement utilisée. En réalité, l'indicateur utilisé, bien qu'imparfait puisqu'il tient compte de la population totale bénéficiaire de l'APA âgée de 60 ans et plus rapportée à la population âgée de 75 ans et plus, est celui qui permet de mieux approcher le taux de pénétration de l'APA, la très grande majorité des personnes percevant l'APA étant âgées de 75 ans et plus.

7.4.5 7.4.6 La tarification des séjours dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) a trois composantes : l'hébergement (à la charge de l'assuré ou de l'aide sociale), les soins (à la charge de l'assurance maladie), la dépendance.

Le tarif dépendance est supporté en partie par le conseil général dans le cadre de l'APA pour les personnes âgées en GIR 1 à 4 avec un niveau de participation de la personne qui est modulé en fonction de son GIR et de ses revenus : les personnes résidentes en établissement gardent une partie du tarif Dépendance à leur charge, égale au minimum au tarif dépendance applicable en GIR 5 et 6.

Ces deux indicateurs (7.4.5, 7.4.6) ne prennent en compte que la situation des personnes en établissement hors dotation globale. Ils n'existeront plus en 2010 : à partir de 2010, le versement de l'APA en établissement se fera exclusivement par dotation globale. Le nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement sera alors fourni par les déclarations des établissements transmises aux Conseils généraux, une à deux fois par an. Un certain nombre de départements ont d'ores et déjà opté pour cette modalité.

SOURCES DE DONNEES

S13. Enquêtes annuelles sur les bénéficiaires et les dépenses de l'aide sociale départementale (DREES)

S16. Enquête trimestrielle sur l'APA (DREES)

S87. Système de gestion des aides départementales (Conseils généraux)

CONCEPT 7.5 : BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPÉS (AAH)

DEFINITIONS ET RÉFÉRENCES

Sont **bénéficiaires** de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) les personnes ayant des droits ouverts pour cette allocation, à une date donnée. Un **allocataire** est une personne bénéficiaire, qui a fait valoir ses droits auprès d'un organisme débiteur des prestations familiales et perçoit l'allocation.

Créée par la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, l'AAH vise à garantir un minimum de ressources aux personnes handicapées pour qu'elles puissent faire face aux dépenses de la vie courante. Elle est attribuée, sous conditions de ressources, aux personnes dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 % (article L821-1) et à celles dont le taux est compris entre 50 et 79 %, et qui sont, compte tenu de leur situation, reconnues dans l'impossibilité de se procurer un emploi (article L 821.2). L'AAH est un minimum social financé par l'Etat, versé par les caisses d'allocations familiales (CAF ou MSA).

L'AAH concerne les personnes :

- d'au moins 20 ans ou d'au moins 16 ans si la personne n'est plus considérée à la charge de ses parents au sens des prestations familiales ;
- de moins de 60 ans ;
- de 60 ans et plus dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 %.

Depuis le 1^{er} juillet 2005, deux compléments à l'AAH existent :

- La **majoration pour la vie autonome** (MVA) est un complément à l'AAH destiné aux personnes pouvant travailler mais sans emploi. La MVA concerne les bénéficiaires de l'AAH, ayant un taux d'incapacité d'au moins 80 %, disposant d'un logement, percevant une aide au logement, sans revenu d'activité. La MVA remplace le complément d'AAH mis en place au 1^{er} janvier 1993. Les personnes qui percevaient le complément d'AAH avant le 1^{er} juillet 2005 peuvent faire le choix de le conserver (sous condition qu'elles remplissent les critères d'attribution).
- Le **complément de ressources** (CPR) est une allocation forfaitaire qui s'ajoute à l'AAH pour constituer une garantie de ressources pour les personnes handicapées (GRPH), dans le but de compenser l'absence durable de revenus d'activité des personnes handicapées dans l'incapacité de travailler. Le CPR concerne les personnes percevant l'AAH ayant un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80 %, disposant d'un logement, sans revenu à caractère professionnel et dans l'incapacité de travailler (capacité de travail inférieure à 5 %).

La MVA n'est pas cumulable avec la garantie de ressources pour les personnes handicapées. La personne qui remplit les conditions d'octroi de ces deux avantages, doit choisir de bénéficier de l'un ou de l'autre.

Textes de références :

- Allocation aux adultes handicapés : Code de la sécurité sociale (L821-1 à L821-8, R821-1 à R821-9)
- *Guide barème : Code de l'action sociale et des familles (Annexe 2-4)*

Concepts liés :

- Concept 1.3 : Population connue des dispositifs
- Concept 2.1 : Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)
- Concept 9.1 : Compensation individuelle, aides individuelles

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

7.5.1 Nombre d'allocataires de l'AAH

Nombre de personnes ayant perçu l'AAH au titre du mois de décembre de l'année considérée (tous régimes de sécurité sociale confondus).

Cet indicateur est décliné selon :

- l'âge (20-29 ans, 30-39 ans, 40-49 ans, 50-59 ans, 60 ans et plus),
- la situation familiale (isolé sans enfant, isolé avec enfant, couple sans enfant, couple avec enfant, et aussi couple percevant deux AAH)
- le taux d'incapacité (de 50 à 79 %, 80 % et plus),
- le taux de perception (à taux plein, à taux réduit),
- la situation professionnelle (milieu protégé, milieu ordinaire ou sans activité professionnelle).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNAF	Recueil annuel	Publication CNAF « Prestions familiales. Statistiques nationales »	Depuis 1989	Annuelle
FE, D	CNAF, CCMSA	Systèmes de gestion des prestations familiales	Selon disponibilité auprès des caisses nationales (CNAF et CCMSA)		
D, ID	CAF, MSA		Selon disponibilité auprès des caisses locales d'allocations familiales (CAF et MSA)		

Cet indicateur est également publié par la DREES et décliné, sur le site de la BDSL, selon :

- le sexe (nombre d'allocataires hommes),
- la situation familiale (nombre d'allocataires isolés).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, D	DREES	Recueil des données sur les minima sociaux	Site internet de la DREES dédié aux minima sociaux	Depuis 1995	Annuelle
FE, D, ID			Site internet de la BDSL	Depuis 1995	Annuelle

7.5.2 Taux d'allocataires de l'AAH

Nombre d'allocataires de l'AAH (indicateur 7.5.1), divisé par l'effectif de la population âgée de 20 à 59 ans, multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, D, ID	DREES	Recueil des données sur les minima sociaux	Site internet de la BDSL	Depuis 1995	Annuelle

7.5.3 Nombre d'allocataires de compléments d'AAH

Nombre de personnes ayant perçu un complément d'AAH au titre du mois de décembre de l'année considérée (tous régimes de sécurité sociale confondus).

Cet indicateur est décliné selon le type de complément (MVA, CPR).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNAF	Recueil annuel	Publication CNAF « Prestions familiales. Statistiques nationales »	Depuis 1997	Annuelle
FE, D	CNAF, CCMSA	Systèmes de gestion des prestations familiales	Selon disponibilité auprès des caisses nationales (CNAF et CCMSA)		
D, ID	CAF, MSA		Selon disponibilité auprès des caisses locales d'allocations familiales (CAF et MSA)		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- Dans les faits, seules sont disponibles les données concernant les « allocataires », les données concernant le nombre de « bénéficiaires » ne sont pas publiées.
- Lorsqu'au sein d'une même famille plusieurs personnes perçoivent la prestation, les caisses qui versent l'allocation dénombrent autant d'allocataires que de personnes percevant la prestation. Le nombre de « familles allocataires » (familles au sein de laquelle au moins une personne est allocataire AAH) est inférieur au nombre total d'allocataires, mais cet indicateur est rarement disponible dans les publications.
- Actuellement, les données statistiques concernant cette allocation sont disponibles auprès de nombreuses sources d'information. La Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) publie chaque année des informations pour les différents régimes de sécurité sociale. La DREES publie ces données dans la BDSL (base de données sociales locales), serveur contenant les principaux indicateurs en matière de minima sociaux, mais aussi sur le site internet de la DREES. Ces différentes sources ne présentent pas le même niveau de détail.
- Parmi l'ensemble des allocataires (tous régimes), la part des allocataires du régime général est prépondérante : en décembre 2006, 96 % des allocataires relèvent du régime général selon la CNAF.
- Les données publiées ne comportent pas toujours de répartition selon le sexe. Il s'agit pourtant d'un indicateur pertinent car les allocataires d'AAH sont plus nombreux chez les hommes que chez les femmes. Cette répartition peut être obtenue dans le cadre de demandes spécifiques, ou sur le site de la Base de données sociales localisées (BDSL) de la DREES.

7.5.2

- Dans la mesure où la très grande majorité des allocataires de l'AAH sont âgés de moins de 60 ans, le taux d'allocataires est calculé habituellement en référence à l'effectif des 20-59 ans, ce qui constitue une approximation.
- Diverses études ont montré de très fortes disparités du taux d'allocataires de l'AAH entre départements.

7.5.3 Les allocataires de l'AAH ne bénéficient pas tous d'un complément, les effectifs concernés sont donc inférieurs au nombre total d'allocataires.

SOURCES DE DONNEES

- S19. Recueil des données sur les minima sociaux (DREES)
- S20. Base de données sociales localisées - BDSL (DREES)
- S60. Systèmes de gestion des prestations familiales (CCMSA)
- S64. Recueil annuel (CNAF)
- S65. Systèmes de gestion des prestations familiales (CNAF)

CONCEPT 7.6 : AIDES TECHNIQUES

DEFINITIONS ET REFERENCES

Les aides techniques sont définies par la norme **NF EN ISO 9999 :2007** comme « *tout produit (y compris tout dispositif, équipement, instrument, technologie et logiciel) fabriqué spécialement ou généralement sur le marché, destiné à prévenir, à compenser, à contrôler, à soulager ou à neutraliser les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de la participation* ».

Par ailleurs, le **référentiel d'accès à la prestation de compensation (PCH)** les définit comme « *tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap, acquis ou loué par la personne handicapée pour son usage personnel* ».

Le champ des aides techniques regroupe différents types de produits : des appareillages (audioprothèses, orthèses...), des équipements pour la personne (fauteuils roulants, cannes blanches...), des équipements pour le logement (barres d'appui, siège de bain...), des consommables (protections d'hygiène, nutriments...), des produits de consommation courante dans le cas où ils répondent à un besoin de compensation (ordinateurs, téléphones portables...).

Un certain nombre d'aides techniques sont répertoriées dans la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) de l'Assurance maladie. Celles-ci sont remboursées par l'Assurance maladie sur la base d'un tarif et de conditions de prises en charge.

Les aides techniques, qui peuvent être prises en charge dans le cadre de la **prestation de compensation (PCH)** sont listées dans l'arrêté fixant les tarifs des éléments de la prestation de compensation. Cette liste regroupe des aides techniques listées dans la LPPR et d'autres qui ne le sont pas. Elle permet depuis le 1^{er} janvier 2006, aux personnes éligibles à la PCH d'accéder à un remboursement complémentaire à celui de l'Assurance maladie ou, pour les aides techniques non prises en charge par l'Assurance maladie, d'obtenir un financement.

Textes de références :

- Norme européenne *NF EN ISO 9999 :2007 ; Classification et terminologie des produits d'assistance pour personnes en situation de handicap*
- LPPR : *Code de la sécurité sociale (L165-1)*
- *Code de l'action sociale et des familles (L245-3, D245-10, D245-11, D245-73 à D245-78, annexes 2-5)*
- *Arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs des éléments de la prestation de compensation modifié par les arrêtés du 27 décembre 2007 et du 18 juillet 2008*

Concepts liés :

- Concept 2.1 : Maisons départementales des personnes handicapées
- Concept 2.2 : Conseils généraux : équipes médico-sociales APA
- Concept 7.2 : Bénéficiaires de la prestation de compensation
- Concept 7.4 : Bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie
- Concept 7.7 : Aménagements du logement
- Concept 9.1 : Compensation individuelle, aides individuelles

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

7.6.1 Taux de personnes vivant à domicile qui utilisent des aides techniques pour différentes catégories d'aides techniques

Nombre de personnes vivant en logement ordinaire et déclarant utiliser des aides techniques (prothèse, appareillage pour soutenir le corps, aide technique à la mobilité*, aides pour voir, écrire, parler ou manipuler, aides techniques pour entendre), divisé par le nombre total de personnes vivant en logement ordinaire, et multiplié par 100.

Cet indicateur est disponible au niveau national et pour les départements et région ayant bénéficié d'une extension locale de l'enquête. Il est décliné selon le sexe et l'âge (classes décennales).

Niveau territorial	Opérateur	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FM, D (13, 34, 35, 42, 62, 77, 95), R (Haute-Normandie)	INSEE	Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (HID)	Collection INSEE Résultats Société n°12 « Estimations locales sur les personnes handicapées vivant en domicile ordinaire. Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance 1999. Résultats détaillés » [tableaux du chapitre 3.3 pages 213 à 233]		

* aides techniques ou animales pour marcher ou se déplacer

7.6.2 Taux de personnes vivant à domicile ayant besoin de différentes catégories d'aides techniques

Nombre de personnes vivant en logement ordinaire et déclarant ne pas utiliser mais avoir besoin d'aides techniques (aides techniques à la mobilité*, aides techniques pour répondre à des problèmes sensoriels), divisé par le nombre total de personnes vivant en logement ordinaire, et multiplié par 100.

Cet indicateur est disponible au niveau national et pour les départements et région ayant bénéficié d'une extension locale de l'enquête. Il est décliné selon le sexe et l'âge (classes décennales).

Niveau territorial	Opérateur	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FM, D (13, 34, 35, 42, 62, 77, 95), R (Haute-Normandie)	INSEE	Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (HID)	Collection INSEE Résultats Société n°12 « Estimations locales sur les personnes handicapées vivant en domicile ordinaire. Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance 1999. Résultats détaillés » [tableaux du chapitre 3.3 pages 213 à 233]		

* aides techniques ou animales pour marcher ou se déplacer

7.6.3 Proportion de besoins satisfaits parmi l'ensemble des besoins déclarés pour diverses aides techniques

Nombre de personnes déclarant utiliser diverses aides techniques (pour chaque catégorie : prothèses, appareils de soutien, aides techniques à la mobilité, aides au transfert, aides à la manipulation, aides à la communication, aides au traitement de maladies de longue durée, aides techniques dans le domaine de la continence, d'appareils pour les soins personnels), divisé par le nombre total de personnes ayant l'usage de ces aides ou en déclarant le besoin.

Cet indicateur est disponible selon le lieu de vie (domicile, institution).

Niveau territorial	Opérateur	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FM	INSEE	Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (HID)	Publication CTNERHI « La compensation des incapacités au travers de l'enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance » (P. Roussel, 2002) [tableaux 30 à 61 pages 36 à 62]		

7.6.4 Nombre d'aides techniques remboursées par l'Assurance maladie

Nombre d'aides techniques remboursées par l'Assurance maladie pour le régime général, hors sections locales mutualistes, dans la liste des produits et prestations remboursables (LPPR), une année donnée.

Niveau territorial	Opérateur	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FM	CNAMTS	SNIRAM	« Base LPP'AM », disponible sur le site internet de la CNAMTS http://www.ameli.fr/	2006-2007 2008-2009 à paraître	Annuelle

7.6.5 Nombre d'aides techniques attribuées au titre de la PCH

Nombre d'aides techniques attribuées au titre de la PCH, pour l'élément 2 (aides techniques).

Niveau territorial	Opérateur	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FE	CNSA	SIPAPH	Disponible sur le site internet de la CNSA	Depuis 2006	avril, juillet, novembre
D	MDPH	Système d'information des MDPH	Selon disponibilité auprès des MDPH		

7.6.6 Montant moyen accordé au titre de l'élément aides techniques de la PCH

Montant moyen accordé semestriel ou annuel (en euros) par les CDAPH pour l'élément aides techniques de la PCH.

Niveau territorial	Opérateur	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FE	CNSA	SIPAPH	Disponible sur le site internet de la CNSA	Depuis 2006	avril, juillet, novembre
D	MDPH	Système d'information des MDPH	Selon disponibilité auprès des MDPH		

INTERETS, LIMITES

- Les données actuellement disponibles ne permettent pas de disposer d'une vision complète s'agissant des volumes, des montants, de l'utilisation et des besoins en aides techniques.
- L'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) est pour l'instant l'enquête la plus complète en matière d'évaluation des besoins satisfaits et non satisfaits. L'enquête Handicap-Santé (2008-2010) permettra de réactualiser les résultats 1998-99 de l'enquête HID.
- L'Assurance maladie dispose d'informations détaillées mais ne connaît qu'une partie des aides techniques dans son système d'information. Le système d'information partagé des MDPH et de la CNSA devrait permettre d'apporter des compléments d'information importants dans les années à venir sur un champ plus large et/ou complémentaire à celui de l'Assurance maladie.
- L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) peut permettre de financer un certain nombre d'aides techniques. Le système d'information en vigueur ne permet pas de recenser le nombre d'aides techniques effectivement financées dans le cadre de l'APA.
- Le fonds départemental de compensation, solution de financement extra-légal, peut être sollicité pour limiter le reste à charge des personnes dans l'acquisition des aides techniques.

7.6.1 7.6.2 7.6.3

- L'enquête HID permet d'évaluer les usages déclarés ainsi que les besoins non satisfaits déclarés pour un nombre restreint d'aides techniques. La propension à déclarer l'usage et surtout le besoin d'une aide technique dépend de nombreux facteurs parmi lesquels la disponibilité, le coût, la technicité, la nature de l'incapacité à compenser (sous-déclaration possible pour les aides à l'incontinence) et la connaissance. Ces éléments peuvent être à l'origine de différences entre besoins réels et besoins exprimés.
- Les besoins en matière d'aides techniques peuvent être exprimés en taux de besoins non satisfaits par rapport à l'ensemble de la population vivant à domicile (indicateur 7.6.2) ou en proportion de besoins satisfaits par rapport à l'ensemble des besoins exprimés (indicateur 7.6.3).
- Dans l'enquête HID, on ne dispose d'aucun indicateur qui permette d'apprécier le degré de satisfaction des usagers par rapport aux aides techniques auxquelles ils ont recours.
- Les résultats déclinés selon l'âge doivent être interprétés avec précaution, notamment pour les classes d'âge pour lesquelles les aides sont peu utilisées (enfants et jeunes adultes). Pour ces classes d'âge, les effectifs bruts enquêtés sont faibles, notamment dans le cas des estimations locales.
- Pour certaines aides techniques relativement peu utilisées, les estimations reposent sur des effectifs bruts enquêtés faibles et doivent être considérées avec prudence.

7.6.4

- Les aides techniques remboursées par l'Assurance maladie sont listées dans la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) aux titre I chapitre 2, titre II chapitres 3, 6, 7, et titre IV. Elles ne représentent qu'une partie des aides techniques.
- Les données issues de l'Assurance maladie ne concernent que les assurés sociaux ayant bénéficié d'un remboursement pour une aide technique.
- Les résultats ne concernent que les remboursements effectués au titre du régime général (métropole, hors Sections Locales Mutualistes), soit 70 % environ des dépenses remboursées en inter-régimes pour ce type de prestations en 2007.

7.6.5 Cet indicateur concerne le nombre d'aides techniques attribuées au titre de l'élément 2 de la prestation de compensation. Certaines aides techniques au sens de la norme NF EN ISO 9999 :2007 relèvent des éléments 3 (par exemple, lavabo adapté) ou 4 (par exemple, protections d'hygiène) mais il n'est pas possible actuellement de les isoler.

7.6.6

- Le montant moyen des aides techniques calculé est restreint à la prestation de compensation et donc à un public très ciblé, en termes d'âge (moins de 60 ans) et de sévérité de la déficience (une déficience absolue ou deux déficiences graves en termes de capacité à réaliser une activité). Il ne tient pas compte des aides techniques financées par d'autres aides (l'allocation personnalisée d'autonomie par exemple).
- Le montant moyen des aides techniques attribué par la CDAPH correspond à l'élément 2 de la prestation de compensation. Il ne tient pas compte des aides techniques listées en charges spécifiques dans l'élément 4 de la prestation de compensation (aides techniques consommables ou récurrentes).
- Le montant attribué est soumis aux tarifs déterminés dans l'arrêté fixant les tarifs de la prestation de compensation. Il n'est pas le reflet du prix réel des aides techniques et ne permet pas de rendre compte du « reste à charge » pour les personnes.

SOURCES DE DONNEES

S5. Système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées - SIPAPH (CNSA)

S43. Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (INSEE)

S44. Enquête Handicap-Santé (INSEE)

S69. Système national d'information inter-régime d'assurance maladie - SNIIRAM (CNAMTS)

S90. Système d'information des MDPH (MDPH)

CONCEPT 7.7 : AMENAGEMENTS DU LOGEMENT

DEFINITIONS ET REFERENCES

Les personnes en situation de handicap et/ou de perte d'autonomie quel que soit leur âge doivent parfois adapter ou aménager leur logement, afin de pouvoir continuer à vivre dans leur environnement. A titre d'exemple et, selon les situations individuelles, des couloirs peuvent être élargis, des plans de travail de cuisine peuvent être abaissés, des baignoires transformées en douche, des ascenseurs installés, des contrastes accentués...

Il s'agit ici de cibler toute adaptation ou tout aménagement de logement nécessaire aux personnes qui en ont besoin pour maintenir ou améliorer leur autonomie à domicile. Chaque personne en perte d'autonomie, vivant à domicile, doit pouvoir rester vivre chez elle, selon son projet de vie, notamment grâce à un environnement adapté.

Il est nécessaire de **distinguer les aménagements liés à la mise en accessibilité, de ceux qui relèvent de la compensation individuelle**. L'accessibilité doit permettre l'accès à tout pour tous dans la cité. La compensation est l'adaptation individualisée des espaces privés.

L'accessibilité concerne les lieux publics et l'accès au logement par ses parties collectives tandis que l'aménagement du logement concerne l'aménagement intérieur du logement et l'accès au logement depuis les parties publiques ou collectives.

L'accessibilité est financée par la collectivité alors que la compensation peut être en partie solvabilisée par une prestation individuelle.

Il existe différentes possibilités de **financements** et différents acteurs dans le domaine de l'aménagement du logement : l'allocation personnalisée autonomie (APA); la prestation de compensation (PCH) également, *via* l'élément 3 de la prestation, le fonds départemental de compensation, l'agence nationale de l'habitat (ANAH), l'association pour un logement accessible et adaptable à tous (ALGI), certains bailleurs sociaux (par le biais de l'exonération de la taxe foncière sur les propriétés bâties), d'autres associations...

Les financeurs diffèrent d'un département à l'autre. Les montants mobilisés et les modalités d'accès à ces différentes sources de financements peuvent être variables selon les départements.

La mise en œuvre des aménagements est souvent complexe, avec des modalités spécifiques en fonction du statut de l'occupant (propriétaire, locataire d'un bailleur privé ou d'un bailleur social...). Compte tenu des sommes engagées, les financements sont, en réalité, le résultat de montages financiers impliquant différents acteurs.

Textes de références :

Élément « 3a -aménagement du logement » de la PCH : Code de l'action sociale et des familles (L245-3, D245-13 à D245-17, D245-53, D245-55, D245-60)

Concepts liés :

- Concept 2.1 : Maisons départementales des personnes handicapées
- Concept 2.2 : Conseils généraux : équipes médico-sociales APA
- Concept 5.3 : Accessibilité des logements et des locaux professionnels
- Concept 7.2 : Bénéficiaires de la prestation de compensation
- Concept 7.4 : Bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie
- Concept 7.6 : Aides techniques
- Concept 9.1 : Compensation individuelle, aides individuelles

INDICATEURS

7.7.1 Pourcentage de personnes déclarant des difficultés d'accès à l'immeuble, au logement et aux différentes pièces de leur logement, parmi les personnes ayant au moins une déficience

Nombre de personnes ayant déclaré au moins une déficience et des difficultés pour accéder à l'immeuble (de la rue au bâtiment), au logement (de l'entrée du bâtiment au logement) ou aux différentes pièces de leur logement, divisé par le nombre total de personnes qui ont déclaré au moins une déficience, et multiplié par 100.

Cet indicateur est décliné selon :

- le lieu de vie (domicile, institution),
- l'âge (moins de 20 ans, 20 à 39 ans, 40 à 59 ans, 60 à 79 ans, 80 ans ou plus) et le lieu de vie,
- l'âge, le sexe et le lieu de vie
- le type de déficiences et le lieu de vie.

Niveau territorial	Opérateur	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FM	INSEE	Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (HID)	Publication CTNERHI « La compensation des incapacités au travers de l'enquête Handicaps -Incapacités - Dépendance » (P. Roussel, 2002) [tableaux 17 à 23 pages 24 à 28]		

7.7.2 Taux de personnes vivant à domicile disposant d'aménagements du logement

Nombre de personnes vivant en logement ordinaire et disposant de meubles ou équipements spécialement adaptés* à leur usage en raison de problèmes de santé, handicaps ou infirmités, divisé par le nombre total de personnes vivant en logement ordinaire, et multiplié par 100.

Cet indicateur est disponible au niveau national et pour les départements et région ayant bénéficié d'une extension locale de l'enquête. Il est décliné selon le sexe et l'âge (classes décennales).

Niveau territorial	Opérateur	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FM, D (13, 34, 35, 42, 62, 77, 95), R (Haute-Normandie)	INSEE	Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (HID)	Collection INSEE Résultats Société n°12 « Estimations locales sur les personnes handicapées vivant en domicile ordinaire. Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance 1999. Résultats détaillés » [tableaux du chapitre 3.3 pages 213 à 233]		

* WC adaptés, baignoire, douche ou lavabo adaptés, table adaptée (inclinaison, réglable, roulante...), cuisine adaptée, siège adapté, lit adapté, dispositifs de soutien (barres d'appui, mains courantes...), dispositifs adaptés pour ouvrir ou fermer les portes, fenêtres, volets, rideaux..., autres mobilier adapté...

7.7.3 Taux de personnes vivant à domicile ayant besoin d'aménagements de leur logement

Nombre de personnes vivant en logement ordinaire et déclarant ne pas disposer mais avoir besoin de meubles ou équipements spécialement adaptés* à leur usage en raison de problèmes de santé, handicaps ou infirmités, divisé par le nombre total de personnes vivant en logement ordinaire, et multiplié par 100.

Cet indicateur est disponible au niveau national et pour les départements et région ayant bénéficié d'une extension locale de l'enquête. Il est décliné selon le sexe et l'âge (classes décennales).

Niveau territorial	Opérateur	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FM, D (34, 35, 42, 62, 77, 95, 95), R (Haute-Normandie)	INSEE	Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance	Collection Insee Résultats Société n°12 « Estimations locales sur les personnes handicapées vivant en domicile ordinaire. Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance 1999. Résultats détaillés » [tableaux du chapitre 3.3 pages 213 à 233]		

* WC adaptés, baignoire, douche ou lavabo adaptés, table adaptée (inclinaison, réglable, roulante...), cuisine adaptée, siège adapté, lit adapté, dispositifs de soutien (barres d'appui, mains courantes...), dispositifs adaptés pour ouvrir ou fermer les portes, fenêtres, volets, rideaux..., autres mobilier adapté...

7.7.4 Proportion de besoins satisfaits en termes d'aménagement de logement parmi l'ensemble des besoins déclarés pour divers équipements adaptés, pour les personnes vivant à domicile

Nombre de personnes vivant en domicile ordinaire déclarant disposer de meubles ou équipements spécialement adaptés* en raison de problèmes de santé, handicaps, infirmités, divisé par le nombre total de personnes ayant l'usage de ces équipements ou en déclarant le besoin.

Niveau territorial	Opérateur	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FM	INSEE	Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (HID)	Publication CTNERHI « La compensation des incapacités au travers de l'enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance » (P. Roussel, 2002) [tableau 29 page 34]		

* WC adaptés, baignoire, douche ou lavabo adaptés, table adaptée (inclinable, réglable, roulante...), cuisine adaptée, siège adapté, lit adapté, dispositifs de soutien (barres d'appui, mains courantes...), dispositifs adaptés pour ouvrir ou fermer les portes, fenêtres, volets, rideaux..., autres mobilier adapté

7.7.5 Nombre d'aménagements de logement attribués au titre de la PCH

Nombre de décisions d'attribution de l'élément 3 de la PCH, restreinte à l'aménagement de logement.

Niveau territorial	Opérateur	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FE	CNSA	SIPAPH	Disponible sur le site internet de la CNSA	Depuis 2006	avril, juillet, novembre
D	MDPH	Système d'information des MDPH	Selon disponibilité auprès des MDPH		

7.7.6 Montant moyen attribué au titre de la PCH pour l'aménagement du logement

Montant moyen semestriel ou annuel accordé (en euros) par les CDAPH pour l'élément 3 de la PCH restreint à l'aménagement du logement.

Niveau territorial	Opérateur	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FE	CNSA	SIPAPH	Disponible sur le site internet de la CNSA	Depuis 2006	avril, juillet, novembre
D	MDPH	Système d'information des MDPH	Selon disponibilité auprès des MDPH		

7.7.7 Nombre de logements privés ayant bénéficié d'un financement de l'ANAH au titre de l'adaptation au handicap ou au vieillissement

Nombre de logements privés ayant bénéficié d'un financement de l'ANAH au titre de l'adaptation au handicap et au vieillissement, pour les logements occupés par leur propriétaire et les logements locatifs.

Niveau territorial	Opérateur	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FM, R, D, ID	ANAH	Système d'information sur les subventions accordées par l'Agence nationale de l'habitat	Disponible sur demande auprès de l'ANAH		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- Les données actuellement disponibles ne permettent pas d'avoir une vue complète s'agissant des volumes, des montants, des besoins en termes d'aménagement de logement.
- L'enquête HID est pour l'instant la seule enquête nationale en population générale qui permet un éclairage sur les différents types d'aménagement de logement. Elle n'est toutefois pas parfaitement adaptée à l'analyse des aménagements du logement car le questionnaire ne permet pas toujours de départager les aménagements du logement des aides techniques. L'enquête liste les meubles et les équipements adaptés suivants : WC adaptés, baignoire, douche ou lavabo adaptés, table adaptée (inclinable, réglable, roulante...), cuisine adaptée, siège adapté, lit adapté, dispositifs de soutien (barres d'appui, mains courantes...), dispositifs adaptés pour ouvrir ou fermer les portes, fenêtres, volets, rideaux..., autre mobiliers adaptés...
- L'enquête Handicap Santé, nouvelle version de HID, permettra d'une part de réactualiser les résultats 1998-99 de l'enquête HID et d'autre part de mieux cibler les aménagements du logement.

7.7.1 Cet indicateur ne permet pas de connaître le pourcentage de personnes nécessitant des aménagements de leur logement puisqu'il recense à la fois les difficultés d'accès au logement (accessibilité) et dans le logement (aménagement de logement). Il permet cependant de connaître la part des personnes en difficulté pour lesquelles une meilleure accessibilité est souhaitable ou un aménagement de logement nécessaire.

7.7.2 7.7.3 7.7.4

- L'enquête HID permet d'évaluer les usages déclarés ainsi que les besoins non satisfaits déclarés en matière d'aménagements du logement. La propension à déclarer l'usage et surtout le besoin d'aménagement du logement dépend de nombreux facteurs parmi lesquels la disponibilité, le coût, la technicité, la nature de l'incapacité à compenser et la connaissance. Ces éléments peuvent être à l'origine de différences entre besoins réels et besoins exprimés.
- Les besoins en matière d'aménagement du logement peuvent être exprimés en taux de besoins satisfaits ou non satisfaits par rapport à l'ensemble de la population vivant à domicile (respectivement indicateurs 7.7.2 ou 7.7.3) ou en proportion de besoins satisfaits par rapport à l'ensemble des besoins exprimés (indicateur 7.7.4).
- Dans l'enquête HID, on ne dispose d'aucun indicateur qui permette d'apprécier le degré de satisfaction des usagers par rapport aux aménagements du logement dont ils disposent.
- Les résultats déclinés selon l'âge doivent être interprétés avec précaution, notamment pour les classes d'âge pour lesquelles les équipements sont peu utilisés (enfants et jeunes adultes). Pour ces classes d'âge, les effectifs bruts enquêtés sont faibles, notamment dans le cas des estimations locales.

7.7.5 7.7.6 Le nombre d'aménagements du logement et le montant moyen attribué par la CDAPH diffèrent du nombre d'aménagements du logement et du montant moyen payé par le conseil général sur une période donnée. Les délais peuvent en effet être importants entre la décision d'attribution et la mise en œuvre effective des aménagements (recherche de financements complémentaires, recherche d'artisans...). Certaines personnes peuvent également renoncer à ces aménagements.

SOURCES DE DONNEES

- S5. Système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées - SIPAPH (CNSA)
- S43. Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (INSEE)
- S44. Enquête Handicap - Santé (INSEE)
- S49. Système d'information sur les subventions accordées par l'Agence nationale de l'habitat (ANAH)
- S90. Système d'information des MDPH (MDPH)

CONCEPT 7.8 : BENEFICIAIRES DE PENSIONS D'INVALIDITE OU DE RENTES D'ACCIDENTS DU TRAVAIL-MALADIES PROFESSIONNELLES

DEFINITIONS ET REFERENCES

Les personnes en activité qui, suite à une maladie ou à une infirmité, sont dans l'impossibilité de continuer à exercer leur activité ou dont la capacité de travail est fortement réduite, peuvent bénéficier d'une indemnisation par l'intermédiaire du régime de sécurité sociale dont elles dépendent. Les conditions d'admission et le contenu des prestations diffèrent fortement selon le régime d'appartenance mais aussi selon que cette invalidité est consécutive ou non à un accident du travail ou une maladie professionnelle. Lorsque l'invalidité a une cause professionnelle ou est consécutive à un accident du travail, la personne peut alors bénéficier d'une **rente au titre de l'assurance « accidents du travail-maladies professionnelles, AT-MP »**. Dans le cas contraire, elle bénéficie d'une **pension d'invalidité**.

L'assurance invalidité du régime général et du régime agricole permet à tout assuré de bénéficier d'une pension destinée à compenser la perte de salaire résultant d'une réduction de la capacité de travail causée par une maladie ou un accident non professionnel. Ce droit est ouvert aux personnes âgées de moins de 60 ans dont la capacité de gain est réduite d'au moins les deux tiers. Une fois que le bénéficiaire a atteint 60 ans, sa pension d'invalidité est convertie en pension de retraite.

Trois catégories d'invalidité sont reconnues par la sécurité sociale :

- les personnes invalides capables d'exercer une activité rémunérée (1ère catégorie),
- les personnes absolument incapables d'exercer une profession quelconque (2e catégorie),
- les personnes qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (3e catégorie). Dans ce dernier cas, les pensionnés bénéficient en outre d'une majoration tierce personne (MTP).

Le versement de la pension d'invalidité est soumis à l'avis médical préalable du médecin conseil respectivement de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) pour les personnes relevant du régime général de la sécurité sociale ou de la caisse de Mutualité sociale agricole (MSA) pour les exploitants et salariés relevant du régime agricole, chargé d'évaluer la réduction de la capacité de gain. Les conditions administratives d'accès sont évaluées par la CPAM ou par la caisse de Mutualité sociale agricole (MSA) selon le régime d'appartenance des personnes.

S'agissant des conséquences du **handicap suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle**, le médecin de l'assurance maladie évalue à partir d'un barème spécifique le taux d'incapacité permanente partielle (IPP). Une rente AT-MP est alors versée dans le cas où le taux d'IPP est supérieur ou égal à 10 %, et un capital si ce taux est inférieur à 10 %. L'expertise médicale (taux d'IPP) est effectuée par le médecin conseil de la CPAM pour les assurés du régime général et par celui de la MSA pour les salariés agricoles, les rentes étant versées ensuite respectivement par la CPAM ou la caisse de MSA, après examen des conditions administratives d'admission. Les exploitants agricoles relèvent quant à eux de l'Assurance accidents du travail des exploitants agricoles (ATEXA).

Les personnes qui relèvent du régime social des indépendants (RSI) ne bénéficient pas d'une couverture sociale obligatoire pour ces deux risques.

Les **fonctionnaires titulaires** (Etat, collectivités locales, collectivités hospitalières) bénéficient du même système d'indemnisation, que l'invalidité soit consécutive ou non à un accident du travail ou à une maladie professionnelle. Une fois reconnue dans l'impossibilité d'exercer une profession quelconque du fait d'une « infirmité ou d'une maladie incurable », l'agent est alors « radié des cadres » et mis à la retraite de manière anticipée, quel que soit son âge. Une pension de retraite lui est alors versée au titre de l'invalidité, majorée d'une rente quand l'invalidité est « imputable au service ».

Comme les assurés du régime général ou du régime agricole, les fonctionnaires qui se trouvent dans l'impossibilité d'exercer une profession et qui ont besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie bénéficient d'une majoration tierce personne (MTP).

Si la personne reconnue invalide peut continuer à exercer ses fonctions ou peut être reclassée dans un autre emploi, elle peut percevoir une « allocation temporaire d'invalidité - ATI », qui est versée en sus de son salaire.

Textes de références :

- Assurés du régime général (Code de la sécurité sociale):

- invalidité : L341-1 à L341-16, R341-2 à R341-24, D341-1 à D341-2

- accidents du travail et accidents du trajet : L411-1 à L411-2, R412-1 à R412-R454-3

- maladies professionnelles : L461-1 à L461-8, R461-1 à R471-5

- majoration tierce personne : L355-1, R355-1

- Assurés du régime agricole : Code rural

- Fonctionnaires de l'Etat, magistrats et militaires : Code des pensions civiles et militaires de retraite (L27-28, R38 à 40)

- Commission de réforme : Code des pensions civiles et militaires de retraite (L31, R45)

- Fonctionnaires des collectivités territoriales, fonction publique hospitalière : décrets n° 63-1346 (ATIACL) et n° 63-1306 (CNRACL)
- ATI : décret n° 60-1089 du 6 octobre 1960, décret n°2005-442 du 2 mai 2005
- Régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la CNRACL : décret n° 2003-1306

Concepts liés :

- Concept 1.3 : Population connue des dispositifs
- Concept 4.1 : Travailleurs handicapés
- Concept 9.2 : Pensions d'invalidité et rentes accidents du travail-maladies professionnelles

INDICATEURS

7.8.1 Nombre de bénéficiaires d'une pension d'invalidité, relevant du régime général

Nombre d'assurés du régime général ayant perçu une pension d'invalidité au cours du mois de décembre de l'année considérée.

Cet indicateur peut être décliné selon la catégorie d'invalidité.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	CNAMTS	SNIRAM	Disponible sur demande auprès de la CNAMTS		

7.8.2 Nombre de bénéficiaires d'une rente accidents du travail-maladies professionnelles, relevant du régime général

Nombre d'assurés du régime général ayant perçu une rente accidents du travail-maladies professionnelles au cours du mois de décembre de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	CNAMTS	EURYDICE	Disponible sur demande auprès de la CNAMTS		

7.8.3 Nombre de décisions favorables du service médical pour l'attribution de pensions d'invalidité ou de rente accidents du travail-maladies professionnelles parmi les assurés du régime général

Nombre d'assurés du régime général pour lesquels un médecin conseil a émis un avis favorable au versement d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accidents du travail ou de maladies professionnelles au cours de l'année considérée.

Cet indicateur peut être décliné selon le type de prestation (pension d'invalidité ou rente AT-MP), le sexe, l'âge, le taux d'IPP et la pathologie.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	CNAMTS	HIPPOCRATE	Disponible sur demande auprès de la CNAMTS		
D	Echelon local du Service médical		Disponible sur demande auprès de l'échelon local du service médical		

7.8.4 Nombre de salariés agricoles bénéficiaires d'une pension d'invalidité

Nombre de salariés agricoles ayant perçu une pension d'invalidité au cours du mois de décembre de l'année considérée.

Cet indicateur peut être décliné selon la catégorie d'invalidité.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	CCMSA	RAAMSES	Disponible sur demande auprès de la CCMSA		

7.8.5 Nombre de salariés agricoles bénéficiaires d'une rente accidents du travail-maladies professionnelles

Nombre de salariés agricoles ayant perçu une rente accidents du travail-maladies professionnelles au cours du mois de décembre de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	CCMSA	SIMPAT	Disponible sur demande auprès de la CCMSA		

7.8.6 Nombre d'exploitants agricoles bénéficiaires d'une pension d'invalidité

Nombre d'exploitants agricoles ayant perçu une pension d'invalidité au cours du mois de décembre de l'année considérée.

Cet indicateur peut être décliné selon la catégorie d'invalidité.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	CCMSA	RAAMSES	Disponible sur demande auprès de la CCMSA		

7.8.7 Nombre d'exploitants agricoles bénéficiaires d'une rente accidents du travail-maladies professionnelles de l'ATEXA

Nombre d'exploitants agricoles ayant perçu une rente accidents du travail-maladies professionnelles de l'ATEXA au cours du mois de décembre de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	CCMSA	OREADE	Disponible sur demande auprès de la CCMSA		

7.8.8 Nombre de bénéficiaires d'une pension de retraite anticipée pour invalidité parmi les fonctionnaires d'Etat

Nombre d'agents de la fonction publique d'Etat, ayant bénéficié d'une pension civile ou militaire d'invalidité en paiement au 31 décembre de l'année considérée.

Cet indicateur peut être décliné selon la catégorie d'invalidité.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, D	DGFIP - Service des retraites de l'Etat	Base des pensions	Disponible sur demande auprès du Service des retraites de l'Etat		

7.8.9 Nombre de bénéficiaires d'une rente viagère d'invalidité ou d'une allocation temporaire d'invalidité parmi les fonctionnaires d'Etat

Nombre d'agents de la fonction publique d'Etat ayant bénéficié d'une rente viagère d'invalidité ou d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI) en paiement au 31 décembre de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, D	DGFIP - Service des retraites de l'Etat	Base des pensions	Disponible sur demande auprès du Service des retraites de l'Etat		

7.8.10 Nombre de bénéficiaires d'une pension d'invalidité parmi les fonctionnaires territoriaux ou hospitaliers

Nombre d'agents de la fonction publique territoriale ou hospitalière ayant perçu une pension d'invalidité au cours du mois de décembre de l'année considérée.

Cet indicateur peut être décliné selon la catégorie d'invalidité.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, D	Caisse des dépôts - CNRACL	Système de gestion des pensions d'invalidité	Disponible sur demande auprès de la Direction des retraites de la Caisse des dépôts		

7.8.11 Nombre de bénéficiaires d'une rente d'invalidité ou d'une allocation temporaire d'invalidité parmi les fonctionnaires territoriaux ou hospitaliers

Nombre d'agents de la fonction publique territoriale ou hospitalière ayant perçu une rente d'invalidité ou une allocation temporaire d'invalidité au mois de décembre de l'année considérée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, D	Caisse des dépôts - CNRACL	Système de gestion des pensions d'invalidité	Disponible sur demande auprès de la Direction des retraites de la Caisse des dépôts		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- Du fait de la législation sociale, les sources d'information en matière d'invalidité et d'accidents du travail – maladie professionnelle sont relativement dispersées : la mobilisation de ces indicateurs nécessite de s'adresser à plusieurs institutions différentes.
- Les systèmes d'indemnisation varient fortement suivant le régime d'appartenance. Pour les assurés du régime général et du régime agricole, le droit à pension d'invalidité est ouvert aux personnes dont l'invalidité réduit d'au moins les deux tiers leur capacité de travail ou de gain. Pour les fonctionnaires, il n'y a pas versement d'une indemnité destinée à compenser l'inaptitude au travail mais l'agent dont l'inaptitude est reconnue est radié des cadres et mis à la retraite, quel que soit son âge. Il perçoit alors une pension dont le montant est variable selon sa carrière et son taux d'incapacité permanente partielle (IPP).
- Les indicateurs présentés ici ne recouvrent pas l'intégralité des régimes de protection sociale : ils ne prennent pas en compte en particulier les indemnités versées par les régimes de prévoyance ou par des assurances privées.
- Selon la Commission des comptes de la sécurité sociale, 55 % des pensions d'invalidité versées en 2007 par les régimes obligatoires de sécurité sociale concernent des assurés du régime général et 40 % des fonctionnaires (Etat, collectivités territoriales et fonction publique hospitalière).
- Contrairement aux assurés du régime général ou du régime agricole qui, à 60 ans, ne relèvent plus de l'assurance invalidité mais de l'assurance vieillesse, les fonctionnaires en invalidité conservent le même régime au-delà de 60 ans, ce qui explique une forte représentation des fonctionnaires parmi les bénéficiaires de l'invalidité (cf commentaire ci-dessus).
- Le plus souvent, le versement d'une pension d'invalidité ou d'une rente AT-MP intervient en prolongement d'un arrêt de maladie de longue durée. L'expertise médicale qui détermine l'admission en invalidité ou le versement d'une rente AT-MP est effectuée une fois la situation de santé consolidée.
- La Majoration tierce personne (MTP) est une prestation versée en sus aux personnes bénéficiaires d'une pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie. Le nombre de bénéficiaires de la MTP est dénombré au niveau des indicateurs 7.8.1 (assurés relevant du régime général), 7.8.4 (salariés agricoles), 7.8.6 (exploitants agricoles), 7.8.8 (fonctionnaires d'Etat) et 7.8.10 (fonctionnaires territoriaux ou hospitaliers). Le nombre de bénéficiaires de la MTP correspond aux assurés qui perçoivent une pension de 3^{ème} catégorie.
- Les bénéficiaires de la MTP peuvent également, dans certains cas, percevoir la prestation de compensation. Le montant de la MTP vient alors en déduction de la prestation de compensation.
- Ces différents indicateurs ne font pas l'objet de publications. Pour obtenir des données, au plan national comme au plan local, il est donc nécessaire de s'adresser à l'organisme qui verse les prestations. Le type de ventilation disponible, et notamment les caractéristiques des bénéficiaires (âge, sexe...), dépend du système d'information de chaque organisme.

7.8.1

- Les données sont disponibles au niveau départemental, sauf en Ile-de-France, où l'information est régionale.
- Selon les statistiques de la CNAMTS (effectifs cumulés 2000-2006), 27,4 % des pensions d'invalidité versées aux personnes relevant du régime général sont de catégorie 1, 69,7 % sont de catégorie 2, et 2,9 % de catégorie 3 (ouvrant droit à une majoration tierce personne). Ainsi, plus du quart des pensionnés sont reconnus capables d'exercer une activité professionnelle et sont concernés par les dispositifs spécifiques relatifs à l'emploi et à l'activité professionnelle des travailleurs handicapés.
- Les admissions en invalidité augmentent fortement avec l'âge : les personnes âgées de 50 à 59 ans représentent 62 % des bénéficiaires des pensions attribuées en 2006.

7.8.2 7.8.5 7.8.7 7.8.9 7.8.11 Le risque « accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) » recouvre trois types de situations différentes : l'accident du travail proprement dit, l'accident de trajet, et la maladie professionnelle (conséquence d'une exposition plus ou moins prolongée à un risque lié à l'exercice habituel de l'activité professionnelle).

En cas d'accident du travail suivi de décès, une pension est servie aux ayants-droits (articles L434-7 à 14 du Code de la Sécurité sociale).

7.8.3 L'analyse des décisions favorables pour l'attribution de pensions et rentes AT-MP permet de documenter les problèmes de santé ou les accidents à l'origine de l'invalidité, d'un accident du travail ou d'une pathologie professionnelle, notamment par branche professionnelle (statistiques AT-MP).

7.8.7 Les exploitants ont le libre choix de l'organisme assureur pour ces prestations, qui peut être la Mutualité sociale agricole ou une assurance privée. L'indicateur ne concerne pas tous les exploitants agricoles bénéficiaires d'une rente AT-MP.

7.8.8 à 7.8.11

- Les pensions d'invalidité versées aux fonctionnaires d'Etat et aux agents titulaires des collectivités territoriales et de la fonction publique hospitalière comprennent à la fois les invalidités à proprement dites, et les invalidités « imputables au service », c'est-à-dire celles qui résultent d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Quand l'invalidité est « imputable au service », l'agent perçoit, en sus de la pension d'invalidité, une rente (viagère) d'invalidité, qui fait l'objet d'indicateurs détaillés (7.8.9 et 7.8.11).
- L'infirmité ou la maladie dont l'agent est atteint doit avoir été contractée ou aggravée au cours d'une période valable pour la retraite. L'origine de l'invalidité doit donc se situer à une époque où l'intéressé acquiert des droits à pension.
- Alors que l'Allocation temporaire d'invalidité (ATI) est versée en sus du salaire à des fonctionnaires qui continuent à exercer ou qui sont reclassés, l'allocation d'invalidité temporaire (AIT) est versée à des fonctionnaire atteints d'une invalidité non liée à l'exercice de ses fonctions, ayant épuisé leurs droits statutaires à rémunération, placés en disponibilité d'office et atteint d'une invalidité réduisant au moins de deux tiers sa capacité de travail lorsque l'invalidité constatée est temporaire. Les bénéficiaires de l'AIT ne sont pas pris en compte dans les indicateurs.

7.8.8 Les victimes civiles de guerre relèvent du code des pensions militaires et des victimes de guerre.

SOURCES DE DONNEES

S29. Base des pensions (DGFIP - Service des retraites de l'Etat)

S47. Système de gestion des pensions d'invalidité et des ATI des agents des collectivités locales (CNRACL)

S61. Système de gestion des pensions d'invalidité - RAAMSES (CCMSA)

S62. Système de gestion des rentes AT-MP - SIMPAT (CCMSA)

S63. Système de gestion de l'ATEXA - OREADE (CCMSA)

S67. HIPPOCRATE (CNAMTS)

S68. Système de gestion des rentes AT-MP - EURYDICE (CNAMTS)

S69. Système national inter-régime d'assurance maladie - SNIIRAM (CNAMTS)

8

ETABLISSEMENTS ET SERVICES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT

Définis par la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 en tant qu'institutions sociales et médico-sociales, les établissements et services qui accompagnent les personnes âgées et personnes handicapées sont soumis à des principes d'organisation distincts de ceux du champ sanitaire (régime d'autorisation, planification, tarification). Ceux-ci comme les autres établissements sociaux ont vu leurs objectifs profondément renouvelés par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 intitulée « personnalisation des interventions, droit des usagers et modulation des types de service ». La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 renforce la logique d'accès aux droits et services collectifs de droit commun dans une logique de citoyenneté et de participation sociale, posant les bases de la compensation individuelle. La diversification du choix de vie des personnes conduit à une nouvelle transformation de l'offre de services collectifs, en réponse aux plans personnalisés de compensation, quel que soit l'âge de la personne.

► Ce secteur diversifié, présent sur l'ensemble du territoire, bien qu'avec des inégalités historiques, intervient de la naissance à la fin de vie, pour des durées souvent longues. Ses enjeux majeurs sont d'assurer la continuité de l'accompagnement et des soins à tous les âges de la vie, ainsi que de poursuivre le développement et la transformation de l'offre pour en améliorer l'accessibilité et la pertinence. La continuité entre prévention, soins, rééducation, accompagnement doit être assurée entre établissements et services médico-sociaux ainsi qu'entre ceux-ci et le secteur sanitaire.

Les modes d'intervention des établissements et services sont de plus en plus modulés, avec une part croissante de l'intervention des services dans les lieux de vie (famille, école, domicile) ce qui induit de nouveaux modes d'organisation. Le rapprochement des services de soins infirmiers (SSIAD) et des services d'aide à domicile (SAAD) sous la forme de services polyvalents (SPASSAD), le développement de plates-formes de services à l'échelle des territoires marquent des avancées. La continuité entre soins et accompagnement dans le cadre du projet de vie des personnes progresse par l'établissement d'un lien avec la médecine de ville et avec l'hôpital. Un exemple significatif est celui des structures de soins de suite et de réadaptation (SSR) qui jouent un rôle primordial pour réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations d'activité des patients et promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion, avec l'accompagnement social que cela implique. Le développement et la transformation de l'offre de service dans le cadre des plans nationaux (plan solidarité grand âge, plan Alzheimer, programme pluriannuel de création de places pour les personnes handicapées) s'accompagnent d'une réflexion sur l'attractivité des métiers du secteur médico-social.

► Pour l'accueil et l'accompagnement des enfants handicapés, le nombre de places en établissements est stable (107 000¹ à fin 2006) tandis que les capacités en services ont doublé en 10 ans (34 000 places de SESSAD à fin 2006). Pour les adultes handicapés, les capacités des services médico-sociaux (SAMSAH et SSIAD) et des services à domicile (SAP, SAAD et SAVS) progressent ainsi que le nombre de places d'hébergement médicalisé (33 000² places de MAS et FAM à fin 2006) ou non médicalisé (foyers de vie, foyers d'hébergement). Pour les personnes âgées environ 10 000³ structures d'hébergement (EHPA) offrent 680 000 places à fin 2007, dont 515 000 places destinées aux personnes âgées dépendantes³. Les services à domicile ont connu le développement le plus important, notamment les services de soins infirmiers (SSIAD) qui offrent 97 000 places⁴.

► Ces équipements présentent une grande diversité pour répondre aux besoins spécifiques de leur public, qu'il convient d'appréhender dans une approche globale de toutes les ressources en professionnels, dont les libéraux, et en services au sein des territoires. Les personnels représentent entre 75 et 90 % des dépenses des établissements et des services. L'emploi médico-social se diversifie avec des tensions sur le recrutement qu'il est important de caractériser et de suivre dans le cadre d'un plan des métiers. Cette diversité des établissements et services se mesure aussi au travers des modes de tarification ou de régulation et des sources de

¹ Les structures pour enfants handicapés en 2006 : un développement croissant des services à domicile. DREES, Etudes et résultats n°669, novembre 2008

² Les établissements pour adultes handicapés : des capacités d'accueil en hausse. DREES, Etudes et résultats n°641, juin 2008

³ L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2007. DREES, Etudes et résultats n°689, mai 2009

⁴ Finess. Exploitation CNSA, mars 2009

financement (Assurance maladie, Etat, conseils généraux) ainsi que des conditions d'accès. Les soins sont accessibles sur simple prescription médicale tandis que l'admission dans un établissement ou service pour enfant ou pour adulte handicapé relève de la commission départementale pour l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), instituée par la loi de février 2005, qui siège au sein de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). L'entrée en EHPA comme le recours aux services d'aides à domicile sont choisis par le bénéficiaire lui-même.

► **Les évolutions du secteur médico-social** sont directement liées à leur mise en cohérence avec les politiques européennes d'inclusion sociale, à une meilleure prise en compte du choix de vie des personnes et de leurs capacités à financer leur hébergement. L'inclusion et la scolarisation des **enfants handicapés** en milieu ordinaire ont fortement progressé : l'accent a été mis sur la nécessité d'un diagnostic précoce afin d'engager les actions d'accompagnement nécessaires avec l'aide des professionnels du soin, des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des centres médico-psychologiques (CMPP). La loi de février 2005 a renforcé la priorité accordée à la scolarisation des enfants handicapés dans les écoles ordinaires, avec une implication accrue des établissements médico-éducatifs dans ce parcours, dans le cadre notamment du développement des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD). Les choix de vie des **personnes handicapées adultes** amènent à une évolution des institutions dans un contexte de gain d'espérance de vie : les structures d'accueil proposent des prestations de plus en plus diversifiées (hébergement temporaire, accueil de jour, accompagnement à domicile), en réponse à la multiplicité des besoins de ces personnes. L'âge d'entrée des personnes âgées en institution continue de reculer lorsque le besoin de soins et d'accompagnement s'accroît. Les établissements d'hébergement de personnes âgées (EHPA) ont connu une réforme majeure, celle de la tarification intervenue à partir de 1999, qui a transformé la plupart de ces structures en établissements d'accueil de personnes âgées dépendantes (EHPAD), dans le cadre de conventions tripartites signées avec les autorités administratives en charge du secteur. Ces conventions ont permis de renforcer les moyens humains de ces établissements et de les inciter à entreprendre des démarches qualité. Dans le même temps, le rôle des aidants et leurs besoins propres s'expriment et appellent à une prise en compte dans les actions publiques (création de structures de répit, formations, groupes de parole).

► La question de la solvabilité se pose pour le reste à charge en EHPAD qui dépasse le montant moyen des retraites. De même les coûts de participation aux structures de répit et aux services aux personnes pèsent sur le développement de la demande. Cette dimension du coût doit davantage être intégrée dans les hypothèses de développement et d'organisation de l'offre.

► **La connaissance quantitative et qualitative** de l'offre est encore insuffisante. Compte tenu de la diversité et de l'évolutivité de cette offre en établissements et services médico-sociaux, les sources d'information 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, ni à la connaissance précise de l'offre, de sa desserte, de son activité, d'où la nécessité de lancer des études qualitatives complémentaires.

► La thématique vise à décrire l'activité des établissements et services qui accueillent ou accompagnent des personnes en situation de handicap quel que soit leur âge, qu'il s'agisse d'un accueil temporaire ou permanent. Ainsi la thématique traite des aides à la personne à domicile (concept 8.1), des services d'accompagnement pour adultes handicapés (concept 8.2), des services de soins infirmiers à domicile (concept 8.3), des établissements et services pour enfants et adolescents handicapés (concept 8.4), pour adultes handicapés (concept 8.5), et pour personnes âgées (concept 8.6). Les accueillants familiaux font l'objet d'un concept spécifique (concept 8.7). La thématique se conclut par les liens entre accompagnements médico-sociaux et soins en prenant l'exemple de « l'accès aux structures de soins de suite et de réadaptation » (concept 8.8). Les versions futures intégreront les questions de l'accès aux professionnels libéraux : médecins généralistes, spécialistes, infirmiers, personnels paramédicaux.

La thématique est à connecter avec les concepts relatifs aux « centres de ressources » (concept 2.4), aux « services et établissements de réinsertion professionnelle » (concept 4.3), aux « entreprises adaptées et établissements et services d'aide par le travail » (concept 4.6), aux « maisons départementales des personnes handicapées » (concept 2.1) qui décident des orientations en établissements et services. Par ailleurs, les indicateurs concernant les services de soins et d'éducation spéciale (SESSAD) sont à rapprocher de ceux concernant la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou spécialisé (concepts 3.1, 3.2, 3.3). Enfin, les moyens financiers et humains de ces structures sont présentés dans la thématique « Financements publics » : concepts 9.3 « Etablissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées » et 9.4 « Etablissements et services pour personnes âgées dépendantes ».

CONCEPT 8.1 : AIDES À LA PERSONNE A DOMICILE	
8.1.1 Nombre de SAP titulaires de l'agrément qualité.....	194
8.1.2 Nombre de SAAD prestataires titulaires de l'autorisation.....	194
8.1.3 Nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) selon le mode d'interventions à domicile.....	194
8.1.4 Nombre de personnes payées au titre de l'élément 1 de la prestation de compensation (PCH) selon le mode d'interventions à domicile.....	194
8.1.5 Nombre de personnes bénéficiaires de l'aide ménagère au titre de l'aide sociale.....	194
8.1.6 Nombre d'heures réalisées par les services agréés ou autorisés.....	195
8.1.7 Zones couvertes par des services à la personne.....	195
CONCEPT 8.2 : SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT POUR ADULTES HANDICAPÉS	
8.2.1 Dénombrement et capacités d'accueil des services d'accompagnement pour adultes handicapés.....	197
8.2.2 Taux d'équipement en places de services d'accompagnement pour adultes handicapés.....	197
8.2.3 Taux de couverture départemental en services d'accompagnement pour adultes handicapés.....	198
8.2.4 Nombre de personnes prises en charge par les services d'accompagnement pour adultes handicapés.....	198
CONCEPT 8.3 : SERVICES DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE	
8.3.1 Dénombrement et capacités de prises en charge des SSIAD.....	199
8.3.2 Taux d'équipement en places de SSIAD.....	200
8.3.3 Equipements autorisés mais non installés.....	200
8.3.4 Nombre de personnes prises en charge par les SSIAD.....	200
CONCEPT 8.4 : ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPÉS	
8.4.1 Capacités d'accueil des établissements médico-sociaux (EMS) pour enfants et adolescents handicapés et des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).....	203
8.4.2 Dénombrement des CAMSP et CMPP.....	203
8.4.3 Part des places de SESSAD dans l'ensemble des places en EMS pour enfants et adolescents handicapés et SESSAD.....	203
8.4.4 Taux d'équipement en EMS pour enfants et adolescents handicapés et SESSAD.....	203
8.4.5 Equipements en EMS pour enfants et adolescents handicapés et SESSAD autorisés mais non installés.....	203
8.4.6 Proportion de places en internat dans les EMS pour enfants et adolescents handicapés, par catégorie d'EMS.....	204
8.4.7 Nombre de jeunes accueillis en EMS pour enfants et adolescents handicapés, par catégorie d'EMS, et en SESSAD.....	204
8.4.8 Taux d'occupation des EMS pour enfants et adolescents handicapés, par catégorie d'EMS, et des SESSAD.....	204
8.4.9 Nombre d'enfants accueillis en CAMSP et en CMPP.....	204
8.4.10 Proportion de jeunes accueillis dans un EMS pour enfants et adolescents handicapés hors du département de domicile de leurs parents, par catégorie d'EMS.....	204
8.4.11 Nombre de jeunes âgés de plus de 20 ans accueillis en EMS pour enfants et adolescents handicapés au titre de l'amendement Creton, par catégorie d'EMS.....	205
8.4.12 Taux de sortie des EMS pour enfants et adolescents handicapés, par catégorie d'EMS.....	205
CONCEPT 8.5 : ÉTABLISSEMENTS POUR ADULTES HANDICAPÉS	
8.5.1 Capacités d'accueil des établissements pour adultes handicapés, par catégorie d'établissements.....	208
8.5.2 Taux d'équipement en établissements pour adultes handicapés, par catégorie d'établissements.....	208
8.5.3 Part des places en accueil de jour et hébergement temporaire dans l'ensemble des places en établissements pour adultes handicapés.....	208
8.5.4 Equipements autorisés mais non installés.....	208
8.5.5 Nombre de personnes accueillies en établissements pour adultes handicapés, par catégorie d'établissements.....	209
8.5.6 Taux d'occupation des établissements pour adultes handicapés, par catégorie d'établissements.....	209
8.5.7 Taux de sortie, par catégorie d'établissements.....	209
CONCEPT 8.6 : STRUCTURES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES	
8.6.1 Capacités d'accueil des établissements pour personnes âgées, par catégorie d'établissements.....	212
8.6.2 Equipements autorisés mais non installés.....	212
8.6.3 Taux d'équipement en établissements pour personnes âgées dépendantes.....	212
8.6.4 Nombre de personnes accueillies en établissements pour personnes âgées dépendantes.....	212
8.6.5 Coefficient d'occupation des établissements pour personnes âgées dépendantes.....	213
8.6.6 Nombre de places en structures de répit pour les malades d'Alzheimer.....	213
8.6.7 Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (ASH).....	213
CONCEPT 8.7 : ACCUEILLANTS FAMILIAUX AGRÉÉS	
8.7.1 Nombre d'accueillants familiaux agréés.....	215
8.7.2 Nombre de places agréées en accueil familial.....	215
8.7.3 Nombre de personnes en accueil familial.....	216
8.7.4 Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale au titre d'un accueil chez des particuliers.....	216
CONCEPT 8.8 : ACCÈS AUX STRUCTURES DE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION	
8.8.1 Capacité d'accueil des structures de soins de suite et de réadaptation.....	218
8.8.2 Taux d'équipement en soins de suite et de réadaptation.....	218
8.8.3 Visites à domicile effectuées pour l'adaptation du domicile.....	218
8.8.4 File active des patients en soins de suite et de réadaptation.....	218
8.8.5 Délai moyen d'attente pour une admission en soins de suite et de réadaptation.....	218

CONCEPT 8.1 : AIDES A LA PERSONNE A DOMICILE

DEFINITIONS ET REFERENCES

Les aides à la personne à domicile peuvent être assurées par des **services d'aides à la personne à domicile** ou par des intervenants employés directement par la personne, sans intermédiaire - **l'emploi direct**.

Les services d'aides à la personne à domicile assurent, au domicile des personnes ou à partir de leur domicile, des prestations de services domestiques ou des prestations d'aide à la personne pour les activités essentielles de la vie quotidienne et le maintien du lien social. Ils visent à contribuer au mieux-être des personnes à leur domicile. Ces services concernent les services à la personne (SAP) et les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD).

Les services à la personne (SAP) peuvent intervenir auprès de tous publics. Leurs activités sont :

- la garde d'enfants ;
- l'assistance aux personnes âgées, aux personnes handicapées qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile ou d'une aide à la mobilité dans l'environnement de proximité favorisant leur maintien à domicile ;
- les services aux personnes à leur domicile relatifs aux tâches ménagères ou familiales.

Ces services sont obligatoirement agréés par le préfet de département, selon deux modalités distinctes :

- les **agréments simples** pour les services assurant des prestations ne relevant pas spécifiquement de la prise en charge de la perte d'autonomie et pouvant être exercées auprès de tous les publics ;
- les **agréments qualité** pour les services qui s'adressent à des publics particuliers, et notamment pour ceux qui interviennent auprès de personnes âgées dépendantes ou de personnes handicapées. Cet agrément est délivré par le préfet après avis du président du conseil général. Les tarifs des services ayant opté pour l'agrément qualité sont fixés librement dans le cadre d'un contrat conclu entre l'organisme et le bénéficiaire et évoluent dans la limite d'un pourcentage fixé par arrêté.

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) ou services d'aide à domicile (SAD) interviennent auprès des personnes âgées ou des personnes handicapées. Ils assurent des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne, en dehors des actes de soins qui relèvent des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou de professionnels de santé libéraux. Ces services peuvent être assurés en mode prestataire (le service est l'employeur de l'intervenant) et/ou mandataire (le bénéficiaire est l'employeur de l'intervenant).

Ces services, s'ils sont effectués par un **service prestataire**, sont soumis au régime de l'autorisation. Cette autorisation est délivrée par le président du conseil général et vaut agrément qualité. La tarification de leurs prestations est arrêtée par le président du conseil général.

Les services mandataires d'aide et d'accompagnement à domicile ne rentrent pas dans le champ de la procédure de l'autorisation mais doivent obligatoirement solliciter l'agrément dit « qualité » lorsqu'ils consacrent leur activité à des services à domicile pour des personnes fragiles comme le sont les personnes âgées ou handicapées.

L'aide à la personne dans le champ du handicap et de la dépendance est donc assurée par un SAP agréé qualité ou par un SAAD. Elle peut également être assurée directement par une personne salariée : le bénéficiaire de la prestation emploie directement l'intervenant, sans intermédiaire. Ce dernier mode d'intervention ne donne pas lieu à agrément ou autorisation, il s'agit de **l'emploi direct**.

Textes de références :

- *Services à la personne : Code du travail (L7231-1 à L7234-1)*
- *Agrément des SAP : Code du travail (L7232-1 à 5)*
- *Agence nationale des SAP : Code du travail (L7234-1)*
- *Définition des établissements et services sociaux et médico-sociaux : code de l'action sociale et des familles - CASF (L312-1)*
- *Définition des SAAD : CASF (D312-6)*
- *Autorisation : CASF (article L313-1-1)*
- *Circulaire DGAS/2C/2006/27 du 19 janvier 2006 sur la mise en œuvre du droit d'option*
- *Circulaire DGAS/2C/DGEFP/ANSP n°2007-263 du 15 mai 2007*

Concepts liés :

- concept 7.2 : Bénéficiaires de la prestation de compensation
- concept 7.4 : Bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie
- concept 8.2 : Services d'accompagnement pour adultes handicapés
- concept 8.3 : Services de soins infirmiers à domicile

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

8.1.1 Nombre de SAP titulaires de l'agrément qualité

Nombre de SAP titulaires de l'agrément qualité prévu par le code du travail, selon la nature des services proposés (garde malade, aides aux personnes âgées, assistance aux personnes handicapées, aide à la mobilité et aux transports, transport/accompagnement des personnes âgées, dépendantes ou handicapées, soins esthétiques à domicile pour les personnes dépendantes) et la zone d'intervention.

Niveau territorial	Organismes	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D, ID	Agence nationale des services à la personne	Annuaire des services à la personne	Site internet de l'agence des services à la personne		Fichier permanent
D, ID	DDTEFP	Système de gestion des agréments des SAP	Disponible sur demande auprès des DDTEFP		

8.1.2 Nombre de SAAD prestataires titulaires de l'autorisation

Nombre de SAAD relevant du régime de l'autorisation prévue par le code de l'action sociale et des familles.

Niveau territorial	Organismes	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
D, ID	Conseils généraux	Données relatives aux décisions prises pour les établissements et services	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

8.1.3 Nombre de bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) selon le mode d'intervention à domicile

Nombre de personnes ayant perçu l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour la rémunération d'intervenants à domicile au cours du mois considéré, selon le mode d'intervention (service prestataire, service mandataire, emploi direct).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
D, ID	Conseils généraux	Système de gestion des aides départementales	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

8.1.4 Nombre de personnes payées au titre de l'élément 1 de la prestation de compensation (PCH) selon le mode d'intervention à domicile

Nombre de personnes payées au titre de l'élément 1 de la prestation de compensation (PCH), au cours du mois considéré, selon le mode d'intervention (service prestataire, service mandataire, emploi direct).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
D, ID	Conseils généraux	Système de gestion des aides départementales	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

8.1.5 Nombre de personnes bénéficiaires de l'aide ménagère au titre de l'aide sociale

Nombre de personnes âgées ou handicapées ayant perçu l'aide sociale départementale dédiée aux personnes vivant à domicile pour l'intervention d'une aide à domicile, pour le mois de décembre de l'année considérée.

Cet indicateur est disponible d'une part pour les personnes handicapées, et d'autre part pour les personnes âgées.

Niveau territorial	Opérateurs	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, D	DREES	Enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale	Publication DREES - Série Statistiques « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale »	Historique des cinq dernières années	Annuelle
D, ID	Conseils généraux	Système de gestion des aides départementales	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

8.1.6 Nombre d'heures réalisées par les services agréés ou autorisés

Nombre d'heures effectuées au domicile pour l'intervention d'aides ménagères ou d'auxiliaires de vie, dans l'année considérée.

Niveau territorial	Opérateurs	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
D	DDTEFP	Rapports annuels des SAP	Selon disponibilité auprès des DDTEFP		Annuelle
D, ID	Conseils généraux	Comptes administratifs des SAAD	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		Annuelle

8.1.7 Zones couvertes par des services à la personne

Nombre de communes couvertes par un SAP agréé (agrément qualité) ou SAAD autorisé (prestataire ou mandataire).

Niveau territorial	Organismes	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
D, ID	DDTEFP	Système de gestion des agréments des SAP	Disponible sur demande auprès des DDTEFP		
D, ID	Conseils généraux	Données relatives aux décisions prises pour les établissements et services	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- Les services d'aide à la personne à domicile, qui constituent un sous-ensemble des services à domicile, désignent un vaste champ d'activité et représentent un grand nombre d'emplois. 1,2 millions de salariés ont travaillé au domicile de particuliers au cours du 2ème trimestre 2006⁵.
- Selon le mode d'intervention (service prestataire, service mandataire, emploi direct) les personnes qui travaillent dans ce secteur relèvent soit de la convention collective des « employés de maison » (emploi direct ou association mandataire) soit de la convention collective qui est fonction du statut de l'employeur (centre communal d'action sociale, association, organisme mutualiste, société commerciale...). Il n'est pas rare que les aides à domicile, dont la plupart travaillent à temps partiel, exercent sous différents statuts.
- Ces activités ont connu un fort développement au cours des quinze dernières années, notamment grâce à une politique très volontariste des pouvoirs publics en matière d'incitations fiscales, de réduction de cotisations sociales et de prestations sociales attribuées aux personnes fragiles. Mais, de manière générale, on dispose de peu d'indicateurs sur ces activités à cause notamment de la grande diversité des modalités d'emploi et de statut des employeurs. Ce secteur connaît aujourd'hui des évolutions importantes, notamment en ce qui concerne la professionnalisation et la modernisation des métiers.
- Les SAP titulaires de l'agrément qualité, comme les SAAD, interviennent auprès des personnes âgées dépendantes (bénéficiaires de l'APA), des personnes handicapées bénéficiaires de prestations d'aide humaine (PCH, ACTP, AEEH...). Ils peuvent aussi, sous réserve d'être habilités à l'aide sociale par le président du conseil général, intervenir auprès des bénéficiaires de l'aide sociale départementale ou, s'ils sont conventionnés avec les caisses de retraite, auprès des ressortissants des différents régimes de retraite.
- La loi prévoit depuis 2004 la possibilité de créer des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) qui assurent à la fois les missions d'aides et d'accompagnement à domicile ou à partir du domicile (SAAD) et de soins à domicile (SSIAD).

8.1.1 et 8.1.2

- A cause du double système d'agrément qualité et d'autorisation, un certain nombre de services sont enregistrés à la fois comme services d'aide à la personne (SAP) et comme service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD).
- Par ailleurs, chaque mode d'agrément ou d'autorisation a ses propres modalités d'enregistrement, par exemple en fonction du lieu d'implantation du siège pour l'agrément qualité, ou en fonction du département d'implantation du service pour le régime d'autorisation.
- Dans l'annuaire des services à la personne, les zones d'intervention (qui peuvent avoir un caractère évolutif en fonction du développement de l'entreprise) sont mises à jour par les organismes eux-mêmes. Pour les données infra-départementales, la notion de secteur géographique doit être considérée avec cette limite.

⁵ Les services à la personne en 2006 : une croissance continue. DARES, *Premières Informations et Premières Synthèses*, n°48.2, novembre 2008

- Les SAAD rassemblent principalement des acteurs du monde associatif ou du secteur public (centres communaux ou intercommunaux d'action sociale - CCAS ou CCIAS).

8.1.3

- L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) finance essentiellement des besoins d'intervention en matière d'aide humaine (92 % des montants versés servent à financer des heures d'aide à domicile en 2004) et la plupart des personnes à domicile bénéficiaires de l'APA ont besoin d'une aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne.
- Cet indicateur n'est pas un indicateur d'activité des services d'aide à la personne auprès des personnes âgées puisqu'il permet d'identifier la population âgée dépendante auprès de laquelle interviennent les services d'aide à la personne et l'emploi direct mais exclut les personnes âgées qui ne sont pas bénéficiaires de l'APA et pour lesquelles les services d'aide à la personne interviennent soit au titre de l'aide sociale départementale soit du fait des aides proposées par les caisses de retraite (aides ménagères).

8.1.4 La prestation de compensation (PCH) compte cinq « éléments » : les aides humaines constituent l'élément 1. Le nombre de personnes payées au titre de l'élément 1 de la PCH renseigne sur le nombre potentiel de personnes bénéficiaires de la PCH auprès desquels les services d'aide à la personne interviennent, les personnes bénéficiaires de l'aide humaine pouvant recourir à de l'emploi direct. Cet indicateur ne permet pas de renseigner sur l'ensemble de l'activité des services d'aide à la personne (SAP ou SAAD) auprès des personnes handicapées (les bénéficiaires de l'ACTP ou de l'AEEH peuvent avoir aussi recourir à ces services).

Cet indicateur est sensible à l'évolution du champ de la prestation de compensation : depuis le 1^{er} avril 2009, les enfants peuvent bénéficier de l'élément 1 de la prestation de compensation.

8.1.5 Cet indicateur concerne uniquement les personnes âgées non bénéficiaires de l'APA ou handicapées qui bénéficient, sous condition de ressources, de l'aide sociale départementale versée par les conseils généraux, pour des besoins d'aides ménagères. Il ne tient pas compte des bénéficiaires d'une aide ménagère au titre de l'action sociale des caisses de retraite.

8.1.7 Les zones couvertes par un service à la personne confrontées à la géographie du département permettent de repérer les zones non couvertes.

SOURCES DE DONNEES

- S13. Enquêtes annuelles sur les bénéficiaires et les dépenses de l'aide sociale départementale (DREES)
- S50. Annuaire des services à la personne (Agence nationale des services à la personne)
- S83. Rapports d'activité des SAAD (Conseils généraux)
- S86. Données relatives aux décisions prises pour les établissements et services (Conseils généraux)
- S87. Systèmes de gestion des aides départementales (Conseils généraux)
- S94. Rapports annuels des SAP (DDTEFP)
- S95. Système de gestion des agréments des SAP (DDTEFP)

CONCEPT 8.2 : SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT POUR ADULTES HANDICAPES

DEFINITIONS ET REFERENCES

Les **services d'accompagnement pour adultes handicapés**, sont des services ayant fait l'objet d'une autorisation administrative par l'autorité compétente (préfet et/ou conseil général), et qui accompagnent dans leur vie quotidienne des adultes handicapés vivant à domicile, suite à une évaluation effectuée par l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et après décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Deux types de services existent : les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

Les **services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)** ont pour vocation de contribuer à la mise en œuvre du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

Les **services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)** accompagnent des personnes dont les déficiences et incapacités nécessitent, en sus des interventions des SAVS, des soins réguliers et un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.

Les prestations des services d'accompagnement sont délivrées au domicile des personnes mais aussi dans leurs différents lieux de vie : à l'université ou sur leur lieu de formation, leur lieu de travail en milieu ordinaire ou protégé, et parfois également dans les locaux du service. Ces services s'adressent aux adultes handicapés sans limite d'âge.

Les SAVS sont autorisés et financés par le conseil général du département au titre de l'aide sociale. Les SAMSAH, autorisés conjointement par le président du conseil général et le préfet du département, sont cofinancés par les conseils généraux et l'Assurance maladie.

Textes de références :

- Code de l'action sociale et des familles (D312-162 à 176)

Concepts liés :

- Concept 2.1 : Maisons départementales des personnes handicapées
- Concept 8.1 : Aides à la personne à domicile
- Concept 8.3 : Services de soins infirmiers à domicile

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

8.2.1 Dénombrement et capacités d'accueil des services d'accompagnement pour adultes handicapés

Nombre de structures et nombre de places installées, par type de services d'accompagnement pour adultes handicapés (SAVS et SAMSAH) et par l'agrément de clientèle.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D, ID	DREES, DRASS, DDASS	FINESS	Site internet (pour les SAVS : code catégorie 446, discipline d'équipement 509 ; pour les SAMSAH : code catégorie 446, discipline d'équipement 510)		Fichier permanent
D, ID	Conseils généraux	Données relatives aux décisions prises pour les établissements et services	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

8.2.2 Taux d'équipement en places de services d'accompagnement pour adultes handicapés

- **taux d'équipement en places de SAVS** : nombre de places installées dans les SAVS (indicateur 8.2.1), divisé par l'effectif de population âgée de 20 ans à 59 ans, multiplié par 1 000.

- **taux d'équipement en places de SAMSAH** : nombre de places installées dans les SAMSAH (indicateur 8.2.1), divisé par l'effectif de population âgée de 20 ans à 59 ans, multiplié par 1 000.

8.2.3 Taux de couverture départemental en services d'accompagnement pour adultes handicapés

- **taux de couverture en SAVS** : nombre de communes du département couvertes par un SAVS, divisé par le nombre total de communes du département, multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
D	Conseil général	Données relatives aux décisions prises pour les établissements et services	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

- **taux de couverture en SAMSAH** : nombre de communes du département couvertes par un SAMSAH, divisé par le nombre total de communes du département, multiplié par 100.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
D	Conseil général	Données relatives aux décisions prises pour les établissements et services	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

8.2.4 Nombre de personnes prises en charge par les services d'accompagnement pour adultes handicapés

Nombre de personnes prises en charge au cours du mois décembre de l'année considérée, par type de services d'accompagnement pour adultes handicapés (SAVS et SAMSAH).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DREES, DRASS	Enquête ES	Publication des résultats 2006 par la DREES en 2010	Disponible uniquement à partir de 2006	A chaque enquête (données au 31 décembre de l'année considérée)
R			Disponible sur demande auprès des DRASS		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- La source DDASS ou DRASS deviendra, à compter de 2010, ARS.
- Les services d'accompagnement d'adultes handicapés sont de création relativement récente, leur reconnaissance juridique datant de la loi du 2 janvier 2002 et des décrets du 11 mars 2005. Début 2008, 4 000 places de SAMSAH et près de 25 000 places de SAVS étaient autorisées, avec un développement inégal sur le territoire⁶.
- Pour avoir une vision complète de l'accompagnement médico-social des personnes handicapées, il est nécessaire de prendre en compte également les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui assurent auprès des personnes handicapées, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels (voir concept 8.3).
- Le rôle des services d'accompagnement doit être apprécié en tenant compte des ressources disponibles sur le territoire, et notamment de l'implantation d'autres services de maintien à domicile (sanitaires, sociaux et médico-sociaux). Outre leurs missions spécifiques, les SAVS et SAMSAH ont un rôle de veille sur les situations préoccupantes et d'évaluation des situations individuelles, tout au long du parcours de vie. Les textes réglementaires depuis le début des années 2000 et l'évolution des schémas d'organisation sociale et médico-sociale conduit à concevoir leur action en termes de réseau, de coordination des différents services ou de « plate formes territoriales d'accompagnement ».

8.2.1 Le dénombrement des capacités d'accueil ainsi que des taux d'équipement doivent être relativisés du fait de la diversité des suivis effectués et des situations des personnes dans leur environnement.

8.2.2 L'accès à ces services n'est pas limité aux personnes de moins de 60 ans. Mais cet indicateur reste pertinent en référence à la population âgée de 20 à 59 ans, qui constitue l'essentiel des personnes ayant recours à ce type de services.

8.2.4 L'analyse de l'indicateur doit tenir compte de la diversité des populations suivies que ce soit en termes de déficiences, d'autonomie, des autres équipements présents sur le territoire...

SOURCES DE DONNEES

S15. Enquête Etablissements sociaux et médico-sociaux - ES (DREES)

S18. Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux - Finess (DREES)

S86. Données relatives aux décisions prises pour les établissements et services (Conseils généraux)

⁶ Suivi qualitatif du développement des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés : SAMSAH et SSIAD. Situation en 2007. CNSA, avril 2008

CONCEPT 8.3 : SERVICES DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE

DEFINITIONS ET REFERENCES

Les **services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels auprès des personnes âgées de 60 ans ou plus, malades ou dépendantes, mais également depuis 2004, auprès d'adultes de moins de 60 ans en situation de handicap ou atteints de maladies chroniques (admis en affections de longue durée). Les SSIAD interviennent très majoritairement auprès de personnes âgées.

L'agrément du service distingue les capacités autorisées pour la prise en charge de personnes âgées de celles concernant les adultes handicapés. Les SSIAD sont financés par l'Assurance maladie, sous forme de dotation globale de financement, sans participation de l'assuré. Ils sont autorisés par le préfet, qui fixe leur budget.

Textes de références :

- Prestations délivrées par les SSIAD : Code de l'action sociale et des familles (D312-1 à 5, R314-105, VII, 3° et VIII, 4°)
- Circulaire DGAS/2C n°2005-11 du 28 février 2005
- Services polyvalents d'aides et de soins à domicile : Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004

Concepts liés :

- Concept 8.1 : Aides à la personne à domicile
- Concept 8.2 : Services d'accompagnement pour adultes handicapés

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

8.3.1 Dénombrement et capacités de prises en charge des SSIAD

Nombre de structures et nombres de places installées dans les SSIAD.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	DREES, DRASS, DDASS	Statiss	Site internet et documents imprimés	- Sur le site internet : historique des 8 dernières années - Documents imprimés : disponible depuis 1988	Annuelle (données au 1er janvier)
FE, R, D, ID	DREES, DRASS, DDASS	Finess	Site internet (code catégorie 354)		Fichier permanent

A partir de la source Finess il est possible de distinguer le nombre de places installées au bénéfice de personnes âgées ou de personnes handicapées, de la manière suivante :

- Personnes âgées : Personnes Agées Sans Autre Indication, Personnes Agées Autonomes, Personnes Agées dépendantes, Alzheimer,
- Personnes handicapées : Tous Types de Déficiences (sans autre indication), Polyhandicap, Personnes nécessitant prise en charge psycho sociale et sans autre indication (SAI), Troubles Psychopathologiques (Sans Autre Indication), VIH VHC, Cérébro lésés.

8.3.2 Taux d'équipement en places de SSIAD

Nombre de places installées dans les SSIAD (indicateur 8.3.1), divisé par l'effectif de la population âgée de 75 ans et plus, multiplié par 1 000.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	DREES, DRASS, DDASS	Statiss	Site internet et documents imprimés	- Sur le site internet : historique des 8 dernières années - Documents imprimés : disponible depuis 1988	Annuelle (données au 1er janvier)

A partir du nombre de places installées renseigné dans Finess, on peut calculer un taux d'équipement en SSIAD pour personnes âgées (rapporté à la population des 60 ans et plus) ou pour personnes handicapées (rapporté à la population des 20-59 ans)

- **taux d'équipement en places de SSIAD dédiées aux personnes âgées** : nombre de places installées dédiées à des personnes âgées (indicateur 8.3.1), divisé par l'effectif de la population âgée de 60 ans et plus, et multiplié par 1 000.

- **taux d'équipement en places de SSIAD dédiées aux adultes handicapés** : nombre de places installées dédiées à des adultes handicapés (indicateur 8.3.1), divisé par l'effectif de la population âgée de 20 à 59 ans, et multiplié par 1 000.

8.3.3 Equipements autorisés mais non installés

Nombre de places autorisées mais non installées, à une date donnée.

Cet indicateur peut être décliné selon le type de clientèle (personnes âgées, adultes handicapés).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D, ID	DREES, DRASS, DDASS	Finess	Disponible sur demande auprès des DRASS		

8.3.4 Nombre de personnes prises en charge par les SSIAD

Nombre de personnes prises en charge dans les SSIAD au cours du mois de décembre de l'année considérée.

Cet indicateur est décliné selon le type de clientèle (personnes âgées, personnes handicapées).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	DREES	Enquête auprès des SSIAD en 2008	Publication des résultats par la DREES en 2010		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- La source DDASS ou DRASS deviendra, à compter de 2010, ARS.
- Les SSIAD occupent une place centrale en matière de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, avec plus de 90 000 places installées en 2009, la répartition des places étant relativement homogène sur le territoire national. Le plan « solidarité grand âge » (2007-2012) prévoit la création de 6 000 places chaque année jusqu'en 2009 et de 7 500 places par an à partir de 2010, l'objectif étant d'atteindre 232 000 places en 2025.
- Le plan Alzheimer prévoit à fin 2012 la création de 5 000 places renforcées au sein des SSIAD réservées aux malades d'Alzheimer et troubles apparentés.
- La loi prévoit la possibilité de créer des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) offrant à la fois des prestations d'aides et d'accompagnement à domicile (SAAD) et de soins à domicile (SSIAD).
- En 2009, les places de SSIAD dédiées à des personnes handicapées représentent moins de 5 000 places.
- Les SSIAD, qui emploient principalement des aides-soignants encadrés par des infirmiers, ne sont pas les seuls professionnels de santé qui délivrent des soins et des actes de nursing aux personnes âgées dépendantes. Les infirmiers exerçant en libéral ou dans un centre de soins peuvent également pratiquer ce type d'actes auprès des personnes âgées dépendantes.

8.3.1 L'indicateur du nombre de places installées en SSIAD doit être analysé en lien avec celui du nombre et de l'activité des infirmiers libéraux sur le territoire considéré (zones sur-denses et sous-denses déterminées par les URCAM et AHR). Cette combinaison d'indicateurs est à rapprocher des arrêtés d'autorisation des SSIAD, qui fixent le territoire desservi par ces services (DDASS, DRASS).

8.3.2

- Initialement, les SSIAD, créés en 1981, avaient essentiellement pour vocation de répondre aux besoins de prise en charge des personnes âgées dépendantes. C'est pourquoi les indicateurs le plus souvent publiés utilisent comme dénominateur la population des 75 ans et plus. Depuis 2004, ces services peuvent également être autorisés à prendre en charge des personnes âgées de moins de soixante ans, handicapées ou atteintes de maladies chroniques, ce qui conduit à proposer de nouveaux indicateurs pour rendre compte de cette évolution. Il reste que la très grande majorité des places offertes concernent pour le moment des personnes âgées de 60 ans ou plus.
- Ces taux d'équipement sont des moyennes départementales qui peuvent masquer des disparités à l'intérieur du département.

8.3.3 Les équipements autorisés mais non installés doivent être pris en compte pour toute évaluation des besoins de création de nouveaux équipements. Il peut exister cependant un décalage entre l'ouverture d'un nouvel équipement et la prise en compte de cette information dans les fichiers administratifs. L'utilisation de cet indicateur doit tenir compte de ces limites.

SOURCES DE DONNEES

S18. Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux - Finess (DREES)

S22. STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social - Statiss (DREES)

S23. Enquête « Services de soins infirmiers à domicile » (DREES)

CONCEPT 8.4 : ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPÉS

DEFINITIONS ET REFERENCES

Les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés sont : les établissements médico-sociaux (EMS), les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) ayant fait l'objet d'une autorisation administrative par l'autorité compétente (préfet ou conseil général). Les EMS et les SESSAD accueillent des enfants ou adolescents handicapés après une orientation prononcée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) suite à une évaluation effectuée par l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). L'accès aux CAMSP et CMPP est direct, il n'est pas soumis à une orientation de la CDAPH.

Le budget de ces établissements et services est financé sur des crédits de l'Assurance maladie, en fonction de tarifs arrêtés par le préfet de département, à l'exception des CAMSP cofinancés à hauteur de 20 % par le conseil général.

Les EMS pour enfants et adolescents handicapés et les SESSAD emploient des personnels éducatifs, soignants et des enseignants qui sont affectés par l'Education nationale. L'âge des enfants s'échelonne de 0 à 20 ans, selon les structures, et le suivi peut être prolongé par dérogation prononcée par la CDAPH (amendements Creton), pour finir un cursus pédagogique ou en raison du manque de places en établissement pour adultes handicapés.

Les **établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents handicapés** sont organisés par type de déficience. Il existe :

- des instituts médico-éducatifs pour enfants déficients intellectuels (IME),
- des établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (IPEAP),
- des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), auparavant appelés « instituts de rééducation », qui reçoivent des enfants présentant des troubles du caractère et du comportement,
- des établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients moteurs (IEM),
- des instituts d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences visuelles (IESDV), de déficiences auditives (IESDA), ou pour des enfants sourds et/ou aveugles.

Il existe aussi des centres d'accueil familial spécialisés (CAFS) pour des enfants présentant diverses déficiences.

Les **services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)** ont pour principales missions 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.

Les **centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)** accueillent des enfants handicapés ou en risque de développer un handicap, de la naissance à 6 ans. Ils assurent des missions de prévention, de dépistage et de suivi ambulatoire pluridisciplinaire des enfants, ainsi qu'un soutien à leur famille.

Les **centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)** pratiquent le diagnostic et le traitement d'enfants et d'adolescents de 0 à 20 ans ayant des troubles neuro-psychiques ou des troubles du comportement, sous forme de suivi ambulatoire pluridisciplinaire, ainsi qu'un soutien à leur famille.

Textes de références :

- *Etablissements sociaux et médico-sociaux (définition) : Code l'action sociale et des familles - CASF (L312-1)*
- *Tarifification des établissements et services accueillant des mineurs et jeunes adultes handicapés : CASF (R314-118 à 122)*
- *Etablissements accueillant des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles : CASF (D312-11 à 40)*
- *Centre d'accueil familial spécialisé (CAFS) : CASF (D312-41 à 54)*
- *Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) : CASF (D312-55 à 59)*
- *Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques-ITEP : CASF (D312-59-1 à 18)*
- *Etablissements et services prenant en charge des enfants ou adolescents :*
 - *présentant une déficience motrice : CASF (D312-60 à 82)*
 - *polyhandicapés : CASF (D312-83 à 97)*
 - *atteints de déficience auditive grave : CASF (D312-98 à 110)*
 - *atteints de déficience visuelle grave ou de cécité : CASF (D312-111 à 122)*
- *Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) : CASF (L343-1 à 2)*

Concepts liés :

- Concept 2.1 : Maisons départementales des personnes handicapées
- Concept 3.4 : Elèves handicapés scolarisés dans les établissements de santé et dans les établissements médico-sociaux
- Concept 9.3 : Etablissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

8.4.1 Capacités d'accueil des établissements médico-sociaux (EMS) pour enfants et adolescents handicapés et des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)

Nombre de places installées pour enfants et adolescents handicapés, pour chaque catégorie d'EMS et de SESSAD.

Cet indicateur peut être décliné :

- pour les places en établissement médico-social selon le mode de fonctionnement (internat, semi-internat, externat, placement familial, ...)

- pour les places en établissements et services selon l'agrément de clientèle

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	DREES, DRASS, DDASS	Statis	Site internet et documents imprimés	- Sur le site internet : historique des 8 dernières années - Documents imprimés : disponible depuis 1988	Annuelle (données au 1er janvier de l'année considérée)
FE, R, D, ID	DREES, DRASS, DDASS	Finess	Site internet (code agrégat 4101 à 4105 pour les EME)		Fichier permanent
FE, R, D	DREES, DRASS	Enquête ES	Publication DREES - Série Statistiques « Les ESMS pour enfants et adolescents handicapés »	Tous les deux ans de 1982 à 1997, puis 2001 et 2006	A chaque enquête (données au 31 décembre de l'année considérée)

Remarques : on ne dispose pas du même niveau de détail selon les différentes sources. L'enquête ES contient en particulier une répartition des places par type de déficiences.

8.4.2 Dénombrement des CAMSP et CMPP

Nombre de CAMSP et CMPP installés.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D, ID	DREES, DRASS, DDASS	Finess	Site internet (code catégorie 190 pour les CAMSP et 189 pour les CMPP)		Fichier permanent
FE	DREES, DRASS	Enquête ES	Publication des résultats 2006 par la DREES en 2010	Disponible uniquement à partir de 2006	A chaque enquête (données au 31 décembre de l'année considérée)
R			Disponible sur demande auprès des DRASS		

8.4.3 Part des places de SESSAD dans l'ensemble des places en EMS pour enfants et adolescents handicapés et SESSAD

Nombre de places installées en SESSAD (indicateur 8.4.1 pour les SESSAD), divisé par la somme des places installées en EMS pour enfants et adolescents handicapés et en SESSAD (indicateurs 8.4.1), multiplié par 100.

8.4.4 Taux d'équipement en EMS pour enfants et adolescents handicapés et SESSAD

Taux d'équipement en EMS : nombre total de places installées en EMS (indicateur 8.4.1 pour les EMS), divisé par l'effectif de population âgée de moins de 20 ans, et multiplié par 1 000.

Taux d'équipement en SESSAD : nombre de places installées en SESSAD (indicateur 8.4.1 pour les SESSAD), divisé par l'effectif de population âgée de moins de 20 ans, et multiplié par 1 000.

8.4.5 Equipements en EMS pour enfants et adolescents handicapés et SESSAD autorisés mais non installés

Nombre places autorisées mais non installées en EMS pour enfants et adolescents handicapés et en SESSAD.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D, ID	DREES, DRASS, DDASS	Finess	Disponible sur demande auprès des DRASS		

8.4.6 Proportion de places en internat dans les EMS pour enfants et adolescents handicapés, par catégorie d'EMS

Nombre de places installées en internat dans les EMS pour enfants et adolescents handicapés, divisé par le nombre total de places installées en EMS pour enfants et adolescents handicapés (indicateur 8.4.1), et multiplié par 100, pour chaque catégorie d'EMS.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DREES, DRASS	Enquête ES	Publication DREES - Série Statistiques « Les ESMS pour enfants et adolescents handicapés »	Tous les deux ans de 1982 à 1997, puis 2001 et 2006	A chaque enquête (données au 31 décembre de l'année considérée)
R			Disponible sur demande auprès des DRASS		

8.4.7 Nombre de jeunes accueillis en EMS pour enfants et adolescents handicapés, par catégorie d'EMS, et en SESSAD

Nombre d'enfants ou adolescents au 31 décembre de l'année considérée dans les EMS pour enfants et adolescents handicapés, pour chaque catégorie d'EMS, et nombre d'enfants pris en charge en SESSAD au cours du mois de décembre de l'année considérée.

Cet indicateur est notamment décliné selon :

- le mode d'accueil (internat, externat/accueil de jour, accueil temporaire, placement en famille d'accueil, prestation sur le lieu de vie...)
- l'âge et le sexe,
- la déficience principale et le sexe,
- la scolarisation et la classe suivie.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DREES, DRASS	Enquête ES	Publication DREES - Série Statistiques « Les ESMS pour enfants et adolescents handicapés »	Tous les deux ans de 1982 à 1997, puis 2001 et 2006	A chaque enquête
R			Disponible sur demande auprès des DRASS		

8.4.8 Taux d'occupation des EMS pour enfants et adolescents handicapés, par catégorie d'EMS, et des SESSAD

Nombre d'enfants ou adolescents au 31 décembre de l'année considérée (indicateur 8.4.7), divisé par le nombre de places installées (indicateurs 8.4.1) au 31 décembre de l'année considérée dans ces structures, et multiplié par 100, pour chaque catégorie d'EMS et pour les SESSAD.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DREES, DRASS	Enquête ES	Publication DREES - Série Statistiques « Les ESMS pour enfants et adolescents handicapés »	Tous les deux ans de 1982 à 1997, puis 2001 et 2006	A chaque enquête
R			Disponible sur demande auprès des DRASS		

8.4.9 Nombre d'enfants accueillis en CAMSP et en CMPP

Nombre d'enfants ou adolescents vus au moins une fois au cours de l'année considérée dans les CAMSP et les CMPP.

Cet indicateur peut être décliné par sexe et âge.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DREES, DRASS	Enquête ES	Publication des résultats 2006 par la DREES en 2010	Disponible uniquement à partir de 2006	A chaque enquête (données au 31 décembre de l'année considérée)
R			Disponible sur demande auprès des DRASS		

8.4.10 Proportion de jeunes accueillis dans un EMS pour enfants et adolescents handicapés hors du département de domicile de leurs parents, par catégorie d'EMS

Nombre d'enfants ou adolescents présents au 31 décembre de l'année considérée dont les parents résident dans un département différent de celui de l'établissement, divisé par le nombre total d'enfants et adolescents présents au 31 décembre de l'année considérée (indicateur 8.4.7), et multiplié par 100, pour chaque catégorie d'EMS.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
D	DREES, DRASS	Enquête ES	Disponible sur demande auprès des DRASS		

8.4.11 Nombre de jeunes âgés de plus de 20 ans accueillis en EMS pour enfants et adolescents handicapés au titre de l'amendement Creton, par catégorie d'EMS

Nombre de jeunes âgés de 20 ans et plus présents au 31 décembre de l'année considérée, au titre de l'amendement Creton, pour chaque catégorie d'EMS.

Cet indicateur peut être décliné selon l'âge.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DREES, DRASS	Enquête ES	Publication DREES - Série Statistiques « Les ESMS pour enfants et adolescents handicapés »	Tous les deux ans de 1982 à 1997, puis 2001 et 2006	A chaque enquête
R			Disponible sur demande auprès des DRASS		

8.4.12 Taux de sortie des EMS pour enfants et adolescents handicapés, par catégorie d'EMS

Nombre de sorties au cours de l'année considérée, divisé par le nombre d'enfants ou adolescents présents au 31 décembre de l'année considérée (indicateur 8.4.7), multiplié par 100, pour chaque catégorie d'EMS.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DREES, DRASS	Enquête ES	Publication DREES - Etudes et résultats « Les structures pour enfants handicapés en 2006 »	Tous les deux ans de 1982 à 1997, puis 2001 et 2006	A chaque enquête
R			Disponible sur demande auprès des DRASS		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- La source DDASS ou DRASS deviendra, à compter de 2010, ARS.
- Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) sont soit autonomes soit rattachés à un établissement médico-social (EMS) pour enfants et adolescents handicapés. La catégorie EMS est toujours entendue hors places en SESSAD. Toutes les places ayant un fonctionnement de SESSAD qu'ils soient rattachés à un EMS ou qu'ils soient autonomes sont comptées dans la catégorie SESSAD.
- De manière générale, les publications ne permettent pas de connaître la répartition des places en SESSAD entre les structures autonomes et celles rattachées à un EMS ; cette information est cependant accessible auprès des DDASS ou des DRASS.
- Un nombre de plus en plus important de jeunes handicapés sont suivis en SESSAD.
- Les EMS pour enfants et adolescents handicapés sont parfois désignés par le terme « établissements médico-éducatifs » (EME).

8.4.1

- Un peu plus de 140 000 places⁷ étaient offertes dans les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés à la fin de l'année 2006. Leur capacité d'accueil a augmenté de 7.1 % depuis 2001, cette augmentation correspondant essentiellement à une progression du nombre de SESSAD, dont les capacités d'accueil ont pratiquement augmenté de 50 % au cours de la même période. Les admissions en SESSAD représentent aujourd'hui pratiquement le quart des enfants et adolescents pris en charge. Le développement de ces services vise notamment à dépasser les cloisonnements existants entre le milieu scolaire et les établissements médico-sociaux, et à faciliter la scolarisation des jeunes handicapés en milieu scolaire ordinaire.
- Selon les sources, il est possible de décliner cet indicateur selon différentes variables. Dans **Statiss**, on dispose du nombre total de lits et places installés dans l'ensemble des EMS et SESSAD par catégorie de clientèle (déficients intellectuels, polyhandicapés, déficients psychiques, déficients moteurs, déficients sensoriels, autres déficiences).

A partir de **Finess** et de l'**enquête ES**, on peut décliner le nombre de lits et places installés selon :

- le mode de fonctionnement ou d'accueil (internat complet, internat de semaine, semi-internat, externat, hébergement de nuit, placement en famille d'accueil, prestation en milieu ordinaire, accueil de jour, accueil temporaire week-end vacances),

⁷ Les structures pour enfants handicapés en 2006 : un développement croissant des services à domicile. DREES, Etudes et Résultats n°669, novembre 2008.

- le type de déficience de l'agrément (déficiences intellectuelles, déficiences psychiques, troubles de la conduite et du comportement, déficiences motrices, déficiences visuelles, déficiences auditives, déficience du langage, déficiences viscérales, métaboliques..., plurihandicap, polyhandicap, autre).

8.4.2 et **8.4.9** Les CAMSP et CMPP font l'objet d'indicateurs spécifiques dans la mesure où ces services pratiquent une activité essentiellement ambulatoire. Les indicateurs retenus concernent donc l'effectif total de la population accueillie, entendu au sens de la file active, c'est-à-dire le nombre d'enfants reçus au moins une fois dans l'année, quel que soit le nombre de consultations ou de bilans effectués.

8.4.4 et **8.4.10**

- L'analyse comparative des taux d'équipement par département révèle de fortes disparités géographiques d'implantation des établissements et services. Cette situation a des origines historiques, la création de ces équipements étant fréquemment liée à des initiatives privées d'associations de parents d'enfants handicapés, qui gardent d'ailleurs une place prépondérante dans la gestion de ces structures. Ces disparités peuvent aussi être liées à la rareté de certains handicaps, situation qui ne permet pas de proposer des structures spécialisées sur l'ensemble du territoire.
- L'indicateur 8.4.10 peut éclairer l'indicateur 8.4.4 : en effet, si un département accueille de nombreux enfants originaires d'autres départements et dispose en même temps d'un taux d'équipement important, ce dernier peut ainsi être expliqué par la réponse à des besoins non satisfaits ailleurs.

8.4.5 Les équipements autorisés mais non installés doivent être pris en compte pour toute évaluation des besoins de création de nouveaux équipements. Il peut exister cependant un décalage entre l'ouverture d'un nouvel équipement et la prise en compte de cette information dans les fichiers administratifs. L'utilisation de cet indicateur doit tenir compte de ces limites.

8.4.8 **8.4.10** **8.4.11**

Ces indicateurs peuvent être considérés comme des indicateurs de besoins à l'échelle des territoires :

- Les taux d'occupation (indicateur 8.4.8) proches de 100 % témoignent d'une « pression » sur l'offre d'équipements.
- La proportion de jeunes admis en dehors de leur département d'origine (indicateur 8.4.10) permet de mesurer l'importance des flux interdépartementaux, les CDAPH étant amenées à orienter les enfants vers un autre département que celui du domicile, en l'absence de réponse locale adaptée. Il existe également des effets de frontières administratives, l'établissement le plus accessible pouvant être situé dans un département différent de celui du domicile.
- En l'absence de places dans les établissements pour handicapés adultes, un certain nombre de jeunes se retrouvaient dans leur famille après une prise en charge en établissement médico-social pour enfants et adolescents handicapés (indicateur 8.4.11). La loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 (« amendement Creton ») a instauré des dispositions permettant une prise en charge de ces jeunes en IME au-delà de vingt ans. Le suivi du nombre de jeunes pris en charge au titre de l'amendement Creton est donc considéré comme un indicateur des besoins non couverts.

8.4.12 Le taux de sortie permet d'évaluer le nombre de places susceptibles d'être libérées annuellement. Un taux de sortie très faible peut également renseigner sur l'absence de débouchés pour les jeunes qui sortent des EMS.

SOURCES DE DONNEES

S15. Enquête « Etablissements sociaux et médico-sociaux » - ES (DREES)

S18. Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux - Finess (DREES)

S22. STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social - Statiss (DREES)

CONCEPT 8.5 : ÉTABLISSEMENTS POUR ADULTES HANDICAPÉS

DEFINITIONS ET REFERENCES

Les établissements pour adultes handicapés sont **les foyers d'hébergement, les foyers de vie, les foyers d'accueil médicalisés (FAM), les maisons d'accueil spécialisées (MAS)** ayant fait l'objet d'une autorisation administrative par l'autorité compétente (préfet et/ou conseil général), qui accueillent des personnes adultes handicapées après une orientation prononcée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) suite à une évaluation de l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Les différentes catégories d'établissements se différencient par l'importance des aides apportées en matière de soutien éducatif, de nursing, de soins médicaux ou paramédicaux. Ces équipements proposent tous un hébergement complet, mais certains offrent également des activités à la journée (accueils de jour) ou un hébergement temporaire. Ces établissements ont des régimes d'autorisation distincts, leur financement provenant des conseils généraux et/ou de l'Assurance maladie.

Les foyers d'hébergement assurent aux travailleurs handicapés âgés de 18 ans et plus, un hébergement non médicalisé, à temps plein ou à temps partiel. Ils s'adressent à des personnes travaillant en Etablissement et services d'aide par le travail (ESAT), en milieu ordinaire ou en centre de rééducation professionnelle (CRP). **Les foyers de vie (anciens foyers occupationnels)** accueillent des personnes handicapées qui présentent un handicap important les rendant inaptes à l'exercice d'une activité professionnelle mais qui disposent d'une certaine autonomie leur permettant d'accomplir les actes simples de la vie quotidienne. Ces foyers peuvent fonctionner en internat, en accueil temporaire, en accueil séquentiel ou encore en urgence. Les foyers d'hébergement et les foyers de vie sont autorisés et financés par les conseils généraux.

Les Foyers d'accueil médicalisés (FAM) accueillent 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. Les FAM ont une autorisation conjointe et une tarification binaire (hébergement et soins) partagée entre le conseil général et l'Assurance maladie.

Les Maisons d'accueil spécialisées (MAS) ont pour vocation d'accueillir des personnes lourdement handicapées qui nécessitent à la fois une aide pour les gestes essentiels de la vie quotidienne, une surveillance médicale et des soins constants, la pratique d'activités de vie sociale destinées notamment à préserver et améliorer leurs acquis. Leurs frais d'accueil sont supportés par l'Assurance maladie, leur budget étant arrêté par le préfet.

Textes de références :

- *Définition des établissements socio et médico-sociaux : Code de l'action sociale et des familles - CASF (L312-1)*
- *Centres pour handicapés adultes : CASF (L344-1 à 7)*
- *Foyer d'accueil médicalisé : CASF (R314-140 à 146)*
- *Maison d'accueil spécialisée : CASF (L344-1, R344-1et 2)*

Concepts liés :

- Concept 2.1 : Maisons départementales des personnes handicapées
- Concept 4.3 : Dispositifs de formation, d'insertion professionnelle et de maintien dans l'emploi des personnes handicapées
- Concept 4.6 : Entreprises adaptées et établissements et services d'aide par le travail
- Concept 8.2 : Services d'accompagnement pour adultes handicapés
- Concept 9.3 : Etablissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

8.5.1 Capacités d'accueil des établissements pour adultes handicapés, par catégorie d'établissements

Nombre de places installées, pour chaque catégorie d'établissements (foyers d'hébergement, foyers de vie, FAM, MAS).

Cet indicateur peut être décliné selon le mode d'accueil (internat, externat, accueil de jour, accueil temporaire...) et selon l'agrément de clientèle.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	DREES, DRASS, DDASS	Statiss	Site internet et documents imprimés	- Sur le site internet : historique des 8 dernières années - Documents imprimés : disponible depuis 1988	Annuelle (données au 1er janvier de l'année considérée)
FE, R, D, ID	DREES, DRASS, DDASS	Finess	Site internet (code agrégat 4301)		Fichier permanent
FE, R, D	DREES, DRASS	Enquête ES	Publication DREES - Série Statistiques « Les EMS pour adultes handicapés »	Tous les deux ans de 1985 à 1998, puis 2001 et 2006	A chaque enquête (données au 31 décembre de l'année considérée)

8.5.2 Taux d'équipement en établissements pour adultes handicapés, par catégorie d'établissements

Nombre de places installées (indicateur 8.5.1), divisé par l'effectif de la population âgée de 20 à 59 ans, et multiplié par 1 000. Cet indicateur est disponible pour les foyers de vie, les FAM, les MAS.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	DREES, DRASS, DDASS	Statiss	Site internet et documents imprimés	- Sur le site internet : pas d'historique pour cet indicateur - Documents imprimés : disponible depuis 1988	Annuelle (données au 1er janvier de l'année considérée)

8.5.3 Part des places en accueil de jour et hébergement temporaire dans l'ensemble des places en établissements pour adultes handicapés

Nombre de places de places en accueil de jour et hébergement temporaire (indicateur 8.5.1 pour l'accueil de jour et l'hébergement temporaire), divisé par le nombre total de places installées dans les établissements pour adultes handicapés (indicateur 8.5.1), et multiplié par 100.

Cet indicateur peut être décliné par catégorie d'établissement.

8.5.4 Equipements autorisés mais non installés

Nombre de places autorisées mais non installées, pour chaque catégorie d'établissements (foyers d'hébergement, foyers de vie, FAM, MAS).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D, ID	DREES, DRASS, DDASS	Finess		Disponible sur demande auprès des DRASS	
D, ID	Conseils généraux	Données relatives aux décisions prises pour les établissements et services		Selon disponibilité auprès des conseils généraux	

8.5.5 Nombre de personnes accueillies en établissements pour adultes handicapés, par catégorie d'établissements

Nombre de personnes présentes au 31 décembre de l'année considérée, pour chaque catégorie d'établissements (foyers d'hébergement, foyers de vie, FAM, MAS).

Cet indicateur est notamment décliné selon :

- le mode d'accueil (internat, externat/accueil de jour, accueil temporaire...)
- l'âge et le sexe,
- la déficience principale et le sexe,
- l'activité exercée (emploi en milieu ordinaire, travaille en atelier protégé, travaille en CAT, en formation ou stage, demandeur d'emploi, activités occupationnelles, impossibilité totale d'activité...) et le sexe,
- le temps de présence dans l'établissement.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DREES, DRASS	Enquête ES	Publication DREES - Série Statistiques « Les EMS pour adultes handicapés »	Tous les deux ans de 1985 à 1998, puis 2001 et 2006	A chaque enquête
R			Disponible sur demande auprès des DRASS		

8.5.6 Taux d'occupation des établissements pour adultes handicapés, par catégorie d'établissements

Nombre de personnes présentes au 31 décembre de l'année considérée en établissement pour adultes handicapés (indicateur 8.5.5), divisé par le nombre de places installées (indicateur 8.5.1) au 31 décembre de l'année considérée dans ces établissements, et multiplié par 100, pour chaque catégorie d'établissements (foyers d'hébergement, foyers de vie, FAM, MAS).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DREES, DRASS	Enquête ES	Publication DREES - Série Statistiques « Les EMS pour adultes handicapés »	Tous les deux ans de 1985 à 1998, puis 2001 et 2006	A chaque enquête
R			Disponible sur demande auprès des DRASS		

8.5.7 Taux de sortie, par catégorie d'établissements

Nombre de sorties au cours de l'année considérée, divisé par le nombre de personnes présentes au 31 décembre de l'année considérée, multiplié par 100, pour chaque catégorie d'établissements (foyers d'hébergement, foyers de vie, FAM, MAS).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DREES, DRASS	Enquête ES	Publication DREES - Etudes et résultats « Les établissements pour adultes handicapés, résultats provisoires de l'enquête ES 2006 »	Tous les deux ans de 1985 à 1998, puis 2001 et 2006	A chaque enquête
R			Disponible sur demande auprès des DRASS		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- La source DDASS ou DRASS deviendra, à compter de 2010, ARS.
- Fin 2006, un peu plus de 100 000 adultes handicapés étaient accueillis au plan national dans des établissements pour adultes handicapés disposant d'un hébergement, le nombre de places offertes ayant augmenté de 19 % entre 2001 et 2006. Cette offre est extrêmement diverse à la fois en terme de type de prestation offerte, mais aussi de sources de financement.
- Les indicateurs concernant les foyers d'hébergement peuvent être rapprochés de ceux concernant les Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT), une proportion importante de personnes en ESAT étant accueillie en foyer d'hébergement (voir concept 4.6).

8.5.1 L'agrément de clientèle est plus précis dans l'enquête ES.

8.5.2 L'analyse comparative des taux d'équipement par département révèle de fortes disparités géographiques d'implantation sur le territoire national.

8.5.3 Le développement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire correspond à une diversification de l'offre pour mieux répondre à l'évolution de la demande des personnes adultes handicapées. D'autres formes alternatives à l'hébergement sont parfois proposées : accompagnement dans le logement...

8.5.4 Les équipements autorisés mais non installés doivent être pris en compte pour toute évaluation des besoins de création de nouveaux équipements. Il peut exister cependant un décalage entre l'ouverture d'un nouvel équipement et la prise en compte de cette information dans le fichier administratif Finess. L'utilisation de cet indicateur doit tenir compte de ces limites.

8.5.6 Les taux d'occupation proches de 100 % témoignent d'une « pression » sur l'offre d'équipements.

8.5.7

- Le taux de sortie permet d'évaluer le nombre de places susceptibles d'être libérées. Ce taux est relativement faible (6 % des effectifs en 2006) dans les établissements pour adultes. Par nature, la durée de séjour dans un établissement pour adultes est plus élevée que dans un établissement pour enfants
- Il permet de constater que la durée moyenne de séjour dans les établissements pour adultes a tendance à augmenter du fait de l'augmentation de l'espérance de vie des personnes en établissement pour adultes handicapés.

SOURCES DE DONNEES

S15. Enquête « Etablissements sociaux et médico-sociaux » - ES (DREES)

S18. Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux - Finess (DREES)

S22. STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social - Statiss (DREES)

S86. Données relatives aux décisions prises pour les établissements et services (Conseils généraux)

CONCEPT 8.6 : STRUCTURES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT POUR PERSONNES AGEES

DEFINITIONS ET REFERENCES

Les structures d'accueil et d'accompagnement pour personnes âgées dépendantes concernent les **établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)** et les **unités de soins de longue durée (USLD)**

Les **établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)** sont des structures médico-sociales qui accueillent et hébergent des personnes ayant perdu la capacité d'effectuer seules les actes ordinaires de la vie ou atteintes d'une affection somatique ou psychique stabilisée, pour leur dispenser des soins paramédicaux, ainsi qu'une surveillance médicale régulière. Ils proposent des activités d'animation et favorisent le maintien du lien social. La tarification des EHPAD a trois composantes : l'hébergement, financé par le résident ou l'aide sociale départementale pour les personnes qui ne disposent pas des revenus suffisants, les soins financés par l'Assurance maladie, et la dépendance à la charge du conseil général (*via* l'allocation personnalisée d'autonomie) et du résident. Les EHPAD signent pour cinq ans une convention tripartite conjointe (président du conseil général, préfet - ou directeur de l'ARH pour les établissements gérés par un établissement de santé - et directeur de la structure) qui détermine leur cahier des charges en termes de démarche qualité, de médicalisation et de prise en charge technique, relationnelle et adaptée au handicap physique et psychique de la personne âgée. L'admission est prononcée par le directeur de l'établissement après avis du médecin coordonnateur.

Les **unités de soins de longue durée (USLD)** sont des structures sanitaires qui accueillent et soignent sur une longue durée des personnes ayant perdu leur autonomie et dont l'état nécessite une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum. Ces unités sont tarifées dans les mêmes conditions que les EHPAD. L'admission s'effectue sur prescription médicale.

En outre, à côté des EHPAD subsiste un secteur d'hébergement médico-social non médicalisé, soumis à autorisation, relativement important destiné majoritairement à l'accueil de personnes autonomes, comprenant principalement des logement-foyers et quelques maisons de retraite et petites unités de vie (PUV) non médicalisées.

A côté de l'hébergement permanent existent des alternatives comme les **accueils de jour** et les **hébergements temporaires** qui visent à assurer le maintien à domicile et s'inscrivent dans une politique de soutien aux aidants.

Les **accueils de jour**, autonomes ou rattachés à un établissement d'hébergement pour personnes âgées, sont des structures qui reçoivent des personnes vivant à domicile, et très majoritairement des personnes présentant une maladie d'Alzheimer ou apparentée, pour une ou plusieurs journées par semaine, voire demi-journées. Les accueils de jour permettent à l'aidant d'avoir du temps libéré et au malade de renouer avec une vie sociale et de participer à des activités diverses notamment dans l'objectif d'un maintien des facultés cognitives et de la motricité.

L'**hébergement temporaire** est une formule d'hébergement limité dans le temps, qui s'adresse aux personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis (isolement, absence des aidants, travaux dans le logement, etc.). La plupart des places d'hébergement temporaire sont rattachées à un établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Textes de références :

- *Etablissements et services médico-sociaux : Code de l'action sociale et des familles - CASF (L312-1)*
- *Etablissements d'hébergement de personnes âgées, à caractère commercial : CASF (L342-1 à 6)*
- *Conventions tripartites : CASF (L313-12)*
- *Tarification des EHPAD : CASF (R314-158 à 193)*
- *Médecin coordonnateur en EHPAD : CASF (D312-156 à 161)*
- *USLD : Code de la santé publique (L6111-2)*
- *Arrêté du 12 mai 2006, relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les USLD*
- *Circulaire DHOS/02/F2/DGAS/DSS/CNSA/2007/193 du 10 mai 2007, relative à la réforme des USLD*

Concepts liés :

- Concept 2.2 : Conseils généraux : Equipes médico-sociales APA
- Concept 2.3 : Centres d'information et de coordination des interventions gérontologiques
- Concept 7.4 : Bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie
- Concept 8.7 : Accueillants familiaux agréés
- Concept 9.4 : Etablissements et services pour personnes âgées dépendantes

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

8.6.1 Capacités d'accueil des établissements pour personnes âgées, par catégorie d'établissements

Nombre de places installées par catégorie d'établissement (logement-foyer, maison de retraite, EHPAD, USLD, accueil de jour, hébergement temporaire).

Niveau territorial	Opérateurs	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	DREES, DRASS, DDASS	Statiss	Site internet et documents imprimés	- Sur le site internet : historique des 8 dernières années - Documents imprimés : disponible depuis 1988	Annuelle (données au 1er janvier)
FE, R, D, ID	DREES, DRASS, DDASS	Finess	Disponible sur demande auprès des DRASS		Fichier permanent
FE, R, D	DREES, DRASS	Enquête EHPA	Publication DREES - Série Statistiques « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées : activité et personnel »	Tous les deux ans de 1985 à 1996, puis 2003 et 2007	A chaque enquête (données au 31 décembre de l'année considérée)

8.6.2 Equipements autorisés mais non installés

Nombre de places autorisées mais non installées, par catégorie d'établissement (logement-foyer, maison de retraite, EHPAD, USLD, accueils de jour, hébergement temporaire).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D, ID	DREES, DRASS, DDASS	Finess	Disponible sur demande auprès des DRASS		

8.6.3 Taux d'équipement en établissements pour personnes âgées dépendantes

Nombre total de places installées en EHPAD et en USLD (indicateur 8.6.1 pour les EHPAD et les USLD), divisé par l'effectif de la population âgée de 75 ans et plus, multiplié par 1 000.

Niveau territorial	Opérateurs	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D	DREES, DRASS, DDASS	Statiss	Site internet et documents imprimés	- Sur le site internet : historique des 8 dernières années - Documents imprimés : disponible depuis 1988	Annuelle (données au 1er janvier)

8.6.4 Nombre de personnes accueillies en établissements pour personnes âgées dépendantes

Nombre de personnes présentes au 31 décembre de l'année considérée, pour les EHPAD et les USLD.

Cet indicateur est notamment décliné selon :

- le groupe iso-ressources (GIR),
- le sexe et l'âge,
- l'ancienneté dans l'établissement.

Niveau territorial	Opérateur	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FE	DREES, DRASS	Enquête EHPA	Publication DREES - Études et Résultats « La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées »	Tous les deux ans de 1985 à 1996, puis 2003 et 2007	A parution de chaque enquête
R			Disponible sur demande auprès des DRASS		

8.6.5 Coefficient d'occupation des établissements pour personnes âgées dépendantes

Nombre total de journées réalisées dans les EHPAD et les USLD au cours de l'année considérée, divisé par le nombre de journées exploitables (obtenu en multipliant la capacité totale par le nombre de jours dans l'année) dans ces établissements, multiplié par 100.

Niveau territorial	Opérateur	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FE	DREES, DRASS	Enquête EHPA	Publication DREES - Série Statistiques « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées : activité et personnel »	Tous les deux ans de 1985 à 1996, puis 2003 et 2007	A parution de chaque enquête
R			Disponible sur demande auprès des DRASS		

8.6.6 Nombre de places en structures de répit pour les malades d'Alzheimer

Nombre de places installées en structures de répit pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Cet indicateur est décliné selon le type d'accueil (hébergement temporaire, accueil de jour).

Niveau territorial	Opérateurs	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
D, ID	CNSA	Recensement des structures de répit pour les malades d'Alzheimer	Disponible sur le site internet de la CNSA		Mise à jour annuelle

8.6.7 Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (ASH)

Nombre total de personnes ayant perçu l'aide sociale départementale dédiée aux personnes âgées pour l'hébergement en établissement (ASH) pour le mois de décembre de l'année considérée.

Niveau territorial	Opérateurs	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, D	DREES	Enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale	Publication DREES - Série Statistiques « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale »	- Historique des cinq dernières années	Annuelle
D, ID	Conseils généraux	Système de gestion des aides départementales	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- La source DDASS ou DRASS deviendra, à compter de 2010, ARS.
- Les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont nés de la réforme de la tarification intervenue à partir de 1999 et dont la mise en œuvre s'est étalée sur près d'une dizaine d'années. La mission des EHPAD est orientée essentiellement vers l'accueil de personnes âgées dépendantes. Dans le cadre de cette réforme, les maisons de retraite, les unités de soins de longue durée (USLD) et les logement-foyers déjà médicalisés ou accueillant des personnes âgées dépendantes avaient vocation à être transformées en EHPAD.
- Cette réforme a introduit un indicateur d'allocation de ressources basé sur la dépendance – le GIR moyen pondéré (GMP) -. Un deuxième indicateur d'allocation et de moyens a été récemment rendu réglementaire – le Pathos moyen pondéré (PMP) qui mesure le besoin en soins médicaux requis.
- Cette réforme vise notamment à harmoniser les conditions tarifaires des établissements en fonction du niveau de dépendance des résidents, à renforcer les moyens en personnel des établissements les moins bien dotés et à faire évoluer les projets d'établissements de manière à mieux prendre en compte les besoins d'accueil et de soins des personnes âgées dépendantes, et en particulier des personnes désorientées.
- Un processus de redéfinition des capacités des Unités de soins de longue durée (USLD) qui est en cours depuis 2007 s'achèvera fin 2009.
- De manière générale, il est difficile actuellement de constituer des séries chronologiques concernant les équipements pour personnes âgées, aussi bien en termes de données brutes que de taux d'équipement, à cause des ruptures dans les séries, suite à la réforme de la tarification. Les anciennes catégories (maison de retraite, logement-foyer, soins de longue durée) sont en effet progressivement abandonnées, la majorité de ces équipements ayant été transformées en EHPAD. La redéfinition des capacités d'USLD n'étant pas encore aboutie dans le cours de l'année 2009 les imprécisions statistiques demeurent.

8.6.1 La CNSA dispose d'un outil de reporting de l'ensemble des conventions tripartites (SAISEHPAD) qui permet progressivement de mieux identifier le niveau de dépendance et le niveau de médicalisation des structures conventionnées en EHPAD. Pour l'instant, ces données ne sont pas diffusées.

8.6.2 Les équipements autorisés mais non installés doivent être pris en compte pour toute évaluation des besoins de création de nouveaux équipements. Il peut exister cependant un décalage entre l'ouverture d'un nouvel équipement et la prise en compte de cette information dans les fichiers administratifs. L'utilisation de cet indicateur doit tenir compte de ces limites.

8.6.3

- Malgré le développement sensible de l'offre en établissements (EHPAD et USLD), les taux d'équipement ont tendance à baisser, cependant il faut tenir compte à la fois de l'évolution forte des personnes de 75 ans et plus et de l'entrée de plus en plus tardive en établissement.
- Il existe des disparités importantes de taux d'équipements en établissements entre départements. Ces écarts doivent toutefois être analysés en tenant compte de l'offre médicalisée d'accompagnement à domicile (services de soins infirmiers à domicile – SSIAD-, infirmières libérales...).

8.6.4 8.6.5 8.6.6

Les premières publications issues de l'enquête EHPA 2007 opèrent la distinction entre les établissements transformés ou non en EHPAD.

8.6.4

Cet indicateur donne une photographie à une date donnée des publics accueillis. Il permet notamment, depuis 1996, de mesurer l'évolution des caractéristiques de ces publics, en termes de catégories d'âge et de niveaux de dépendance par exemple.

8.6.5 Les taux d'occupation proches de 100 % témoignent d'une « pression » sur l'offre d'équipements.

8.6.6 L'indicateur concerne les structures de répit temporaire (accueil de jour et hébergement temporaire). Le plan Alzheimer crée, en outre, au sein des EHPAD et des USLD, les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) dont la mission est d'accueillir à la journée les résidents souffrant de troubles du comportement modéré et les unités d'hébergement renforcées (UHR) qui sont des petites unités de vie qui accueillent nuit et jour les résidents ayant des troubles sévères du comportement. Les PASA et les UHR constituent les unités spécifiques d'hébergement permanent. Toutefois, le repérage des personnes souffrant de maladie d'Alzheimer et troubles apparentés est difficile et ne doit pas se cantonner aux unités spécifiques en EHPAD ou USLD dans la mesure où ces personnes sont également accueillies dans d'autres établissements.

8.6.7 Cet indicateur illustre le nombre de personnes de 60 ans et plus à faibles ressources (y compris les obligés alimentaires) dans l'incapacité de supporter les frais d'hébergement en EHPAD.

SOURCES DE DONNEES

- S1. Recensement des structures de répit pour les malades d'Alzheimer (CNSA)
- S13. Enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale (DREES)
- S14. Enquête « Etablissements d'hébergement pour personnes âgées » EHPA (DREES)
- S18. Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux - Finess (DREES)
- S22. STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social - Statiss (DREES)
- S87. Système de gestion des aides départementales (Conseils généraux)

CONCEPT 8.7 : ACCUEILLANTS FAMILIAUX AGREES

DEFINITIONS ET REFERENCES

Les **accueillants familiaux** sont des familles agréées par le conseil général pour accueillir et prendre en charge à leur domicile des personnes âgées dépendantes ou des adultes handicapés, en contrepartie d'une rémunération.

L'accueil familial est une forme alternative d'hébergement, intermédiaire entre le maintien à domicile et l'hébergement collectif en établissement, qui permet à une personne âgée ou handicapée d'être hébergée par des particuliers ne faisant pas partie de sa famille (jusqu'au 4^{ème} degré inclus). Cet accueil peut se faire à titre permanent, à temps complet ou à temps partiel, ou à titre temporaire.

L'agrément conférant la qualité d'accueillant familial est délivré par le président du conseil général, aux vues des conditions offertes pour l'accueil (conformité aux normes habituelles de confort, d'hygiène, de sécurité, d'accessibilité et de surface). L'accueillant doit présenter des garanties de moralité et d'aptitude et faire l'objet d'une enquête sociale. L'agrément mentionne le nombre de personnes pouvant être accueillies au domicile (dans la limite de trois). L'accueillant familial doit aider la personne accueillie à retrouver, préserver ou développer son autonomie, à réaliser son projet de vie, et à maintenir et développer ses activités sociales. Le conseil général est chargé d'assurer la formation mais aussi le contrôle de l'agrément, ainsi que le suivi social et médico-social des personnes accueillies.

Un contrat-type, dont le contenu est défini par la loi, est passé entre l'accueillant et l'accueilli, qui précise la nature et les conditions matérielles et financières de l'accueil. La rétribution des accueillants comprend :

- une rémunération journalière des services rendus ;
- une indemnité dans le cas où la personne accueillie présente un handicap ou un niveau de dépendance susceptible de nécessiter une présence renforcée de l'accueillant familial ou une disponibilité accrue pour assurer certains actes de la vie quotidienne ;
- une indemnité représentative des frais d'entretien courants ;
- une indemnité représentative de mise à disposition des pièces réservées à la personne accueillie.

La personne accueillie bénéficie d'une exonération de cotisations sociales, et peut percevoir des aides au logement. La rétribution des accueillants peut être prise en charge par le conseil général pour les ressortissants de l'aide sociale et/ou partiellement par l'allocation personnalisée d'autonomie ou la prestation de compensation du handicap si la personne est éligible à l'une ou l'autre de ces prestations.

Textes de références :

- Code de l'action sociale et des familles (L441-1 à 9, R441-1 à D442-3)

Concepts liés :

- concept 8.5 : Etablissements pour adultes handicapés
- concept 8.6 : Structures d'accueil et d'accompagnement pour personnes âgées

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

8.7.1 Nombre d'accueillants familiaux agréés

Nombre d'accueillants (personne ou couple) titulaires d'un agrément du conseil général pour l'accueil familial de personnes âgées ou d'adultes handicapés, à une date donnée.

Niveau territorial	Opérateurs	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
D, ID	Conseils généraux	Données relatives aux agréments d'accueillants familiaux	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

8.7.2 Nombre de places agréées en accueil familial

Nombre de places agréées chez les particuliers titulaires d'un agrément du conseil général pour l'accueil familial, à une date donnée.

Cet indicateur est disponible au total, pour les personnes handicapées et pour les personnes âgées.

Niveau territorial	Opérateurs	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
D	Conseils généraux	Données relatives aux agréments d'accueillants familiaux	Annuaire Andass		Annuelle
D, ID			Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

8.7.3 Nombre de personnes en accueil familial

Nombre de personnes âgées ou handicapées effectivement accueillies, à une date donnée.

Cet indicateur est disponible au total, pour les personnes handicapées et pour les personnes âgées.

Niveau territorial	Opérateurs	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
D	Conseils généraux	Données relatives aux agréments d'accueillants familiaux	Annuaire Andass (uniquement pour les personnes âgées)		Annuelle
D, ID			Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

8.7.4 Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale au titre d'un accueil chez des particuliers

Nombre de personnes âgées ou handicapées ayant reçu un paiement de l'aide sociale départementale au titre d'un accueil chez des particuliers, pour le mois de décembre de l'année considérée.

Cet indicateur est disponible pour les personnes handicapées et pour les personnes âgées.

Niveau territorial	Opérateurs	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, D	DREES	Enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale	Publication DREES - Série Statistiques « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale »	2000	Annuelle
D, ID	Conseils généraux	Système de gestion des aides départementales	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- Ce dispositif d'accueil ne doit pas être confondu avec l'accueil familial thérapeutique qui s'adresse aux personnes de tous âges souffrant de troubles mentaux, susceptibles de retirer un bénéfice d'une prise en charge thérapeutique dans un milieu familial substitutif stable. Ces services sont mis en œuvre par des établissements de santé, au sein des secteurs de psychiatrie.
- Ce concept ne prend pas en compte l'ensemble des modes d'accueil familiaux proposés par les services sociaux et médico-sociaux : les établissements et services pour enfants et jeunes handicapés peuvent proposer des places en centres d'accueil familiaux spécialisés (CAFS).
- Il n'existe pas de recueil statistique national concernant l'accueil familial. La seule source d'information spécifique recensée dans ce guide provient des conseils généraux qui délivrent les agréments.
- Des associations ou des entreprises peuvent être employeurs d'accueillants familiaux, mais dans tous les cas, ces familles sont agréées par le président du conseil général.

8.7.2 L'indication sur la répartition entre personnes âgées et personnes handicapées ne figure pas nécessairement dans la décision d'agrément : l'indicateur peut ne pas être décliné, dans certains départements, entre personnes âgées et personnes handicapées.

SOURCES DE DONNEES

S13. Enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale (DREES)

S85. Données relatives aux agréments d'accueillants familiaux (Conseils généraux)

S87. Système de gestion des aides départementales (Conseils généraux)

DEFINITIONS ET REFERENCES

Situés entre les soins de courte durée et le retour au domicile, les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) sont des structures sanitaires qui visent à prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles physiques, sensorielles, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des personnes et à promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Les SSR doivent être en mesure d'assurer les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation, les actions de prévention et d'éducation thérapeutique, la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle. Ces activités sont pratiquées au sein d'établissements uniquement dédiés à ce type de prise en charge ou bien dans des services spécialisés au sein d'établissements de santé.

Les structures de SSR peuvent être polyvalentes ou spécialisées en fonction des conséquences fonctionnelles de certaines affections : affections de l'appareil locomoteur, du système nerveux, cardio-vasculaires, respiratoires, des systèmes digestif, métabolique et endocrinien, onco-hématologiques, des brûlés, affections liées aux conduites addictives, affection de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance. L'activité des SSR peut être spécialisée dans la prise en charge des enfants et/ou adolescents.

Les SSR proposent une approche pluridisciplinaire et réunissent des spécialistes des affections concernées, des médecins de médecine physique et de réadaptation (MPR), différents professionnels de la rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, orthoptistes, ergothérapeutes...) mais aussi des psychologues et assistants sociaux.

Cette activité est exercée soit dans le cadre d'une hospitalisation complète, soit en hospitalisation de semaine ou de jour, les périodes de soins pouvant parfois être très longues.

Les structures de SSR sont financées par l'Assurance maladie. Un forfait journalier hospitalier reste à la charge de la personne, éventuellement pris en charge par une assurance complémentaire. Ces soins sont accessibles sur prescription médicale.

Les soins de rééducation et de réadaptation peuvent être délivrés au domicile des personnes ou en cabinet par des professionnels de santé libéraux.

Textes de références :

- Code de la santé publique (L6122-25, R6123-118 à 126, D 6124-177-1 à 53)
- Circulaire DHOS/O1 n° 2008-305 du 3 octobre 2008

Concepts liés

- Concept 4.3 : Dispositifs de formation, d'insertion professionnelle et de maintien dans l'emploi des personnes handicapées
- Concept 6.5 : Prévention des déficiences motrices

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

8.8.1 Capacité d'accueil des structures de soins de suite et de réadaptation

Nombre de places installées dans les unités de soins de suite et de réadaptation, à une date donnée.

Cet indicateur est décliné :

- par type d'activités (hospitalisation complète, hospitalisation partielle),
- par type de rééducation.

Le détail par type de rééducation est plus ou moins détaillé selon la source d'information.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D, ID	DREES	SAE	Site internet (bordereau Q18A)	Internet : depuis 2004	Annuelle
FM, R, D	DREES, DRASS, DDASS	Statis	Internet et documents imprimés	Internet : 8 ans Papier : depuis 1988	Annuelle (données au 1 ^{er} janvier)
FE, R, D, ID	DREES, DRASS, DDASS	Finess	Site internet (code catégorie 135)		Fichier permanent

8.8.2 Taux d'équipement en soins de suite et de réadaptation

Nombre de places installées dans les unités de soins de suite et de réadaptation, divisé par l'effectif de la population et multiplié par 1 000, au 1^{er} janvier de l'année considérée.

Cet indicateur est décliné par type de rééducation (réadaptation fonctionnelle, autres).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FM, R, D	DREES, DRASS, DDASS	Statis	Internet et documents imprimés	Internet : 8 ans Papier : depuis 1988	Annuelle (données au 1 ^{er} janvier)

8.8.3 Visites à domicile effectuées pour l'adaptation du domicile

Nombre de visites effectuées au domicile de patients hospitalisés en SSR pour l'adaptation de leur domicile, au cours de l'année considérée.

Cet indicateur est décliné par spécialité.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D, ID	DREES, DRASS,	SAE	Site internet (bordereau Q18A)		Annuelle

8.8.4 File active des patients en soins de suite et de réadaptation

Nombre de patients hospitalisés au moins une fois en service de soins de suite et de réadaptation au cours de l'année considérée (les patients ayant effectué plusieurs séjours au cours de l'année ne sont comptés qu'une fois).

Cet indicateur est décliné par spécialité.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D, ID	DREES, DRASS	SAE	Site internet (bordereau Q18A)	Internet : depuis 2004	Annuelle

8.8.5 Délai moyen d'attente pour une admission en soins de suite et de réadaptation

Nombre de jours d'attente pour une admission en soins de suite et de réadaptation pendant le mois d'octobre de l'année considérée.

Cet indicateur est décliné par spécialité.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, R, D, ID	DREES	SAE	Site internet (bordereau Q18A)	Internet : depuis 2004	Annuelle

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- La source DDASS ou DRASS deviendra, à compter de 2010, ARS.
- Ces indicateurs concernent les structures hospitalières de SSR et ne tiennent pas compte des personnes suivies à leur domicile ou en cabinet par des professionnels.
- Depuis le décret n° 2008-377 du 17 avril 2008, les autorisations délivrées par les ARH ne font plus la distinction habituelle entre d'un côté les services de convalescence, et de l'autre les services de rééducation-réadaptation fonctionnelle. Les données statistiques disponibles (SAE, Finess, Statiss) gardent cependant encore cette distinction.
- L'activité de soins de suite et de réadaptation a une dimension psychologique et sociale primordiale. En effet, une proportion importante de personnes en soins de SSR ne retrouve pas à la fin des traitements l'autonomie qu'elles avaient avant la maladie ou l'accident qui a justifié leur hospitalisation. De nombreuses personnes se trouvent ainsi confrontées à des problèmes sociaux et de vie quotidienne importants, à cause des conséquences de leurs déficiences en termes de perte de revenu, d'épuisement des droits sociaux, de limitations d'activité et de vie sociale... ce qui explique la forte implication des assistants sociaux dans l'activité de ces services.
- Les activités de SSR ne couvrent pas l'ensemble du champ de la réadaptation notamment du point de vue de la réinsertion professionnelle au bénéfice de personnes dont le handicap est consolidé, dispensée par des centres spécialisés- les centres de rééducation professionnelle (CRP) et les centres de préorientation (CPO).
- Les activités de SSR jouent un rôle primordial pour réduire les conséquences fonctionnelles, cognitives, sociales... de maladies invalidantes ou d'accidents. Toutefois, les indicateurs dont on dispose pour décrire ces activités sont essentiellement des indicateurs de moyens et ne permettent pas de mesurer le bénéfice en matière d'autonomie apporté aux personnes concernées et les orientations proposées à l'issue des traitements dispensés.

8.8.1 Le plan Alzheimer prévoit la création d'unités spécialisées au sein des services de SSR, réservées aux malades d'Alzheimer et troubles apparentés : les unités cognitivo-comportementales, adaptées architecturalement et renforcées en personnel. 120 unités de 10 à 12 lits devraient être installées d'ici la fin 2012.

8.8.3 8.8.4 8.8.5 Ces indicateurs sont rapportés au lieu d'hospitalisation et non au lieu de domicile des patients. Or, certaines rééducations ne sont proposées que dans des unités très spécialisées, qui sont en nombre limité sur le territoire. Ces indicateurs ne permettent donc pas de dénombrer le nombre de personnes prises en charge dans un territoire donné.

SOURCES DE DONNEES

S18. Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux - Finess (DREES)

S21. Statistique Annuelle des Établissements de santé - SAE (DREES)

S22. STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social - Statiss (DREES)

9

FINANCEMENTS PUBLICS

En 2008, les dépenses de protection sociale liées à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées se sont élevées à 45 milliards d'euros¹, soit un peu plus de 2 % du Produit intérieur brut (PIB).

La dépense est financée par l'Etat, la sécurité sociale, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et les départements. Les dépenses relatives à l'accompagnement des personnes handicapées dans l'emploi versées par l'association (AGEFIPH) et le fonds d'insertion (FIPHFP) sont également incluses dans la dépense.

► Sur les 45 milliards d'euros, consacrés à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées en 2008, 47,1 % de la dépense est prise en charge par la sécurité sociale. L'Etat finance 22,1 % de la dépense tandis que 21,5% de cette dernière est supportée par les conseils généraux. Enfin, 8 % de l'ensemble des dépenses de protection sociale afférentes aux personnes âgées et handicapées est financée par la CNSA. La sécurité sociale finance ainsi près de 21,2 milliards d'euros, l'Etat, 9,9 milliards, les départements près de 9,7 milliards et la CNSA 3,6 milliards. L'AGEFIPH finance quant à elle 1,3 % de la dépense totale soit un peu plus 580 millions d'euros. La dépense du FIPHFP est incluse dans la dépense de l'Etat.

- L'**Etat** consacre la majorité de son budget (63 %) au financement de l'allocation adultes handicapés (AAH) et des pensions militaires d'invalidité.
- La **sécurité sociale** consacre plus de 60 % de son budget au financement des établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées *via* l'ONDAM médico-social (12,9 milliards) voté chaque année au Parlement. Les dépenses de pensions d'invalidité représentent également une part importante de la dépense de la sécurité sociale (5,6 milliards).
- Les **départements** ont depuis les lois de décentralisation de 2003-2004 en charge le pilotage de la politique médico-sociale et sa mise en œuvre. Les prestations qu'ils financent concernent principalement les personnes âgées, à travers le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie APA (4,9 milliards) et de l'aide sociale à l'hébergement (2,1 milliards) bien que les prestations liées au handicap soient en progression notamment du fait de la montée en charge de la prestation de compensation (PCH).
- Globalement, en 2008, la **CNSA**² a assuré la répartition de 16,5 milliards de crédits, au titre de ses recettes directes (3,6 milliards) et de l'ONDAM médico-social (12,9 milliards). Elle participe au financement des établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées et à celui des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), de l'APA et de la PCH.

► En matière d'**établissements et services médico-sociaux**, les frais d'hébergement et de soins en établissements et services pour personnes handicapées ou personnes âgées dépendantes (21 milliards¹ d'euros) mobilisent 46.6 % des dépenses de protection sociale liées à la compensation de la perte d'autonomie, les trois quart de ces dépenses étant financées par l'Assurance maladie (branche maladie de la sécurité sociale).

Parmi l'ensemble des **aides individuelles** délivrées aux personnes handicapées ou aux personnes âgées dépendantes : les pensions militaires et civiles d'invalidité (6,6 milliards d'euros) représentent 15 % de la dépense. Ce sont les aides qui représentent le budget le plus important,

¹ Programme de qualité et d'efficacité « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA », 2010, disponible sur le site internet du Portail de la Sécurité sociale

http://www.securite-sociale.fr/chiffres/stat/prog_qualite_efficience/pqe.htm

² En matière d'établissements et de services médico-sociaux - hors établissements et services financés par les conseils généraux ou l'Etat -, la CNSA gère l'objectif global de dépenses médico-sociales (OGD) en complétant l'apport financier de l'assurance maladie par une partie de ses ressources propres. Elle assure la répartition d'enveloppes départementales notamment sur la base des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

devant l'allocation aux adultes handicapés (AAH - 5,2 milliards³ d'euros), et l'allocation personnalisée d'autonomie (APA - 4,9 milliards d'euros).

1,2 milliard⁴ d'euros a été versé en 2008 au titre de la Prestation de compensation (PCH) et de l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), 608 millions⁵ aux bénéficiaires de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

S'agissant de la politique publique **d'accompagnement des personnes handicapées dans l'emploi**, elle repose essentiellement sur les cotisations versées par les entreprises et services publics qui ne respectent l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés. En 2008, près de 622 millions⁵ ont été répartis par l'AGEFIPH et le FIPHFP pour l'aide ou le maintien dans l'emploi des personnes handicapées.

► Les financements publics ne représentent que **la part « socialisée » de la dépense** : les dépenses de souscription d'assurances individuelles par exemple et les frais restant à la charge des personnes résultant de la différence entre les barèmes nationaux de prise en charge et le coût total de la dépense à financer seraient à ajouter pour connaître le montant total de la dépense. Cette dépense ne tient pas compte en outre de la participation des organismes complémentaires (mutuelles ou assurances collectives mutualisées), des financements extra légaux tels que le fonds départemental de compensation ou des aides extra-légales à l'initiative des conseils généraux ou des associations.

► La thématique est structurée par nature d'aide, indépendamment des financeurs : les concepts 9.1 « compensation individuelle, aides individuelles » et 9.2 « assurances invalidité et accidents du travail-maladies professionnelles » concernent les financements publics en matière d'aides individuelles, les concepts 9.3 « établissements et services pour personnes handicapées » et 9.4 « établissements et services pour personnes âgées dépendantes » traitent respectivement des versements aux établissements et services qui interviennent auprès des personnes handicapées ou âgées dépendantes. Le concept 9.5 « Contributions des entreprises et des institutions publiques dans le cadre de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés et aides attribuées » concerne les fonds collectés et distribués par l'AGEFIPH et par le FIPHFP au titre de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH).

► La thématique est en lien direct avec les concepts de la thématique T7 « compensation individuelle et aide individuelles » qui traite des bénéficiaires par type de prestation et de la thématique T8 « Etablissements et services d'accueil et d'accompagnement » qui concerne les établissements et services intervenant auprès des personnes âgées et/ou handicapées. Enfin, le concept 9.5 relatif à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH), complète le concept 4.5 « Obligation d'emploi des travailleurs handicapés ».

³ Recueil annuel. Statistiques nationales. CNAF, 2009

⁴ Les dépenses d'aide sociale départementale en 2008, E. Clément, DREES, Etudes et résultats n° 714, janvier 2010

⁵ Rapports annuels AGEFIPH et FIPHFP

CONCEPT 9.1 : COMPENSATION INDIVIDUELLE, AIDES INDIVIDUELLES

9.1.1 Prestations versées par les caisses d'allocations familiales au titre de l'AEH et de l'AAH.....	227
9.1.2 Prestations versées par les conseils généraux au titre de la PCH et de l'ACTP.....	227
9.1.3 Prestations versées par les conseils généraux au titre de l'APA.....	227
9.1.4 Versements au titre d'interventions du fonds de compensation du handicap	228
9.1.5 Remboursements d'aides techniques par l'Assurance maladie	228
9.1.6 Subventions de l'ANAH pour l'adaptation de logements privés au handicap	228

CONCEPT 9.2 : PENSIONS D'INVALIDITÉ ET RENTES ACCIDENTS DU TRAVAIL-MALADIES PROFESSIONNELLES

9.2.1 Pensions d'invalidité versées aux assurés du régime général.....	230
9.2.2 Rentes d'accidents du travail-maladies professionnelles versées aux assurés du régime général.....	230
9.2.3 Pensions d'invalidité versées aux salariés du régime agricole	231
9.2.4 Rentes d'accidents du travail-maladies professionnelles versées aux salariés du régime agricole.....	231
9.2.5 Pensions d'invalidité versées aux exploitants agricoles	231
9.2.6 Rentes d'accident du travail-maladies professionnelles versées aux exploitants agricoles	231
9.2.7 Pensions d'invalidité versées aux fonctionnaires d'Etat	231
9.2.8 Rentes viagères d'invalidité et allocations temporaires d'invalidité (ATI) versées aux fonctionnaires d'Etat	232
9.2.9 Pensions d'invalidité versées aux agents de la fonction publique territoriale et hospitalière	232
9.2.10 Rentes viagères d'invalidité et allocations temporaires d'invalidité (ATI) versées aux agents de la fonction publique territoriale et hospitalière	232

CONCEPT 9.3 : ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES HANDICAPÉES

9.3.1 Versements effectués par les caisses primaires d'Assurance maladie aux établissements et services pour personnes handicapées	235
9.3.2 Versements effectués par les conseils généraux aux établissements et services pour personnes handicapées	235
9.3.3 Versements de l'Etat aux ESAT	236
9.3.4 Versements de l'Etat aux entreprises adaptées.....	236
9.3.5 Nombre de personnes employées dans les établissements et services pour enfants ou adolescents handicapés par catégorie	236
9.3.6 Taux d'encadrement dans les établissements et services pour enfants ou adolescents handicapés par catégorie.....	236
9.3.7 Nombre de personnes employées dans les établissements pour adultes handicapés, par catégorie	237
9.3.8 Taux d'encadrement dans les établissements et services pour adultes handicapés, par catégorie	237
9.3.9 Nombre de personnes employées dans les établissements et services pour adultes handicapés relevant du champ de compétence de la CNSA et dans les ESAT	237
9.3.10 Taux d'encadrement dans les établissements et services pour adultes handicapés relevant du champ de compétence de la CNSA et dans les ESAT	238

CONCEPT 9.4 : ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

9.4.1 Versements effectués par les caisses locales d'assurance maladie aux EHPAD	241
9.4.2 Versements effectués par les caisses locales d'assurance maladie aux SSIAD pour personnes âgées.....	241
9.4.3 Versements effectués par les caisses locales d'assurance maladie aux USLD.....	241
9.4.4 Versements effectués par les conseils généraux au titre de l'APA en établissement.....	241
9.4.5 Versements effectués par les conseils généraux au titre de l'aide sociale aux personnes âgées.....	242
9.4.6 Nombre de personnes employées dans les établissements pour personnes âgées dépendantes par catégorie d'établissements.....	242
9.4.7 Taux d'encadrement dans les établissements pour personnes âgées dépendantes, par catégorie d'établissements.....	242
9.4.8 Nombre de personnes employées dans les SSIAD pour personnes âgées.....	242
9.4.9 Taux d'encadrement dans les SSIAD pour personnes âgées.....	242

CONCEPT 9.5 : CONTRIBUTIONS DES ENTREPRISES ET DES INSTITUTIONS PUBLIQUES DANS LE CADRE DE L'OBLIGATION D'EMPLOI DE TRAVAILLEURS HANDICAPÉS ET AIDES ATTRIBUÉES

9.5.1 Contributions versées par les entreprises du secteur privé à l'AGEFIPH	245
9.5.2 Contributions versées par les employeurs publics au FIPHFP.....	245
9.5.3 Financements attribués par l'AGEFIPH par domaines d'interventions	245
9.5.4 Financements attribués par le FIPHFP	245

DEFINITIONS ET REFERENCES

Les prestations en matière de compensation ou d'aides individuelles sont versées en général aux personnes en situation de handicap ou de dépendance – exceptions faites des financements d'aides humaines parfois versés directement aux sociétés intervenant en tant que prestataires, et de l'allocation personnalisée d'autonomie parfois versée aux établissements.

Les organismes qui versent les aides ne sont pas toujours les financeurs. Il existe plusieurs sources de financement :

- **Les conseils généraux** versent la prestation de compensation (PCH), l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), l'aide ménagère au titre de l'aide sociale et l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) aux bénéficiaires. Ils financent la totalité des dépenses relatives à l'ACTP et à l'aide ménagère, et pour partie celles relatives à l'APA et à la PCH. La **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie** (CNSA) verse aux départements chaque année deux concours destinés à couvrir une partie du coût de l'APA et de la PCH. Le financement de ces concours provient de la contribution solidarité autonomie (CSA), de la contribution sociale généralisée (CSG), de la participation des régimes d'assurance vieillesse et de produits financiers.
- **Les caisses d'allocations familiales** versent l'allocation d'éducation des enfants handicapés (AEEH) aux familles et l'allocation aux adultes handicapés (AAH) aux bénéficiaires. Tandis que la branche famille de la sécurité sociale - la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)- prend en charge les dépenses relatives à l'AEEH, **l'Etat** finance l'AAH qui fait partie des minima sociaux.
- **L'assurance maladie** participe au financement des aides techniques répondant aux besoins des personnes en situation de handicap ou de dépendance. Chaque régime de sécurité sociale prend en charge les dépenses de ses assurés à hauteur d'un tarif de remboursement national (majoré pour les départements d'outre mer). Pour certaines aides techniques, et sous réserve de l'éligibilité à la prestation de compensation (PCH), il peut exister un financement supplémentaire. De même, un financement supplémentaire est possible pour les personnes éligibles à l'APA.

D'autres moyens de financements existent en matière de compensation individuelle et peuvent être mobilisés pour aider les personnes à limiter leur reste à charge, en complément des dispositifs légaux. Ces moyens permettent de financer, en sus des financements prévus dans le cadre des prestations, des aides techniques, des aménagements du logement, des aides humaines par exemple. Les aides extra-légales sont délivrées de manière volontaire et facultative :

- **le fonds départemental de compensation**, géré par les MDPH, et créé par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 regroupe un certain nombre de partenaires départementaux volontaires pour mutualiser des ressources et participer au fonds départemental de compensation. Le périmètre des financements est propre à chaque fonds départemental : il peut concerner uniquement les bénéficiaires de la PCH, mais également être élargi aux personnes bénéficiaires de l'APA ou encore concerner les enfants et/ou les adultes handicapés. Le fonds est en général abondé par les conseils généraux, l'Etat (DDASS, DDTEFP, Education nationale), les organismes d'assurance maladie, des associations, les communes. Ces fonds ont relayé les Sites pour la vie autonomes (SVA) ;
- **Les caisses primaires d'assurance maladie** (CPAM) peuvent attribuer, sous conditions de ressources, des aides financières aux assurés sur leur fonds d'action sociale, qui peuvent être incluses dans le fonds départemental de compensation ;
- **Les conseils généraux** mobilisent également des financements venant en complément des dispositifs légaux. Notamment, dans certains départements il existe des financements extra-légaux pour aider à l'acquisition d'aides techniques, pour réduire le coût des aménagements de logement des personnes âgées, pour limiter le reste à charge des personnes ayant des besoins en aide humaine. Ces aides peuvent être incluses dans le fonds départemental de compensation ;
- **L'Agence nationale de l'habitat** (ANAH) propose des subventions relatives aux aménagements de logement. Ces aides peuvent être incluses dans le fonds départemental de compensation ;
- **Des associations, des fonds sociaux d'entreprises, les caisses de retraites...** peuvent proposer des financements extra-légaux divers. Ils peuvent être partenaires du fonds départemental de compensation.

L'aide extra-légale mobilisée par ces acteurs peut être mutualisée ou non dans le cadre du fonds départemental de compensation. La liste des partenaires présentés ici n'est pas exhaustive. L'aide extra-légale dépend des priorités et des moyens des acteurs et peut donc fortement différer d'un territoire à l'autre.

Concepts liés :

- Concept 2.1 : Maisons départementales des personnes handicapées
- Concept 2.2 : Conseils généraux : Equipes médico-sociales APA
- Concept 7.1 : Bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé
- Concept 7.2 : Bénéficiaires de la prestation de compensation
- Concept 7.3 : Bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne
- Concept 7.4 : Bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie
- Concept 7.5 : Bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés
- Concept 7.6 : Aides techniques
- Concept 7.7 : Aménagements du logement
- Concept 9.2 : Pensions d'invalidité et rentes d'accidents du travail-maladies professionnelles
- Concept 9.4 : Etablissements et services pour personnes âgées dépendantes

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

9.1.1 Prestations versées par les caisses d'allocations familiales au titre de l'AAEH et de l'AAH

Sommes versées par les organismes débiteurs des prestations familiales au titre de l'AAEH et de l'AAH au cours de l'année considérée, en millions d'euros.

- Pour l'AAEH, cet indicateur est disponible pour l'allocation de base et les compléments.
- Pour l'AAH, cet indicateur est disponible pour l'allocation de base, la majoration pour la vie autonome (MVA) et la garantie de ressources des personnes handicapées (GRPH).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNAF	Recueil annuel	Publication CNAF « Prestations familiales. Statistiques nationales » *	10 dernières années (AES avant 2006) *	Annuelle
D	CNAF, CCMSA	Systèmes de gestion des prestations familiales	Disponible sur demande auprès des caisses nationales d'allocations familiales		

* l'évolution est disponible en euros courants et en euros constants

9.1.2 Prestations versées par les conseils généraux au titre de la PCH et de l'ACTP

Sommes versées par les conseils généraux au titre de la PCH et de l'ACTP (dépenses brutes) au cours de l'année considérée, en millions d'euros.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, D	DREES	Enquête annuelle sur les dépenses de l'aide sociale départementale	Publication DREES - Série Statistiques « Dépenses de l'aide sociale départementale »	Depuis 2000	Annuelle
D	Conseils généraux	Système de gestion des aides départementales	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

9.1.3 Prestations versées par les conseils généraux au titre de l'APA

Sommes versées par les conseils généraux au titre de l'APA (dépenses brutes) au cours de l'année considérée, en millions d'euros.

Cet indicateur est disponible pour l'APA à domicile et pour l'APA en établissement.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, D	DREES	Enquête annuelle sur les dépenses de l'aide sociale départementale	Publication DREES - Série Statistiques « Dépenses de l'aide sociale départementale »	Depuis 2002	Annuelle
R, D	DREES, DRASS, DDASS	STATISS	Documents STATISS régionaux uniquement		Annuelle
D	Conseils généraux	Système de gestion des aides départementales	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

9.1.4 Versements au titre d'interventions du fonds départemental de compensation

Sommes versées par les MDPH au titre d'interventions du fonds départemental de compensation au cours de l'année considérée, en millions d'euros.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
D	MDPH	Système d'information des MDPH	Selon disponibilité auprès des MDPH		

9.1.5 Remboursements d'aides techniques par l'Assurance maladie

Sommes remboursées par l'Assurance maladie pour le régime général hors sections locales mutualistes, relatives à l'acquisition ou au prêt d'aides techniques figurant dans la liste des produits et prestations remboursables (LPPR), une année donnée.

Niveau territorial	Opérateur	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FM	CNAMTS	SNIRAM	« Base LPP'AM », disponible sur le site internet de la CNAMTS http://www.ameli.fr/	2006-2007 2008-2009 à paraître	Annuelle

9.1.6 Subventions de l'ANAH pour l'adaptation de logements privés au handicap

Sommes versées par l'ANAH pour l'adaptation de logements privés au handicap, au cours de l'année considérée.

Niveau territorial	Opérateur	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FM, R, D, ID	ANAH	Système d'information sur les subventions accordées par l'Agence nationale de l'habitat	Disponible sur demande auprès de l'ANAH		

INTERETS, LIMITES

9.1.1 à 9.1.3

- Les prestations versées ne sont pas toutes de même nature : certaines sont avant tout une aide financière permettant aux personnes en situation de handicap de disposer d'un revenu minimum (AAH), alors que d'autres sont plus particulièrement destinées à permettre aux personnes de bénéficier de l'intervention d'une aide individuelle dans leurs tâches quotidiennes, voire de financer certains aménagements ou aides techniques.
- Pour ces différents indicateurs, une dépense moyenne par habitant peut être approchée : pour l'AEEH, l'indicateur (9.1.1) peut être rapporté à la population des moins de 20 ans, pour l'APA (9.1.3) à la population des 60 ans et plus, pour la PCH et l'ACTP (9.1.2) aux personnes âgées de 20 à 59 ans. Pour toutes ces prestations, les tranches d'âge indiquées correspondent à celles de la grande majorité des bénéficiaires.

9.1.2 9.1.3

Ces indicateurs sont exprimés en dépenses brutes :

- pour la PCH et l'APA, le concours de la CNSA n'est pas déduit de la dépense ;
- pour toutes les prestations, les autres recettes (récupérations sur successions, indus...) ne sont pas non plus déduites.

Pour l'ACTP et la PCH, il est conseillé de vérifier qu'il s'agit de la totalité de la dépense, tous âges confondus.

9.1.4 Le fonds départemental de compensation ne représente qu'une partie des financements extra-légaux mobilisés dans un département donné.

Il ne permet pas de connaître l'ensemble des aides extra-légales existantes dans un département. Il ne permet pas non plus de comparaisons d'un département à l'autre : il est indiqué de se rapprocher du fonds du département que l'on souhaite étudier pour connaître son périmètre d'interventions et les financeurs ayant accepté de l'abonder.

9.1.5 Cet indicateur donne une vue partielle des dépenses réalisées en termes d'aides techniques dans la mesure où il ne prend en compte que les dépenses supportées par l'Assurance maladie pour les assurés du régime général, non compris les dépenses des autres régimes de sécurité sociale.

Par ailleurs, il ne tient pas compte :

- de la part des dépenses qui reste à la charge des assurés sociaux et qui peut être compensée par une mutuelle ou une assurance complémentaire,
- des financements d'aides techniques réalisés dans le cadre de la prestation de compensation, ou d'autres prestations (APA...)
- des financements extralégaux : interventions du fonds départemental de compensation, du fonds d'actions sociale des CPAM.

9.1.6 Cet indicateur est restreint aux subventions de l'ANAH. Il ne permet pas d'avoir une vue d'ensemble des dépenses publiques liées aux aménagements de logement.

SOURCES DE DONNEES

S13. Enquêtes annuelles sur les bénéficiaires et les dépenses de l'aide sociale départementale (DREES)

S22. STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social - Statiss (DREES)

S49. Système d'information sur les subventions accordées par l'ANAH

S60. Système de gestion des prestations familiales (CCMSA)

S64. Recueil annuel CNAF (CNAF)

S65. Système de gestion des prestations familiales (CNAF)

S69. Système national inter-régime d'assurance maladie - SNIIRAM (CNAMTS)

S87. Système de gestion des aides départementales (Conseils généraux)

S90. Système d'information des MDPH (MDPH)

CONCEPT 9.2 : PENSIONS D'INVALIDITE ET RENTES ACCIDENTS DU TRAVAIL-MALADIES PROFESSIONNELLES

DEFINITIONS ET REFERENCES

Les prestations d'invalidité et d'accidents du travail-maladies professionnelles sont versées aux ressortissants des régimes de sécurité sociale, de la fonction publique d'Etat, et de la fonction publique hospitalière et territoriale.

L'origine professionnelle des personnes concernées détermine les organismes qui financent et versent ces prestations :

- Les branches maladie et accidents du travail-maladies professionnelles du régime général et du régime agricole de la sécurité sociale prennent en charge le financement des pensions d'invalidité et des rentes d'accident du travail-maladies professionnelles. Le versement des prestations à leurs ressortissants - assurés du régime général et salariés du régime agricole - est assuré par les caisses locales d'assurance maladie, respectivement les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les caisses de mutualité sociale agricole (MSA). Au sein du régime agricole, pour les exploitants (non salariés), les caisses de mutualité sociale agricole (MSA) versent les pensions d'invalidité et la CCMSA coordonne l'ATEXA (assurance Accidents du Travail des Exploitants Agricoles) qui peut être considérée comme la branche accidents du travail-maladies professionnelles des exploitants agricoles.
- La plupart des régimes spéciaux prennent en charge les prestations invalidité et accidents du travail - maladies professionnelles. En revanche, les personnes qui relèvent du régime social des indépendants (RSI) ne bénéficient pas d'une couverture sociale obligatoire pour ces deux risques ;
- En ce qui concerne les fonctionnaires d'Etat (civils et militaires), le service des retraites de l'Etat de la direction générale des finances publiques (DGFIP) assume le financement et le versement des pensions d'invalidité, rentes viagères d'invalidité et allocations temporaire d'invalidité ;
- La Caisse des dépôts et consignations verse, au titre de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), les pensions d'invalidité, rentes d'invalidité et allocations temporaire d'invalidité aux agents de la fonction publique hospitalière et territoriale.

Concepts liés

- Concept 7.8 : Bénéficiaires de pensions d'invalidité ou de rentes d'accidents du travail-maladies professionnelles

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

9.2.1 Pensions d'invalidité versées aux assurés du régime général

Sommes versées par les caisses d'assurance maladie du régime général au titre des pensions d'invalidité (y compris MTP) au cours de l'année considérée, en millions d'euros.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	Commission des comptes de la sécurité sociale	Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale	Disponible sur le site internet du Portail de la Sécurité sociale		Annuelle
FE, D	CNAMTS	SNIIRAM	Disponible sur demande auprès de la CNAMTS		

9.2.2 Rentes d'accidents du travail-maladies professionnelles versées aux assurés du régime général

Sommes versées par les caisses d'assurance maladie du régime général au titre des rentes d'accidents du travail travail-maladies professionnelles au cours de l'année considérée, en millions d'euros.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	Commission des comptes de la sécurité sociale	Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale	Disponible sur le site internet du Portail de la Sécurité sociale		Annuelle
FE, D	CNAMTS	EURYDICE	Disponible sur demande auprès de la CNAMTS		

9.2.3 Pensions d'invalidité versées aux salariés du régime agricole

Sommes versées par les caisses de mutualité sociale agricole (MSA) aux salariés agricoles au titre des pensions d'invalidité (y compris MTP) au cours de l'année considérée, en millions d'euros.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	Commission des comptes de la sécurité sociale	Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale	Disponible sur le site internet « Portail de la sécurité sociale »		Annuelle
FE, D	CCMSA	RAAMSES	Disponible sur demande auprès de la CCMSA		

9.2.4 Rentes d'accidents du travail-maladies professionnelles versées aux salariés du régime agricole

Sommes versées par les caisses de mutualité sociale agricole (MSA) aux salariés agricoles, au titre des rentes d'accident du travail-maladies professionnelles au cours de l'année considérée, en millions d'euros.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	Commission des comptes de la sécurité sociale	Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale	Disponible sur le site internet « Portail de la sécurité sociale »		Annuelle
FE, D	CCMSA	SIMPAT	Disponible sur demande auprès de la CCMSA		

9.2.5 Pensions d'invalidité versées aux exploitants agricoles

Sommes versées par les caisses de mutualité sociale agricole (MSA) aux exploitants agricoles au titre des pensions d'invalidité (y compris MTP) au cours de l'année considérée, en millions d'euros.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	Commission des comptes de la sécurité sociale	Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale	Disponible sur le site internet « Portail de la sécurité sociale »		Annuelle
FE, D	CCMSA	RAAMSES	Disponible sur demande auprès de la CCMSA		

9.2.6 Rentes d'accident du travail-maladies professionnelles versées aux exploitants agricoles

Sommes versées au titre de l'assurance accidents du travail-maladies professionnelles des exploitants agricoles (ATEXA) au cours de l'année considérée, en millions d'euros.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	Commission des comptes de la sécurité sociale	Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale	Disponible sur le site internet « Portail de la sécurité sociale »		Annuelle
FE, D	CCMSA	OREADE	Disponible sur demande auprès de la CCMSA		

9.2.7 Pensions d'invalidité versées aux fonctionnaires d'État

Sommes versées par le service des retraites de l'Etat de la direction générale des finances publiques (DGFIP) au titre des pensions d'invalidité (y compris MTP) au cours de l'année considérée, en millions d'euros.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	Commission des comptes de la sécurité sociale	Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale	Disponible sur le site internet « Portail de la sécurité sociale »		Annuelle
FE, D	DGFIP - Service des retraites de l'Etat	INDIA-LOLF	Disponible sur demande auprès du Service des retraites de l'Etat		

9.2.8 Rentes viagères d'invalidité et d'allocations temporaires d'invalidité (ATI) versées aux fonctionnaires d'État

Sommes versées par le service des retraites de l'Etat de la direction générale des finances publiques (DGFIP) au titre des rentes viagères d'invalidité et des allocations temporaires d'invalidité en année pleine, en millions d'euros.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	Commission des comptes de la sécurité sociale	Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale	Disponible sur le site internet « Portail de la sécurité sociale »		Annuelle
FE, D	DGFIP - Service des retraites de l'Etat	INDIA-LOLF	Disponible sur demande auprès du Service des retraites de l'Etat		

9.2.9 Pensions d'invalidité versées aux agents de la fonction publique territoriale et hospitalière

Sommes versées par la Caisse des dépôts au titre des pensions d'invalidité (y compris MTP) au cours de l'année considérée, en millions d'euros.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	Commission des comptes de la sécurité sociale	Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale	Disponible sur le site internet « Portail de la sécurité sociale »		Annuelle
FE, centre de paiement	Caisse des dépôts - CNRACL	Système de gestion des pensions d'invalidité et des allocations temporaires d'invalidité des agents des collectivités locales	Disponible sur demande auprès de la Direction des retraites de la Caisse des dépôts		

9.2.10 Rentes d'invalidité et d'allocations temporaires d'invalidité versées aux agents de la fonction publique territoriale et hospitalière

Sommes versées par la Caisse des dépôts au titre des rentes d'invalidité et des allocations temporaires d'invalidité au cours de l'année considérée, en millions d'euros.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	Commission des comptes de la sécurité sociale	Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale	Disponible sur le site internet « Portail de la sécurité sociale »		Annuelle
FE, centre de paiement	Caisse des dépôts - CNRACL	Système de gestion des pensions d'invalidité et des allocations temporaires d'invalidité des agents des collectivités locales	Disponible sur demande auprès de la Direction des retraites de la Caisse des dépôts		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

- En matière d'assurances « invalidité et accidents du travail-maladies professionnelles », les conditions d'admission et le contenu des prestations sont variables selon le régime d'appartenance.
- Contrairement aux assurés du régime général ou du régime agricole qui, à 60 ans, ne relèvent plus de l'assurance invalidité mais de l'assurance vieillesse, les fonctionnaires en invalidité continuent à bénéficier de leur pension d'invalidité au delà de 60 ans (ce qui explique l'importance du nombre de fonctionnaires en invalidité en comparaison avec les autres régimes de sécurité sociale - voir concept 7.8).
- De manière générale, les données nationales et départementales concernant les montants des pensions ou des rentes versés ne sont pas publiées. Pour disposer de ces données, il faut donc se tourner vers chacun des organismes concernés.
- Les indicateurs présentés ici ne comprennent pas les prestations versées pour l'ensemble des régimes de protection sociale mais seulement les plus importantes : les prestations versées par les régimes spéciaux (SNCF...), les versements des institutions de prévoyance... ne sont pas pris en compte.
- L'assurance « accidents du travail-maladies professionnelles » couvre non seulement les dépenses versées pour compenser la perte de revenu (rentes) une fois le handicap éventuel consolidé, mais également les dépenses de soins et les indemnités journalières liées à ce handicap. Ces indicateurs ne sont pas retracés ici.

Principaux organismes versant les prestations :

	Invalidité	Accident du travail-maladie professionnelle
Régime général	CPAM	CPAM
Salariés du régime agricole	MSA	MSA
Exploitants agricoles	MSA	ATEXA
Fonction publique d'Etat	Service des retraites de l'Etat DGFIP	
Fonction publique hospitalière et territoriale	Caisse des dépôts et consignations-CNRACL	

9.2.7 Les statistiques publiées par Commission des comptes de la Sécurité sociale font la distinction entre les prestations versées aux moins de 60 ans et celles versées aux 60 ans et plus.

9.2.1 9.2.3 9.2.5 9.2.7 9.2.9 La ventilation des pensions d'invalidité versées selon les différentes catégories d'invalidité et par conséquent les versements au titre de la majoration tierce personne (MTP) peuvent être éventuellement obtenus selon disponibilité auprès des organismes qui versent ces prestations.

SOURCES DE DONNEES

- S30. INDIA-LOLF (DGFIP - Service des retraites de l'Etat)
- S47. Système de gestion des pensions d'invalidité et des ATI des agents des collectivités locales (CNRACL)
- S59. Rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale (Commission des comptes de la Sécurité sociale)
- S61. Système de gestion des pensions d'invalidité - RAAMSES (CCMSA)
- S62. Système de gestion des rentes AT-MP - SIMPAT (CCMSA)
- S63. Système de gestion de l'ATEXA - OREADE (CCMSA)
- S68. Système de gestion des rentes AT-MP - EURYDICE (CNAMTS)
- S69. Système national inter-régime d'assurance maladie - SNIIRAM (CNAMTS)

CONCEPT 9.3 : ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX POUR PERSONNES HANDICAPEES

DEFINITIONS ET REFERENCES

Les établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées sont financés par l'Assurance maladie, l'Etat, les conseils généraux, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), conjointement ou exclusivement :

- l'Assurance maladie et la CNSA financent les établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents handicapés, les services de soins et d'éducation à domicile (SESSAD), les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les centres de pré-orientation (CPO), les centres de rééducation professionnelle (CRP), les maisons d'accueil spécialisé (MAS), les services de soins infirmiers à domicile pour personnes handicapées (SSIAD). Les versements sont effectués par les Caisses locales d'assurance maladie des différents régimes à proportion de leurs assurés ;
- les conseils généraux financent les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), les foyers d'hébergement pour personnes handicapées et les foyers de vie (anciens foyers occupationnels) ;
- l'Assurance maladie, la CNSA et les conseils généraux co-financent les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), et les foyers d'accueil médicalisé (FAM). La part du financement de l'assurance maladie et de la CNSA est versée par les caisses locales d'assurance maladie des différents régimes à proportion de leurs assurés ;
- l'Etat finance les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) et les entreprises adaptées.

L'allocation des ressources aux différents établissements et services médico-sociaux se structure de la manière suivante :

- s'agissant des établissements ou services financés par l'Assurance maladie et la CNSA, et des ESAT, les Directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS) ont pour mission de déterminer les ressources financières nécessaires au fonctionnement de ces structures, en fixant un prix de journée ou une dotation globale dans la limite de leur enveloppe départementale ;
- les conseils généraux déterminent les ressources financières nécessaires au fonctionnement des structures qu'ils financent ;
- s'agissant des établissements financés conjointement par l'assurance maladie, la CNSA et les conseils généraux, la DDASS et le conseil général du département concerné définissent pour le fonctionnement de chaque établissement un budget global. Pour les CAMSP, la répartition est réglementaire : l'assurance maladie finance 80 % du budget. Pour les FAM et les SAMSAH, la répartition résulte d'un accord entre les deux parties : un arrêté précise l'apport de chaque financeur ;
- sous réserve du respect des enveloppes départementales qui leur sont allouées par l'Etat, les directions départementales du travail et de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) décident de l'attribution des crédits aux entreprises adaptées de leur département.

La répartition des financements aux établissements et services pour personnes handicapées - hors établissements et services financés par les conseils généraux ou l'Etat - est assurée par la CNSA qui, notamment sur la base des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie (PRIAC) proposés par les Directions régionales de l'action sanitaire et sociale (DRASS), alloue des enveloppes départementales provenant de l'ONDAM médico-social et de ressources issues de la Contribution solidarité autonomie (CSA) – 14 % en 2010 -.

L'Objectif national de dépenses de l'assurance maladie médico-social (ONDAM médico-social) est constitué des crédits de l'assurance maladie des établissements et services médico-sociaux gérés par la CNSA. Ces derniers sont arrêtés chaque année par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale.

Pour 2010, l'ONDAM médico-social pour personnes handicapées représente 7,9 milliards €, la contribution de la CNSA, 262 millions €. En 2010, l'Etat finance 1,4 milliard € pour le fonctionnement des ESAT et 42 millions d'euros pour celui des entreprises adaptées (subventions aux entreprises)⁶. Les conseils généraux pour leur part ont financé 3,8 milliards € en 2008.

A partir de 2010 les missions médico-sociales des DDASS et des DRASS entrent dans le champ de compétence des agences régionales de santé (ARS), et les DDTEFP sont intégrées dans les directions régionales des entreprises, de la concurrence et de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE).

⁶ L'Etat finance également la part de rémunération garantie des travailleurs handicapés (GRTH) (1,14 milliards €) dans les ESAT et une aide au poste qui aide à la rémunération (257 millions €) dans les entreprises adaptées.

Textes de références :

- Loi n°2008-13130 du 11 décembre 2008 pour la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2009
- Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) : Code de l'action sociale et des familles (L312-5-1)
- Arrêté ministériel du 20 mars 2009 qui fixe pour l'année 2009 « la contribution des régimes d'assurance maladie, l'objectif de dépenses et le montant total annuel des dépenses pour les établissements et services relevant de la CNSA mentionnés à l'article L. 314-3 du CASF et fixant le montant mentionné à l'article L. 314-3 -4 du même code »
- Décisions n°2009-01 du 30 mars 2009 et 2009-02 du 11 décembre 2009 fixant pour 2009 le montant des dotations départementales limitatives de dépenses mentionnées à l'article L.314-3-III du CASF.

Concepts liés :

- Concept 4.3 : Dispositifs de formation, d'insertion professionnelle et de maintien dans l'emploi des personnes handicapées
- Concept 4.6 : Entreprises adaptées et établissements et services d'aide par le travail
- Concept 8.1 : Aides à la personne à domicile
- Concept 8.2 : Services d'accompagnement pour adultes handicapés
- Concept 8.3 : Services de soins infirmiers à domicile
- Concept 8.4 : Etablissements et services pour enfants et adolescents handicapés
- Concept 8.5 : Etablissements pour adultes handicapés

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

9.3.1 Versements effectués par les caisses locales d'assurance maladie aux établissements et services pour personnes handicapées

Sommes versées par les caisses locales d'assurance maladie aux établissements et services qui relèvent du financement de l'Assurance maladie et de la CNSA pour enfants, adolescents, et adultes handicapés, au cours de l'année considérée.

Cet indicateur est disponible par catégorie d'établissement ou de service :

- pour enfants handicapés : IME, IPEAP, ITEP, IEM, IESDV, IESDA, instituts d'éducation sensorielle pour enfants sourds et/ou aveugles, SESSAD, CAMSP, CMPP
- pour adultes handicapés : FAM, MAS, SAMSAH, CRP, CPO, SSIAD pour personnes handicapées

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNSA	REBECA	Disponible sur le site internet de la CNSA		Annuelle
D	DDASS	Comptes administratifs des établissements et services médico-sociaux	Disponible sur demande auprès des DDASS		

9.3.2 Versements effectués par les conseils généraux aux établissements et services pour personnes handicapées

Sommes versées par les conseils généraux pour financer les établissements et services qui relèvent de leur financement au cours de l'année considérée.

Cet indicateur est disponible, sur demande auprès des conseils généraux*, par catégorie d'établissement ou service :

- pour les adultes handicapés : foyers d'hébergement, foyers de vie, FAM, SAMSAH, SAVS
- Pour les enfants handicapés : CAMSP

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, D	DREES	Enquête annuelle sur les dépenses de l'aide sociale départementale	Publication DREES - Série Statistiques « Dépenses de l'aide sociale départementale » *	Depuis 2002	Annuelle
D	Conseils généraux	Système de gestion des aides départementales	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

* La publication de la DREES ne contient pas le détail par catégorie d'établissement.

9.3.3 Versements de l'Etat aux ESAT

Sommes versées par les DDASS pour le financement des ESAT, une année donnée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNSA	REBECA	Disponible sur le site internet de la CNSA		Annuelle
R, D	DRASS, DDASS	Statiss	Documents STATISS régionaux uniquement		

9.3.4 Versements de l'Etat aux entreprises adaptées

Sommes versées par les DDTEFP pour le financement des entreprises adaptées, une année donnée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DGEFP	Subvention spécifique allouée aux entreprises adaptées	Publication DARES « Tableau de bord sur l'emploi et le chômage des personnes handicapées »		Annuelle
D			Disponible sur demande auprès des DDTEFP		

9.3.5 Nombre de personnes employées dans les établissements et services pour enfants ou adolescents handicapés par catégorie

Personnel en fonction au 31 décembre de l'année considérée, en effectif et en équivalent temps plein, pour chaque catégorie d'établissement ou service : IME, IPEAP, ITEP, IEM, IESDV, IESDA, instituts d'éducation sensorielle pour enfants sourds et/ou aveugles, SESSAD, CAMSP, CMPP.

Cet indicateur est notamment décliné selon :

- l'âge et le sexe,
- la fonction principale exercée (personnel de direction, de gestion et d'administration, personnel des services généraux, personnel d'encadrement sanitaire et social, personnel éducatif, pédagogique et social, personnel médical et paramédical, psychologue) et le sexe.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DREES	Enquête ES	Publication DREES - Série Statistiques « Les ESMS pour enfants et adolescents handicapés »	Tous les deux ans de 1985 à 1998, puis 2001 et 2006	A chaque enquête
R			Disponible sur demande auprès des DRASS		

9.3.6 Taux d'encadrement dans les établissements et services pour enfants ou adolescents handicapés par catégorie

Personnel en fonction au 31 décembre de l'année considérée en équivalent temps plein, divisé par le nombre de places installées au 31 décembre de l'année considérée, et multiplié par 100, pour chaque catégorie d'établissements ou de services : IME, IPEAP, ITEP, IEM, IESDV, IESDA, instituts d'éducation sensorielle pour enfants sourds et/ou aveugles, SESSAD, CAMSP, CMPP.

Cet indicateur est décliné selon la fonction principale exercée (personnel de direction, de gestion et d'administration, personnel des services généraux, personnel d'encadrement sanitaire et social, personnel éducatif, pédagogique et social, personnel médical, psychologue et personnel paramédical, candidats-élèves sélectionnés aux emplois éducatifs).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DREES	Enquête ES	Publication DREES - Série Statistiques « Les ESMS pour enfants et adolescents handicapés »	Tous les deux ans de 1985 à 1998, puis 2001 et 2006	A chaque enquête
R			Disponible sur demande auprès des DRASS		

9.3.7 Nombre de personnes employées dans les établissements et services pour adultes handicapés, par catégorie

Personnel en fonction au 31 décembre de l'année considérée, en effectif et en équivalent temps plein, pour chaque catégorie d'établissements ou de service : foyers d'hébergement, foyers de vie, FAM, MAS, ESAT, entreprises adaptées, SAVS, CRP.

Cet indicateur est notamment décliné selon :

- l'âge et le sexe,
- la fonction principale exercée (personnel de direction, de gestion et d'administration, personnel des services généraux, personnel d'encadrement sanitaire et social, personnel éducatif, pédagogique et social, personnel médical, psychologue et personnel) et le sexe.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DREES	Enquête ES	Publication DREES - Série Statistiques « Les EMS pour adultes handicapés »	Tous les deux ans de 1985 à 1998, puis 2001 et 2006	A chaque enquête
R			Disponible sur demande auprès des DRASS		

9.3.8 Taux d'encadrement dans les établissements et services pour adultes handicapés, par catégorie

Personnel en fonction au 31 décembre de l'année considérée en équivalent temps plein, divisé par le nombre de places installées au 31 décembre de l'année considérée, et multiplié par 100, pour chaque catégorie d'établissements ou de services : foyers d'hébergement, foyers de vie, FAM, MAS, ESAT, entreprises adaptées, SAVS, CRP.

Cet indicateur est décliné selon la fonction principale exercée (personnel de direction, de gestion et d'administration, personnel des services généraux, personnel d'encadrement sanitaire et social, personnel éducatif, pédagogique et social, personnel médical, psychologue et personnel paramédical, candidats-élèves sélectionnés aux emplois éducatifs).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DREES	Enquête ES	Publication DREES - Série Statistiques « Les EMS pour adultes handicapés »	Tous les deux ans de 1985 à 1998, puis 2001 et 2006	A chaque enquête
R			Disponible sur demande auprès des DRASS		

9.3.9 Nombre de personnes employées dans les établissements et services pour personnes handicapées relevant du champ de compétence de la CNSA et dans les ESAT

Personnel en fonction au 31 décembre de l'année considérée, en équivalent temps plein, pour chaque catégorie d'établissements ou de services recevant des personnes handicapées relevant du champ de compétence de la CNSA, et les ESAT : FAM, MAS, CRP, CPO, SAMSAH, SSIAD pour personnes handicapées, IME, IPEAP, ITEP, IEM, IESDV, IESDA, Instituts d'éducation sensorielle pour enfants sourds et/ou aveugles, SESSAD, CAMSP, CMPP, ESAT.

Cet indicateur est décliné selon la fonction principale exercée (personnel de direction, de gestion et d'administration, personnel des services généraux, personnel d'encadrement sanitaire et social, personnel éducatif, pédagogique et social, personnel médical, psychologue et personnel).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNSA	REBECA	Disponible sur le site internet de la CNSA		Annuelle
D	DDASS	Comptes administratifs des établissements et services médico-sociaux	Disponible sur demande auprès des DDASS		

9.3.10 Taux d'encadrement dans les établissements et services pour personnes handicapées relevant du champ de compétence de la CNSA et dans les ESAT

Personnel en fonction dans les établissements et services au 31 décembre de l'année considérée en équivalent temps plein, divisé par le nombre de places installées au 31 décembre de l'année considérée, et multiplié par 100, pour chaque catégorie d'établissements ou de services relevant du champ de compétence de la CNSA, et pour les ESAT: FAM, MAS, CRP, SAMSAH, SSIAD pour personnes handicapées, IME, IPEAP, ITEP, IEM, IESDV, IESDA, Instituts d'éducation sensorielle pour enfants sourds et/ou aveugles, SESSAD, CAMSP, CMPP, ESAT.

Cet indicateur est décliné selon la fonction principale exercée (personnel de direction, de gestion et d'administration, personnel des services généraux, personnel d'encadrement sanitaire et social, personnel éducatif, pédagogique et social, personnel médical, psychologue et personnel).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNSA	REBECA	Disponible sur le site internet de la CNSA		Annuelle
D	DDASS	Comptes administratifs des établissements et services médico-sociaux	Disponible sur demande auprès des DDASS		

INTERETS, LIMITES

9.3.1 à 9.3.4

- En cumulant pour un département donné les versements effectués par l'Assurance maladie (indicateur 9.3.1), les conseils généraux (indicateur 9.3.2) et l'Etat (indicateurs 9.3.3 et 9.3.4), on obtient l'ensemble des financements publics pour le fonctionnement des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées, à l'exception - très minoritaire - des Instituts éducatifs, thérapeutiques et pédagogiques (ITEP) pour ce qui concerne leur part conventionnée avec la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).
- On peut calculer pour ces différents indicateurs une dépense publique totale par habitant de moins de 60 ans à l'échelon départemental : cet indicateur doit être analysé avec précaution. Il doit être confronté au taux d'équipement, et à l'accueil de personnes handicapées issues d'autres départements...

9.3.1 Les établissements médico-sociaux pour enfants handicapés sont financés par l'Assurance maladie et la CNSA, non compris les postes d'enseignants mis à disposition par le Ministère de l'Éducation. Les établissements pour adultes handicapés sont financés pour certains à la fois par l'assurance maladie, la CNSA et les conseils généraux. Cet indicateur ne retrace que la part des financements qui relèvent de l'assurance maladie et la CNSA. REBECA donne une information nationale tous régimes, mais dépend de l'exhaustivité des informations saisies par les DDASS.

9.3.2 Les établissements pour adultes handicapés étant financés à la fois par l'Assurance maladie, la CNSA et les conseils généraux, cet indicateur ne retrace que la part des financements supportés par les conseils généraux.

9.3.3 Ces données sont parfois publiées dans les STATISS régionaux. REBECA donne une information nationale tous régimes, mais dépend de l'exhaustivité des informations saisies par les DDASS.

9.3.6 et **9.3.8** Les disparités de taux d'encadrement entre établissements peuvent être importantes selon la catégorie et le type de prestations offertes. Les comparaisons entre établissements ne peuvent prendre du sens que pour des équipements offrant des prestations de nature équivalente. En 2006, les taux d'encadrement varient en moyenne de 45 ETP pour 100 personnes accueillies en foyer d'hébergement à plus de 100 ETP pour 100 places dans les MAS.

9.3.5 à **9.3.10** Deux sources de données sont disponibles concernant les effectifs et les taux d'encadrement en personnel dans les établissements et services pour personnes handicapées : l'enquête ES permet de disposer de ces données pour l'ensemble des établissements et services, quelle que soit leur source de financement, mais la périodicité de cette enquête n'est pas régulière. L'application REBECA concerne quant à elle exclusivement les établissements et services financés ou cofinancés par la CNSA et les ESAT. Les données qui en sont issues sont disponibles annuellement.

REBECA donne une information nationale tous régimes, mais dépend de l'exhaustivité des informations saisies par les DDASS.

SOURCES DE DONNEES

- S3. REmonté des Budgets Exécutoires et de Comptes Administratifs - REBECA (CNSA)
- S13. Enquêtes annuelles sur les bénéficiaires et les dépenses d'aide sociale (DREES)
- S15. Enquête « Etablissements sociaux et médico-sociaux » - ES (DREES)
- S26. Subvention spécifique allouée aux entreprises adaptées (DGEFP)
- S87. Système de gestion des aides départementales (Conseils généraux)
- S92. Comptes administratifs des établissements et services médico-sociaux (DDASS)

CONCEPT 9.4 : ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES

DEFINITIONS ET REFERENCES

Les établissements et services pour personnes âgées dépendantes sont financés par l'Assurance maladie, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et les conseils généraux, conjointement ou exclusivement :

- les ressources des **services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** pour personnes âgées proviennent de l'Assurance maladie et de la CNSA. Les versements sont effectués par les Caisses locales d'assurance maladie des différents régimes à proportion de leurs assurés ;
- les **établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)** sont financés par l'Assurance maladie et la CNSA pour le budget relatif aux soins et par le conseil général pour le budget dépendance. Le cas échéant, en cas de recours à l'aide sociale départementale, le conseil général finance également une partie de l'hébergement. La part des financements de l'assurance maladie et de la CNSA est versée par les caisses locales d'assurance maladie des différents régimes à proportion de leurs assurés ;
- les unités de soins de longue durée (**USLD**) sont financées par l'assurance maladie pour le budget relatif aux soins et par le conseil général pour le budget dépendance. Le cas échéant, en cas de recours à l'aide sociale départementale, le conseil général finance également une partie de l'hébergement.

L'allocation des ressources aux différents établissements et services médico-sociaux se structure de la manière suivante :

- S'agissant des **SSIAD** pour personnes âgées, les Directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS) ont pour mission de déterminer les ressources financières nécessaires au fonctionnement de ces structures, en fixant une dotation globale dans la limite de leur enveloppe départementale ;
- S'agissant des **EHPAD** financés conjointement par l'assurance maladie, la CNSA et les conseils généraux, la DDASS du département et le conseil général concerné définissent pour le fonctionnement de chaque établissement un budget global. La répartition dépend de la nature et la qualification des emplois et un arrêté précise l'apport de chaque financeur ;
- S'agissant des **USLD** financées conjointement par l'assurance maladie et les conseils généraux, un arrêté conjoint de l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) et du conseil général fixe le budget global de ces établissements.

La participation financière de l'assurance maladie, de la CNSA et du conseil général ne couvre toutefois qu'une partie des dépenses engagées : les résidents gardent en effet à leur charge les dépenses d'hébergement et le ticket modérateur du budget dépendance. Lorsque les résidents ne disposent pas de revenus suffisants pour supporter le coût d'hébergement, ils peuvent demander le concours de l'aide sociale départementale, financée par les conseils généraux.

La répartition des financements aux établissements et services pour personnes âgées - hors budgets financés par les conseils généraux - est assurée par la CNSA qui, notamment sur la base des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) proposés par les Directions régionales de l'action sanitaire et sociale (DRASS), alloue des enveloppes départementales provenant de l'ONDAM médico-social et de ressources issues de la contribution solidarité autonomie (CSA) - 40 % en 2010 -.

L'Objectif national de dépenses de l'assurance maladie médico-social (ONDAM médico-social) est constitué des crédits de l'Assurance maladie des établissements et services médico-sociaux gérés par la CNSA. Ces derniers sont arrêtés chaque année par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale.

Pour 2010, l'ONDAM médico-social pour personnes âgées représente 7 milliards €¹, la contribution de la CNSA, 912 millions €. L'Assurance maladie finance en outre 1,3 milliard € au titre des USLD. 3,8 milliards € sont consacrés par les conseils généraux aux personnes âgées vivant en établissement ou en famille d'accueil en 2008 : 1,7 milliards € à travers l'APA en établissement et un peu plus de 2 milliards € au titre de l'hébergement en établissement pour les personnes qui relèvent de l'aide sociale⁴.

A partir de 2010 les missions médico-sociales des DDASS et des DRASS entrent dans le champ de compétence des agences régionales de santé (ARS).

Textes de références :

- Loi n°2008-13130 du 11 décembre 2008 pour la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2009
- Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) : Code de l'action social et des familles (L 312-5-1)
- Arrêté ministériel du 20 mars 2009 qui fixe pour 2009 « la contribution des régimes d'assurance maladie, l'objectif de dépenses et le montant total annuel des dépenses pour les établissements et services relevant de la CNSA mentionnés à l'article L. 314-3 du CASF et fixant le montant mentionné à l'article L. 314-3 -4 du même code »
- Décisions n°2009-01 du 30 mars 2009 et 2009-02 du 11 décembre 2009 fixant pour 2009 le montant des dotations départementales limitatives de dépenses mentionnées à l'article L.314-3-III du CASF

Concepts liés :

- Concept 7.4 : Bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)
- Concept 8.1 : Aides à la personne à domicile
- Concept 8.3 : Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
- Concept 8.6 : Structures d'accueil et d'accompagnement pour personnes âgées

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

9.4.1 Versements effectués par les caisses locales d'assurance maladie aux EHPAD

Sommes versées par les caisses locales d'assurance maladie pour le budget « soins » des EHPAD, pour une année donnée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNAMTS	Versements aux établissements de santé et médico-sociaux	Disponible sur demande auprès de la CNAMTS		
D	DDASS	Comptes administratifs des établissements et services médico-sociaux	Disponible sur demande auprès des DDASS		

9.4.2 Versements effectuées par les caisses locales d'assurance maladie aux SSIAD pour personnes âgées

Sommes versées par les caisses locales d'assurance maladie aux SSIAD pour personnes âgées, pour une année donnée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNSA	REBECA	Disponible sur le site internet de la CNSA		Annuelle
D	DDASS	Comptes administratifs des établissements et services médico-sociaux	Disponible sur demande auprès des DDASS		

9.4.3 Versements effectuées par les caisses locales d'assurance maladie aux USLD

Sommes versées par les caisses locales d'assurance maladie pour le budget « soins » des USLD, pour une année donnée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNAMTS	Versements aux établissements de santé et médico-sociaux	Disponible sur demande auprès de la CNAMTS		
D	DDASS	Comptes administratifs des établissements et services médico-sociaux	Disponible sur demande auprès des DDASS		

9.4.4 Versements effectués par les conseils généraux au titre de l'APA en établissement

Sommes versées par les conseils généraux au titre de l'APA en établissement, pour une année donnée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FE, D	DREES	Enquête annuelle sur les dépenses d'aide sociale départementale	Publication DREES - Série Statistiques « Dépenses d'aide sociale départementale »	Depuis 2002	Annuelle
D	Conseils généraux	Système de gestion des aides départementales	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

9.4.5 Versements effectués par les conseils généraux au titre de l'aide sociale aux personnes âgées

Sommes versées par les conseils généraux au titre de l'aide sociale aux personnes âgées en établissement et à domicile, pour une année donnée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE, D	DREES	Enquête annuelle sur les dépenses d'aide sociale départementale	Publication DREES - Série Statistiques « Dépenses d'aide sociale départementale »	Depuis 2002	Annuelle
D	Conseils généraux	Système de gestion des aides départementales	Selon disponibilité auprès des conseils généraux		

9.4.6 Nombre de personnes employées dans les établissements pour personnes âgées dépendantes, par catégorie d'établissements

Personnel en fonction au 31 décembre de l'année considérée, en effectif et en équivalent temps plein, pour les EHPAD et les USLD.

Cet indicateur est notamment décliné selon la fonction exercée (personnel de direction, personnel des services généraux, personnel éducatif, social et d'animation, personnel médical, personnel paramédical ou soignant, agent de service) et le sexe.

Niveau territorial	Opérateur	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques disponibles	Fréquence de publication
FE	DREES	Enquête EHPA	Publication DREES - Série Statistiques « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées : activité et personnel »	Tous les deux ans de 1985 à 1996, puis 2003 et 2007	A parution de chaque enquête
R, D			Disponible sur demande auprès des DRASS		

9.4.7 Taux d'encadrement dans les établissements pour personnes âgées dépendantes, par catégorie d'établissements

Personnel en fonction au 31 décembre de l'année considérée en équivalent temps plein (indicateur 9.4.6), divisé par le nombre de lits ou places installés au 31 décembre de l'année considérée, et multiplié par 100, pour les EHPAD et les USLD.

Cet indicateur est décliné selon la fonction exercée (personnel de direction, personnel des services généraux, personnel éducatif, social et d'animation, personnel médical, personnel paramédical ou soignant, agent de service).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	DREES	Enquête EHPA	Publication DREES - Série Statistiques « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées : activité et personnel »	Tous les deux ans de 1985 à 1996, puis 2003 et 2007	A parution de chaque enquête
R, D			Disponible sur demande auprès des DRASS		

9.4.8 Nombre de personnes employées dans les SSIAD pour personnes âgées

Personnel en fonction dans les SSIAD au 31 décembre de l'année considérée, en équivalent temps-plein.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNSA	REBECA	Disponible sur le site internet de la CNSA		Annuelle
D	DDASS	Comptes administratifs des établissements et services médico-sociaux	Disponible sur demande auprès des DDASS		

9.4.9 Taux d'encadrement dans les SSIAD pour personnes âgées

Personnel en fonction au 31 décembre de l'année considérée, en équivalent temps-plein (indicateur 9.4.8), divisé par le nombre de places installées au 31 décembre de l'année considérée, et multiplié par 100, dans les SSIAD pour personnes âgées.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	CNSA	REBECA	Disponible sur le site internet de la CNSA		Annuelle
D	DDASS	Comptes administratifs des établissements et services médico-sociaux	Disponible sur demande auprès des DDASS		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

Le financement des EHPAD et des USLD est décomposé en trois parties :

- l'hébergement, à la charge des familles, ou de l'aide sociale lorsque les résidents ne disposent pas des ressources suffisantes,
- le budget « soins », financé par l'Assurance maladie, qui comprend l'ensemble des prestations de soins techniques et de soins de base : prestations médicales et paramédicales pour la prise en charge des affections somatiques et psychiques, et prestations paramédicales pour les soins liés à l'état de dépendance des personnes accueillies,
- le budget « dépendance », qui comprend les prestations d'aide et de surveillance liées à l'état de dépendance : personnel assurant l'aide et le soutien aux personnes âgées dépendantes, surcoût de fournitures et de prestations hôtelières (lingerie, changes, dépenses d'entretien...), matériel et mobilier permettant la prise en charge de la dépendance et la prévention de son aggravation. Ces dépenses sont supportées par les conseils généraux, dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), avec une participation des résidents qui est fonction de leurs ressources.

9.4.1 **9.4.2** Ces indicateurs ne concernent que les financements du budget « soins ». Les indicateurs concernant les dépenses d'hébergement et le ticket modérateur du budget dépendance (ou « reste à charge » des familles) ne sont pas présentés ici, en l'absence de source d'information identifiée. Le budget dépendance est présenté dans l'indicateur 9.4.4.

Suite à la réforme de la tarification de ces établissements, ces indicateurs ont connu des variations importantes au cours des années récentes, par transformation notamment d'une partie des capacités d'USLD en EHPAD. La constitution de séries peut s'avérer difficile.

9.4.1 Les versements effectués par les caisses locales d'assurance maladie pour le budget soins ne prennent pas en compte l'ensemble des dépenses de soins des résidents (consultations médicales et paramédicales, analyses biologiques, imagerie, médicaments...), quand l'établissement a opté pour le forfait partiel (par opposition au forfait global qui comprend toutes les dépenses du budget soins).

9.4.4 Les versements au titre de l'APA en établissement permettent de mesurer la part du financement public (conseils généraux) dans le budget dépendance des EHPAD. Reste la part à la charge des familles qui s'ajoute pour obtenir le budget dépendance.

9.4.5

- Les versements effectués par le conseil général au titre de l'aide sociale aux personnes âgées à domicile ne concernent que les personnes de GIR 5 et 6, et dont les ressources ne dépassent pas l'allocation de solidarité vieillesse (ex minimum vieillesse).
- L'aide sociale en établissement concerne toutes les personnes âgées dépendantes ou autonomes (GIR1 à 6).

SOURCES DE DONNEES

S3. REmonté des Budgets Exécutoires et de Comptes Administratifs - REBECA (CNSA)

S13. Enquêtes annuelles sur les bénéficiaires et les dépenses d'aide sociale (DREES)

S14. Enquête « Etablissements d'hébergement pour personnes âgées » - EHPA (DREES)

S70. Versements aux établissements de santé et médico-sociaux (CNAMTS)

S87. Système de gestion des aides départementales (Conseils généraux)

S92. Comptes administratifs des établissements et services médico-sociaux (DDASS)

CONCEPT 9.5 : CONTRIBUTIONS DES ENTREPRISES ET DES INSTITUTIONS PUBLIQUES DANS LE CADRE DE L'OBLIGATION D'EMPLOI DE TRAVAILLEURS HANDICAPES (OETH) ET AIDES ATTRIBUEES

DEFINITIONS ET REFERENCES

Dès lors qu'il emploie 20 salariés ou plus tout employeur du secteur privé et tout établissement public à caractère industriel et commercial est tenu d'employer des travailleurs handicapés ou assimilés, dans une proportion de 6 % de son effectif salarié. L'employeur peut néanmoins se libérer de son obligation d'emploi en versant une contribution financière annuelle, pour chacun des bénéficiaires qu'il aurait dû employer.

Les entreprises privées versent les contributions à l'**Association pour la gestion du fonds d'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH)**, institution créée par la loi du 10 juillet 1987, qui a instauré l'obligation d'emploi. Des coefficients de minoration sont appliqués aux contributions financières dues, au titre des efforts consentis par l'employeur en matière de maintien dans l'emploi ou de recrutement direct de bénéficiaires de l'obligation d'emploi, ou encore au titre des emplois exigeant des conditions d'aptitude particulières occupés par des salariés de l'établissement. 55 % des 106 000 établissements assujettis ont versé en 2007 une contribution à l'AGEFIPH, une entreprise sur quatre n'employant aucun travailleur handicapé.

En 2007, le taux d'emploi direct de travailleurs handicapés dans les entreprises privées assujetties est de 2,3 %. 600 millions d'euros ont été collectés auprès des entreprises. Cette ressource est en forte augmentation suite aux modifications introduites par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 qui a élargi le nombre d'entreprises assujetties à l'obligation d'emploi.

Les ressources disponibles sont majoritairement redistribuées sous forme d'aides directes aux personnes handicapées ou aux entreprises. Elles servent à mener des actions d'accompagnement des personnes handicapées ou des entreprises : plus de la moitié des interventions effectuées concernent des actions de formation (bilan, évaluation, orientation professionnelle, mobilisation, remise à niveau, pré-qualification...), un tiers permet de financer des actions d'insertion et de maintien dans l'emploi, et le reste est destiné à la compensation des situations de handicap (aides techniques, aides humaines, aides à la mobilité, aménagement des postes de travail...).

Les établissements publics versent les contributions au **Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)**, qui a été créée en 2006. Parmi les 10 000 établissements publics assujettis en 2006, 6 600 ont contribué au FIPHFP.

Le taux d'emploi direct de travailleurs handicapés pour l'ensemble des employeurs publics est passé de 3,7 % en 2005 à près de 4,4 % en 2008. 145,5 millions d'euros ont été prélevés auprès des employeurs publics concernés en 2008 (47,7 millions provenant de la fonction publique d'Etat, 57,5 millions des collectivités territoriales et 40,2 millions de la fonction publique hospitalière).

Le FIPHFP finance au cas par cas des aides techniques et humaines qui permettent aux employeurs publics de favoriser l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées. Ces crédits permettent de financer des adaptations des postes de travail, la rémunération d'agents chargés d'accompagner une personne handicapée, des aides consacrées à l'amélioration des conditions de vie, de la formation et de l'information des travailleurs handicapés, des dépenses d'études, de formation et d'information des personnels, des outils de recensement des bénéficiaires de l'obligation d'emploi... L'aménagement des postes de travail représente la plus grande partie des aides accordées ainsi que le financement de prothèses auditives. Viennent ensuite les aides versées pour couvrir la prise en charge des services d'auxiliaires de vie.

Les employeurs publics comme les entreprises privées peuvent tous bénéficier des financements du FIPHFP ou de l'AGEFIPH, y compris ceux qui ne sont pas soumis à l'obligation d'emploi parce qu'ils emploient moins de 20 salariés.

Concepts liés :

- Concept 4.5 : Obligation d'emploi des travailleurs handicapés

INDICATEURS

FE : France entière ; FM : France métropolitaine ; R : régions ; D : départements ; ID : infra-départemental

9.5.1 Contributions versées par les entreprises du secteur privé à l'AGEFIPH

Montant des contributions versées à l'AGEFIPH par les établissements du secteur privé de 20 salariés ou plus, une année donnée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	AGEFIPH	Rapports annuels de l'AGEFIPH	Publication AGEFIPH « Les personnes handicapées et l'emploi. Chiffres clés »	Les 5 dernières années	Annuelle
FE			Rapport annuel de l'AGEFIPH	Dernière année de diffusion	Annuelle
R			Rapport annuel de l'AGEFIPH par région	Dernière année de diffusion	Annuelle

9.5.2 Contributions versées par les employeurs publics au FIPHP

Montant des contributions versées au FIPHP par les employeurs publics de 20 salariés ou plus, une année donnée.

Cet indicateur est décliné pour les trois fonctions publiques (fonction publique d'Etat, fonction publique hospitalière, fonction publique territoriale).

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	FIPHP	Déclaration annuelle du FIPHP	Publication AGEFIPH « Les personnes handicapées et l'emploi. Chiffres clés »	Dernière année de diffusion	Annuelle
FE, R			Rapport annuel du FIPHP	Dernière année de diffusion	Annuelle

9.5.3 Financements attribués par l'AGEFIPH par domaines d'interventions

Sommes versées par l'AGEFIPH par domaines d'interventions (mobilisation du monde économique, formation, compensation du handicap, insertion et maintien dans l'emploi, support aux interventions, prime à l'insertion, aide à l'emploi, prime initiative emploi, fonctionnement interne) et mesures détaillées, une année donnée.

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	AGEFIPH	Rapports annuels de l'AGEFIPH	Rapport annuel de l'AGEFIPH	Dernière année de diffusion	Annuelle
R			Rapport annuel de l'AGEFIPH par région et sur demande auprès des directions régionales AGEFIPH pour obtenir le détail par domaines d'interventions et mesures détaillées	Dernière année de diffusion	Annuelle

9.5.4 Financements attribués par le FIPHP

Sommes versées par le FIPHP (dépenses de fonctionnement et crédits d'intervention), une année donnée

Niveau territorial	Organisme	Nom de la source	Accès aux données	Séries statistiques	Fréquence de publication
FE	FIPHP	Déclaration annuelle du FIPHP	Rapport annuel du FIPHP	Dernière année de diffusion	Annuelle
R			Disponible sur demande auprès du FIPHP		

INTERETS, LIMITES

Remarques générales

L'effectif d'assujettissement comprend globalement l'ensemble des effectifs permanents de l'établissement au 31 décembre de l'année de contribution, y compris les CDD et intérimaires (pour cause de surcroît d'activité) au prorata du temps de travail.

Le calcul du seuil des 20 salariés s'effectue de la manière suivante : Effectif d'assujettissement = nombre de CDI temps plein + nombre EQTP des CDI temps partiels + nombre EQTP des CDD et intérimaires y compris les ECAP (Emplois exigeant des Conditions d'Aptitudes Particulières).

Les entreprises qui ont atteint le seuil de 20 salariés dans l'année ont un délai de 3 ans pour se mettre en conformité avec l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés.

9.5.1 **9.5.3** La loi du 11 février 2005 a profondément modifié les modalités de calcul des contributions des entreprises ce qui a provoqué une hausse sensible des contributions à l'AGEFIPH en 2007 par rapport à 2006.

9.5.2 **9.5.4** L'année 2006 est la première année d'exercice budgétaire du FIPHFP. Elle a permis la mise en place du fonds et de ses instances de gouvernance, l'encaissement des premières cotisations, et la mise en place des processus et outils permettant d'instruire les premières aides aux employeurs. Un catalogue des aides techniques et humaines proposées aux employeurs existe depuis 2007. Les données détaillées par type d'intervention seront disponibles dans les versions ultérieures du rapport annuel du FIPHFP.

Les crédits d'intervention du FIPHFP engagés en faveur de l'embauche de personnes handicapées ont représenté 168 millions d'euros en 2008, contre seulement 24 millions en 2006 et 2007 sur les dix-huit premiers mois de fonctionnement. Néanmoins, l'utilisation de ces crédits nécessitant un conventionnement entre le FIPHFP et les établissements publics, près de 3 600 personnes handicapées ont bénéficié d'un soutien financier du FIPHFP, pour un montant total de 3 millions d'euros. Il en résulte un montant de réserves cumulées, depuis la création du fonds en 2006, qui atteint 260,8 millions d'euros à la fin de 2008.

SOURCES DE DONNEES

S48. Déclaration annuelle du FIPHFP (FIPHFP)

S71. Rapports annuels de l'AGEFIPH (AGEFIPH)

Annexes

LISTE DES INDICATEURS

DESCRIPTIF DES SOURCES DE DONNEES

LISTE DES SIGLES

Liste des indicateurs

Thématique 1 : Connaissance des publics en situation de handicap et de dépendance

CONCEPT 1.1 : CONNAISSANCE DES PUBLICS DU POINT DE VUE DES ALTERATIONS DE FONCTIONS : LES DEFICIENCES

- 1.1.1 Nombre de personnes déclarant des déficiences par grands types de déficiences
- 1.1.2 Taux de prévalence par grands types de déficiences
- 1.1.3 Nombre de personnes déficientes selon l'origine de la déficience
- 1.1.4 Taux de prévalence des déficiences selon l'origine de la déficience
- 1.1.5 Taux de prévalence des déficiences sévères chez l'enfant dans sa huitième année

CONCEPT 1.2 : CONNAISSANCE DES PUBLICS DU POINT DE VUE DES LIMITATIONS D'ACTIVITES

- 1.2.1 Taux de personnes déclarant être limitées dans leurs activités
- 1.2.2 Taux de personnes déclarant ne pouvoir réaliser sans aide certaines activités de la vie quotidienne
- 1.2.3 Taux de personnes selon le degré de dépendance mesuré par l'indicateur de Katz
- 1.2.4 Nombre de personnes dépendantes selon l'indicateur de Katz
- 1.2.5 Nombre de personnes âgées de 60 ans et plus selon leur groupe iso-ressources (GIR)
- 1.2.6 Nombre de personnes âgées de 60 ans et plus potentiellement dépendantes selon le groupe iso-ressource (GIR)

CONCEPT 1.3 : POPULATION CONNUE DES DISPOSITIFS

- 1.3.1 Proportion de personnes ayant une reconnaissance d'un handicap
- 1.3.2 Nombre de personnes ayant déposé au moins une demande à la MDPH
- 1.3.3 Nombre de personnes ayant bénéficié d'un moins un accord de la CDAPH
- 1.3.4 Nombre moyen de demandes déposées à la MDPH par personne
- 1.3.5 Nombre moyen d'accords pris par la CDAPH par personne
- 1.3.6 Nombre de personnes titulaires de la carte d'invalidité
- 1.3.7 Nombre de personnes titulaires de la carte de priorité pour personne handicapée
- 1.3.8 Nombre de personnes titulaires de la carte de stationnement

Thématique 2 : Dispositifs d'accueil, d'évaluation et de suivi

CONCEPT 2.1 : MAISONS DEPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPEES (MDPH)

- 2.1.1 Nombre d'accueils
- 2.1.2 Nombre de demandes déposées
- 2.1.3 Stock de demandes déposées
- 2.1.4 Part des premières demandes dans le total des demandes déposées
- 2.1.5 Taux de demandes pour mille habitants par type de demande
- 2.1.6 Nombre de décisions prises
- 2.1.7 Taux d'accord
- 2.1.8 Nombre d'éléments de prestation de compensation (PCH) attribuées
- 2.1.9 Délai moyen de traitement des demandes (en nombre de mois)
- 2.1.10 Répartition des évaluations réalisées sur dossier, sur le lieu de vie, à la MDPH
- 2.1.11 Nombre de plans personnalisés de compensation (PPC) proposés à la CDAPH
- 2.1.12 Nombre de projets personnalisés de scolarisation (PPS) proposés à la CDAPH
- 2.1.13 Nombre de projets de vie exprimés
- 2.1.14 Nombre de recours gracieux
- 2.1.15 Nombre de recours contentieux
- 2.1.16 Taux de recours déposés auprès de la MDPH
- 2.1.17 Nombre d'interventions du fonds départemental de compensation

CONCEPT 2.2 : CONSEILS GENERAUX : EQUIPES MEDICO-SOCIALES APA

- 2.2.1 Nombre trimestriel de décisions favorables d'APA
- 2.2.2 Part des premières demandes parmi les décisions favorables d'APA
- 2.2.3 Nombre trimestriel de décisions rendues à la suite d'une première demande d'APA
- 2.2.4 Taux d'acceptation des premières demandes d'APA
- 2.2.5 Nombre de demandes d'APA déposées
- 2.2.6 Nombre annuel d'évaluations réalisées sur le lieu de vie par les EMS APA

CONCEPT 2.3 : CENTRES D'INFORMATION ET DE COORDINATION DES INTERVENTIONS GERONTOLOGIQUES

- 2.3.1 Nombre de CLIC
- 2.3.2 Part des habitants de 60 ans et plus couverts par un CLIC

CONCEPT 2.4 : CENTRES DE RESSOURCES, CENTRES DE REFERENCE ET DE COMPETENCES

- 2.4.1 Nombre de centres de ressources autisme
- 2.4.2 Nombre de centres de référence labellisés pour la prise en charge d'une maladie rare
- 2.4.3 Nombre de centres de référence pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage
- 2.4.4 Nombre de centres de ressources et de compétences de la mucoviscidose

Thématique 3 : Scolarisation et formation

CONCEPT 3.1 : ELEVES HANDICAPES SCOLARISES DANS LES ECOLES DU PREMIER DEGRE

- 3.1.1 Nombre d'élèves handicapés scolarisés dans les écoles du premier degré
- 3.1.2 Proportion d'élèves handicapés parmi les élèves du premier degré
- 3.1.3 Nombre d'élèves handicapés scolarisés individuellement dans les écoles du premier degré (dans une classe ordinaire)
- 3.1.4 Nombre d'élèves scolarisés collectivement en CLIS
- 3.1.5 Nombre de CLIS
- 3.1.6 Nombre de postes d'enseignants affectés en CLIS dans les écoles publiques du premier degré

CONCEPT 3.2 : ELEVES HANDICAPES SCOLARISES DANS LES ETABLISSEMENTS DU SECOND DEGRE

- 3.2.1 Nombre d'élèves handicapés scolarisés dans les établissements du second degré
- 3.2.2 Proportion d'élèves handicapés parmi les élèves du second degré
- 3.2.3 Nombre d'élèves handicapés scolarisés individuellement dans les établissements du second degré (en classe ordinaire)
- 3.2.4 Nombre d'élèves scolarisés collectivement en UPI
- 3.2.5 Nombre d'UPI
- 3.2.6 Nombre de postes d'enseignants affectés en UPI dans les établissements publics du second degré

CONCEPT 3.3 : ACCOMPAGNEMENT DES ELEVES HANDICAPES SCOLARISES DANS LES ECOLES ET LES ETABLISSEMENTS DU SECOND DEGRE

- 3.3.1 Pourcentage d'élèves handicapés scolarisés bénéficiant d'un accompagnement par un auxiliaire de vie scolaire
- 3.3.2 Nombre d'élèves handicapés en attente d'un accompagnement par un auxiliaire de vie scolaire individuel (AVS-i)
- 3.3.3 Nombre d'ETP occupés d'auxiliaires de vie scolaire individuels
- 3.3.4 Pourcentage d'élèves handicapés scolarisés individuellement bénéficiant de l'aide d'un enseignant spécialisé
- 3.3.5 Nombre de postes d'enseignants référents dans les écoles et les établissements scolaires publics
- 3.3.6 Nombre d'élèves handicapés par enseignant référent dans les écoles et les établissements scolaires publics
- 3.3.7 Pourcentage d'élèves handicapés scolarisés bénéficiant d'un matériel pédagogique adapté

CONCEPT 3.4 : ELEVES HANDICAPES SCOLARISES DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET DANS LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX

- 3.4.1 Nombre d'établissements médico-sociaux et d'établissements de santé disposant d'une unité d'enseignement (UE)
- 3.4.2 Nombre d'élèves scolarisés au titre de l'UE d'un établissement médico-social
- 3.4.3 Pourcentage des élèves scolarisés au titre de l'UE d'un établissement médico-social et bénéficiant simultanément d'une scolarisation dans un établissement scolaire
- 3.4.4 Nombre d'élèves scolarisés au titre de l'UE d'un établissement de santé
- 3.4.5 Nombre d'ETP d'enseignants de l'Education nationale affectés dans les UE des établissements médico-sociaux et des établissements de santé

CONCEPT 3.5 : PERSONNES HANDICAPEES EN APPRENTISSAGE

- 3.5.1 Nombre de contrats d'apprentissage bénéficiant d'un financement de l'AGEFIPH
- 3.5.2 Proportion de contrats d'apprentissage bénéficiant d'un financement de l'AGEFIPH
- 3.5.3 Régions disposant d'un dispositif d'accompagnement des personnes en situation de handicap

CONCEPT 3.6 : ETUDIANTS HANDICAPES

- 3.6.1 Nombre d'étudiants handicapés
- 3.6.2 Pourcentage d'étudiants handicapés

CONCEPT 3.7 : ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPES NON SCOLARISES

- 3.7.1 Nombre d'enfants et adolescents accueillis en établissement médico-social et non scolarisés
- 3.7.2 Nombre d'enfants et adolescents, vivant à domicile et présentant des incapacités, non scolarisés

Thématique 4 : Emploi, activité professionnelle

CONCEPT 4.1 : TRAVAILLEURS HANDICAPES

- 4.1.1 Nombre estimé de personnes âgées de 15 à 64 ans ayant au moins un problème de santé depuis plus de 6 mois et des difficultés importantes vis-à-vis du travail
- 4.1.2 Nombre estimé de personnes âgées de 15 à 64 ans reconnues travailleurs handicapés
- 4.1.3 Nombre de personnes reconnues « travailleur handicapé » par une RQTH

CONCEPT 4.2 : SITUATION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES HANDICAPEES

- 4.2.1 Taux d'emploi estimé des personnes reconnues travailleurs handicapés ou déclarant un problème de santé durable
- 4.2.2 Taux d'emploi estimé des personnes reconnues travailleurs handicapés
- 4.2.3 Taux de chômage estimé des personnes reconnues travailleurs handicapés ou déclarant un problème de santé durable
- 4.2.4 Taux de chômage estimé des personnes reconnues travailleurs handicapés
- 4.2.5 Nombre de demandeurs d'emploi en fin de mois reconnus travailleurs handicapés
- 4.2.6 Part des demandeurs d'emploi reconnus travailleurs handicapés dans la demande d'emploi en fin de mois
- 4.2.7 Taux d'activité professionnelle estimé des personnes reconnues travailleurs handicapés ou déclarant un problème de santé durable
- 4.2.8 Taux d'activité professionnelle estimé des personnes reconnues travailleurs handicapés

CONCEPT 4.3 : DISPOSITIFS DE FORMATION, D'INSERTION PROFESSIONNELLE ET DE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

- 4.3.1 Nombre de demandeurs d'emploi reconnus travailleurs handicapés ayant suivi une prestation d'accompagnement et/ou d'évaluation par Pôle emploi
- 4.3.2 Nombre de sorties vers l'emploi des travailleurs handicapés inscrits à Pôle emploi
- 4.3.3 Nombre de travailleurs handicapés accueillis par le réseau des Cap Emploi
- 4.3.4 Nombre de placements de travailleurs handicapés réalisés par le réseau des Cap Emploi
- 4.3.5 Nombre de personnes reçues par les SAMETH
- 4.3.6 Nombre de dossiers individuels fermés par les SAMETH
- 4.3.7 Taux de maintien dans l'emploi grâce à l'intervention des SAMETH
- 4.3.8 Nombre d'établissements et services de réinsertion professionnelle
- 4.3.9 Capacité d'accueil des établissements et services de réinsertion professionnelle
- 4.3.10 Nombre de personnes handicapées ayant suivi une formation au sein d'un CRP
- 4.3.11 Taux de sortie à l'emploi des personnes handicapées ayant suivi une formation au sein d'un CRP
- 4.3.12 Proportion de personnes handicapées ayant obtenu un diplôme après avoir suivi une formation au sein d'un CRP
- 4.3.13 Nombre de personnes handicapées ayant suivi une formation à l'AFPA

CONCEPT 4.4 : AIDES A L'INSERTION PROFESSIONNELLE ET AU MAINTIEN DANS L'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPEES

- 4.4.1 Nombre de travailleurs handicapés en contrat aidé
- 4.4.2 Nombre de contrats de travail primés par l'AGEFIPH
- 4.4.3 Nombre de travailleurs handicapés ayant bénéficié de l'AETH

CONCEPT 4.5 : OBLIGATION D'EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPES

- 4.5.1 Nombre d'établissements de 20 salariés ou plus du secteur privé et public à caractère industriel et commercial assujettis à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés
- 4.5.2 Répartition des établissements de 20 salariés ou plus du secteur privé et public à caractère industriel et commercial assujettis selon les modalités de réponse à l'obligation d'emploi des personnes handicapées
- 4.5.3 Nombre de travailleurs handicapés employés par les établissements de 20 salariés ou plus du secteur privé et public à caractère industriel et commercial assujettis à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés
- 4.5.4 Taux d'emploi de travailleurs handicapés dans les établissements de 20 salariés ou plus du secteur privé et public à caractère industriel et commercial assujettis à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés
- 4.5.5 Nombre de travailleurs handicapés employés par les établissements publics assujettis au FIPHFP
- 4.5.6 Taux d'emploi de travailleurs handicapés des employeurs publics assujettis au FIPHFP

CONCEPT 4.6 : ENTREPRISES ADAPTEES ET ETABLISSEMENTS ET SERVICES D'AIDE PAR LE TRAVAIL

- 4.6.1 Nombre d'entreprises adaptées
- 4.6.2 Capacités d'accueil des entreprises adaptées
- 4.6.3 Taux d'équipement des entreprises adaptées
- 4.6.4 Nombre de personnes accueillies en entreprise adaptée
- 4.6.5 Taux d'occupation des entreprises adaptées
- 4.6.6 Nombre d'établissements et services d'aide par le travail (ESAT)
- 4.6.7 Capacité d'accueil des établissements et services d'aide par le travail (ESAT)
- 4.6.8 Taux d'équipement en ESAT
- 4.6.9 Nombre de personnes accueillies en ESAT
- 4.6.10 Taux d'occupation des ESAT

Thématique 5 : Participation à la vie sociale, accessibilité

CONCEPT 5.1 : GOUVERNANCE ET MISE EN OEUVRE DE L'ACCESSIBILITE

- 5.1.1 Nombre de réunions de la sous commission accessibilité de la CCDSA
- 5.1.2 Nombre de CCDSA ayant produit un rapport annuel
- 5.1.3 Nombre de commissions communales ou intercommunales pour l'accessibilité aux personnes handicapées constituées
- 5.1.4 Part des communes et EPCI de 5 000 habitants ou plus ayant constitué une commission pour l'accessibilité
- 5.1.5 Nombre de rapports des commissions pour l'accessibilité transmis au préfet
- 5.1.6 Nombre de contrôles a posteriori de la mise en accessibilité du cadre bâti effectués
- 5.1.7 Nombre de réunions du conseil consultatif départemental des personnes handicapées

CONCEPT 5.2 : ACCESSIBILITE DES ETABLISSEMENTS RECEVANT DU PUBLIC (ERP)

- 5.2.1 Nombre d'ERP dénombrés par les préfetures
- 5.2.2 Nombre de dossiers d'ERP présentés devant la CCDSA
- 5.2.3 Nombre d'avis défavorables pour l'accessibilité des ERP pris par la CCDSA
- 5.2.4 Nombre de dérogations aux obligations d'accessibilité des ERP accordées par la CCDSA
- 5.2.5 Pourcentage de collèges ayant réalisé un diagnostic d'accessibilité

CONCEPT 5.3 : ACCESSIBILITE DES LOGEMENTS ET DES LOCAUX PROFESSIONNELS

- 5.3.1 Nombre de commissions communales pour l'accessibilité ayant réalisé un système de recensement de l'offre de logements accessibles
- 5.3.2 Nombre de dossiers d'accessibilité pour des bâtiments d'habitation instruits par la CCDSA
- 5.3.3 Nombre de dérogations aux obligations d'accessibilité pour des bâtiments d'habitation accordées par la CCDSA

CONCEPT 5.4 : ACCESSIBILITE DES SERVICES DE TRANSPORTS PUBLICS ET DE LA VOIRIE

- 5.4.1 Nombre d'autorités organisatrices de transports (AOT)
- 5.4.2 Nombre de schémas directeurs d'accessibilité (SDA) en cours d'élaboration ou approuvés
- 5.4.3 Pourcentage de lignes de transports urbains accessibles
- 5.4.4 Pourcentage de lignes de transports collectifs départementaux accessibles
- 5.4.5 Pourcentage de points d'arrêts/gares des lignes de transports urbains accessibles
- 5.4.6 Pourcentage de points d'arrêts/gares des lignes de transports collectifs départementaux accessibles
- 5.4.7 Nombre de plans de mise en accessibilité de la voirie et d'aménagement des espaces (PAVE) en cours d'élaboration

CONCEPT 5.5 : ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES

- 5.5.1 Pourcentage d'équipements sportifs estimés accessibles
- 5.5.2 Nombre de licenciés dans les fédérations sportives pour personnes handicapées
- 5.5.3 Nombre de clubs sportifs proposant des activités physiques et sportives pour les personnes handicapées

CONCEPT 5.6 : TOURISME, CULTURE ET LOISIRS

- 5.6.1 Nombre d'équipements touristiques labellisés « Tourisme et handicap »
- 5.6.2 Nombre d'agrément « Vacances adaptées organisées » délivrés
- 5.6.3 Nombre de séjours « Vacances adaptées organisées » organisés

Thématique 6 : Prévention et dépistage

CONCEPT 6.1 : PERIODE PERINATALE

- 6.1.1 Proportion de naissances prématurées
- 6.1.2 Proportion de femmes enceintes ayant bénéficié d'un examen de dépistage du risque de trisomie 21
- 6.1.3 Nombre de cas dépistés par le dépistage néonatal
- 6.1.4 Nombre d'enfants présentant une anomalie congénitale lors de l'examen médical effectué dans les 8 jours suivant la naissance

CONCEPT 6.2 : DEPISTAGE DES ANOMALIES ET DES DEFICIENCES A L'OCCASION DES EXAMENS DE SANTE OBLIGATOIRES DE LA PETITE ENFANCE

- 6.2.1 Proportion d'enfants bénéficiant d'un bilan de santé en école maternelle
- 6.2.2 Proportion d'enfants bénéficiant d'un dépistage visuel lors du bilan de santé en école maternelle
- 6.2.3 Proportion d'enfants bénéficiant d'un dépistage auditif lors du bilan de santé en école maternelle
- 6.2.4 Proportion d'enfants adressés à une consultation spécialisée à la suite du bilan de santé en école maternelle
- 6.2.5 Proportion d'enfants bénéficiant de la visite au cours de leur 6e année
- 6.2.6 Proportion d'enfants présentant une anomalie au bilan visuel lors de l'examen des 6 ans
- 6.2.7 Proportion d'enfants présentant une anomalie au bilan auditif lors de l'examen des 6 ans
- 6.2.8 Proportion d'enfants bénéficiant d'un bilan approfondi du langage lors de l'examen des 6 ans
- 6.2.9 Proportion d'enfants adressés à une consultation spécialisée à la suite du bilan approfondi du langage des 6 ans

CONCEPT 6.3 : PREVENTION DES DEFICIENCES VISUELLES

- 6.3.1 Indice comparatif d'hospitalisation pour cataracte
- 6.3.2 Proportion de personnes diabétiques bénéficiant d'un suivi ophtalmologique régulier

CONCEPT 6.4 : PREVENTION DES DEFICIENCES AUDITIVES

- 6.4.1 Taux de personnes déclarant avoir effectué un contrôle de l'audition au cours des 12 derniers mois
- 6.4.2 Taux de personnes déclarant utiliser un baladeur à volume fort ou très fort pour écouter de la musique
- 6.4.3 Nombre de séjours hospitaliers pour pose d'implants cochléaires

CONCEPT 6.5 : PREVENTION DES DEFICIENCES MOTRICES

- 6.5.1 Indice comparatif d'hospitalisation pour accident vasculaire cérébral
- 6.5.2 Indice comparatif d'hospitalisation pour fracture du col du fémur
- 6.5.3 Indice comparatif d'hospitalisation pour traumatismes chez les personnes âgées de 65 ans ou plus

CONCEPT 6.6 : PREVENTION DU HANDICAP MENTAL, COGNITIF ET PSYCHIQUE

- 6.6.1 Nombre de personnes ayant eu recours au moins une fois à une consultation mémoire
- 6.6.2 Nombre de personnes suivant un traitement médicamenteux antipsychotique
- 6.6.3 Nombre de patients hospitalisés dans une unité d'hospitalisation de psychiatrie depuis plus d'un an

CONCEPT 6.7 : PREVENTION DES INCAPACITES LIEES AU VIEILLISSEMENT

- 6.7.1 Espérance de vie en bonne santé
- 6.7.2 Nombre d'exemplaires du guide nutrition-santé 55 ans et plus diffusés
- 6.7.3 Pourcentage des 55-74 ans déclarant consommer moins de 3,5 portions de fruits et légumes par jour
- 6.7.4 Pourcentage des 55-74 ans pratiquant une activité physique favorable à la santé

Thématique 7 : Compensation individuelle et aides individuelles

CONCEPT 7.1 : BENEFICIAIRES DE L'ALLOCATION D'EDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPE (AEEH)

- 7.1.1 Nombre de bénéficiaires de l'AEEH
- 7.1.2 Taux de bénéficiaires de l'AEEH
- 7.1.3 Nombre de bénéficiaires d'un complément d'AEEH
- 7.1.4 Part des allocataires de l'AEEH percevant l'AJPP

CONCEPT 7.2 : BENEFICIAIRES DE LA PRESTATION DE COMPENSATION (PCH)

- 7.2.1 Nombre de bénéficiaires de la PCH
- 7.2.2 Taux de bénéficiaires de la PCH
- 7.2.3 Nombre de bénéficiaires par élément de la PCH
- 7.2.4 Nombre de personnes payées au titre de la PCH
- 7.2.5 Part des personnes payées pour chacun des éléments de la PCH
- 7.2.6 Montant mensuel moyen de la PCH par personne payée

CONCEPT 7.3 : BENEFICIAIRES DE L'ALLOCATION COMPENSATRICE POUR TIERCE PERSONNE (ACTP)

- 7.3.1 Nombre de bénéficiaires de l'ACTP
- 7.3.2 Taux de bénéficiaires de l'ACTP

CONCEPT 7.4 : BENEFICIAIRES DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA)

- 7.4.1 Nombre de bénéficiaires de l'APA
- 7.4.2 Taux de bénéficiaires de l'APA
- 7.4.3 Nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile
- 7.4.4 Montant mensuel moyen de l'APA à domicile par bénéficiaire
- 7.4.5 Nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement
- 7.4.6 Montant mensuel moyen de l'APA en établissement par bénéficiaire

CONCEPT 7.5 : BENEFICIAIRES DE L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPES (AAH)

- 7.5.1 Nombre d'allocataires de l'AAH
- 7.5.2 Taux d'allocataires de l'AAH
- 7.5.3 Nombre d'allocataires de compléments d'AAH

CONCEPT 7.6 : AIDES TECHNIQUES

- 7.6.1 Taux de personnes vivant à domicile qui utilisent des aides techniques pour différentes catégories d'aides techniques
- 7.6.2 Taux de personnes vivant à domicile ayant besoin de différentes catégories d'aides techniques
- 7.6.3 Proportion de besoins satisfaits parmi l'ensemble des besoins déclarés pour diverses aides techniques
- 7.6.4 Nombre d'aides techniques remboursées par l'Assurance maladie
- 7.6.5 Nombre d'aides techniques attribuées au titre de la PCH
- 7.6.6 Montant moyen accordé au titre de l'élément aides techniques de la PCH

CONCEPT 7.7 : AMENAGEMENTS DU LOGEMENT

- 7.7.1 Pourcentage de personnes déclarant des difficultés d'accès à l'immeuble, au logement et aux différentes pièces de leur logement, parmi les personnes ayant au moins une déficience
- 7.7.2 Taux de personnes vivant à domicile disposant d'aménagements du logement
- 7.7.3 Taux de personnes vivant à domicile ayant besoin d'aménagements de leur logement
- 7.7.4 Proportion de besoins satisfaits en termes d'aménagement de logement parmi l'ensemble des besoins déclarés pour divers équipements adaptés
- 7.7.5 Nombre d'aménagements de logement attribués au titre de la PCH
- 7.7.6 Montant moyen attribué au titre de la PCH pour l'aménagement du logement
- 7.7.7 Nombre de logements privés ayant bénéficié d'un financement de l'ANAH au titre de l'adaptation au handicap ou au vieillissement

CONCEPT 7.8 : BENEFICIAIRES DE PENSIONS D'INVALIDITE OU DE RENTES D'ACCIDENTS DU TRAVAIL-MALADIES PROFESSIONNELLES

- 7.8.1 Nombre de bénéficiaires d'une pension d'invalidité, relevant du régime général
- 7.8.2 Nombre de bénéficiaires d'une rente accidents du travail-maladies professionnelles, relevant du régime général
- 7.8.3 Nombre de décisions favorables du service médical pour l'attribution de pensions d'invalidité ou de rente accidents du travail-maladies professionnelles parmi les assurés du régime général
- 7.8.4 Nombre de salariés agricoles bénéficiaires d'une pension d'invalidité
- 7.8.5 Nombre de salariés agricoles bénéficiaires d'une rente accidents du travail-maladies professionnelles
- 7.8.6 Nombre d'exploitants agricoles bénéficiaires d'une pension d'invalidité
- 7.8.7 Nombre d'exploitants agricoles bénéficiaires d'une rente accidents du travail-maladies professionnelles
- 7.8.8 Nombre de bénéficiaires d'une pension de retraite anticipée pour invalidité parmi les fonctionnaires d'Etat
- 7.8.9 Nombre de bénéficiaires d'une rente viagère d'invalidité ou d'une allocation temporaire d'invalidité parmi les fonctionnaires d'Etat
- 7.8.10 Nombre de bénéficiaires d'une pension d'invalidité parmi les fonctionnaires territoriaux ou hospitaliers
- 7.8.11 Nombre de bénéficiaires d'une rente d'invalidité ou d'une allocation temporaire d'invalidité parmi les fonctionnaires territoriaux ou hospitaliers

Thématique 8 : Etablissements et services d'accueil et d'accompagnement

CONCEPT 8.1 : AIDES A LA PERSONNE A DOMICILE

- 8.1.1 Nombre de SAP titulaires de l'agrément qualité
- 8.1.2 Nombre de SAAD prestataires titulaires de l'autorisation
- 8.1.3 Nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) selon le mode d'interventions à domicile
- 8.1.4 Nombre de personnes payées au titre de l'élément 1 de la PCH selon le mode d'interventions à domicile
- 8.1.5 Nombre de personnes bénéficiaires de l'aide ménagère au titre de l'aide sociale
- 8.1.6 Nombre d'heures réalisées par les services agréés ou autorisés
- 8.1.7 Zones couvertes par des services à la personne

CONCEPT 8.2 : SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT POUR ADULTES HANDICAPES

- 8.2.1 Dénombrement et capacités d'accueil des services d'accompagnement pour adultes handicapés
- 8.2.2 Taux d'équipement en places de services d'accompagnement pour adultes handicapés
- 8.2.3 Taux de couverture départemental en services d'accompagnement pour adultes handicapés
- 8.2.4 Nombre de personnes prises en charge par les services d'accompagnement pour adultes handicapés

CONCEPT 8.3 : SERVICES DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE

- 8.3.1 Dénombrement et capacités de prises en charge des SSIAD
- 8.3.2 Taux d'équipement en places de SSIAD
- 8.3.3 Equipements autorisés mais non installés
- 8.3.4 Nombre de personnes prises en charge par les SSIAD

CONCEPT 8.4 : ETABLISSEMENTS ET SERVICES POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPES

- 8.4.1 Capacités d'accueil des établissements médico-sociaux (EMS) pour enfants et adolescents handicapés et des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)
- 8.4.2 Dénombrement des CAMSP et CMPP
- 8.4.3 Part des places de SESSAD dans l'ensemble des places en EMS pour enfants et adolescents handicapés et SESSAD
- 8.4.4 Taux d'équipement en EMS pour enfants et adolescents handicapés et SESSAD
- 8.4.5 Equipements en EMS pour enfants et adolescents handicapés et SESSAD autorisés mais non installés
- 8.4.6 Proportion de places en internat dans les EMS pour enfants et adolescents handicapés, par catégorie d'EMS
- 8.4.7 Nombre de jeunes accueillis en EMS pour enfants et adolescents handicapés, par catégorie d'EMS, et en SESSAD
- 8.4.8 Taux d'occupation des EMS pour enfants et adolescents handicapés, par catégorie d'EMS, et des SESSAD
- 8.4.9 Nombre d'enfants accueillis en CAMSP et en CMPP
- 8.4.10 Proportion de jeunes accueillis dans un EMS pour enfants et adolescents handicapés hors du département de domicile de leurs parents, par catégorie d'EMS
- 8.4.11 Nombre de jeunes âgés de plus de 20 ans accueillis en EMS pour enfants et adolescents handicapés au titre de l'amendement Creton, par catégorie d'EMS
- 8.4.12 Taux de sortie des EMS pour enfants et adolescents handicapés, par catégorie d'EMS

CONCEPT 8.5 : ETABLISSEMENTS POUR ADULTES HANDICAPES

- 8.5.1 Capacités d'accueil des établissements pour adultes handicapés, par catégorie d'établissements
- 8.5.2 Taux d'équipement en établissements pour adultes handicapés, par catégorie d'établissements
- 8.5.3 Part des places en accueil de jour et hébergement temporaire dans l'ensemble des places en établissements pour adultes handicapés
- 8.5.4 Equipements autorisés mais non installés
- 8.5.5 Nombre de personnes accueillies en établissements pour adultes handicapés, par catégorie d'établissements
- 8.5.6 Taux d'occupation des établissements pour adultes handicapés, par catégorie d'établissements
- 8.5.7 Taux de sortie, par catégorie d'établissements

CONCEPT 8.6 : STRUCTURES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT POUR PERSONNES AGEES

- 8.6.1 Capacités d'accueil des établissements pour personnes âgées, par catégorie d'établissements
- 8.6.2 Equipements autorisés mais non installés
- 8.6.3 Taux d'équipement en établissements pour personnes âgées dépendantes
- 8.6.4 Nombre de personnes accueillies en établissements pour personnes âgées dépendantes
- 8.6.5 Coefficient d'occupation des établissements pour personnes âgées dépendantes
- 8.6.6 Nombre de places en structures de répit pour les malades d'Alzheimer
- 8.6.7 Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (ASH)

CONCEPT 8.7 : ACCUEILLANTS FAMILIAUX AGREES

- 8.7.1 Nombre d'accueillants familiaux agréés
- 8.7.2 Nombre de places agréées en accueil familial
- 8.7.3 Nombre de personnes en accueil familial
- 8.7.4 Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale au titre d'un accueil chez des particuliers

CONCEPT 8.8 : ACCES AUX STRUCTURES DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

- 8.8.1 Capacité d'accueil des structures de soins de suite et de réadaptation
- 8.8.2 Taux d'équipement en soins de suite et de réadaptation
- 8.8.3 Visites à domicile effectuées pour l'adaptation du domicile
- 8.8.4 File active des patients en soins de suite et de réadaptation
- 8.8.5 Délai moyen d'attente pour une admission en soins de suite et de réadaptation

Thématique 9 : Financements publics

CONCEPT 9.1 : COMPENSATION INDIVIDUELLE, AIDES INDIVIDUELLES

- 9.1.1 Prestations versées par les caisses d'allocations familiales au titre de l'AEEH et de l'AAH
- 9.1.2 Prestations versées par les conseils généraux au titre de la PCH et de l'ACTP
- 9.1.3 Prestations versées par les conseils généraux au titre de l'APA
- 9.1.4 Versements au titre d'interventions du fonds de compensation du handicap
- 9.1.5 Remboursements d'aides techniques par l'Assurance maladie
- 9.1.6 Subventions de l'ANAH pour l'adaptation de logements privés au handicap

CONCEPT 9.2 : PENSIONS D'INVALIDITE ET RENTES ACCIDENTS DU TRAVAIL-MALADIES PROFESSIONNELLES

- 9.2.1 Pensions d'invalidité versées aux assurés du régime général
- 9.2.2 Rentes d'accidents du travail-maladies professionnelles versées aux assurés du régime général
- 9.2.3 Pensions d'invalidité versées aux salariés du régime agricole
- 9.2.4 Rentes d'accidents du travail-maladies professionnelles versées aux salariés du régime agricole
- 9.2.5 Pensions d'invalidité versées aux exploitants agricoles
- 9.2.6 Rentes d'accident du travail-maladies professionnelles versées aux exploitants agricoles
- 9.2.7 Pensions d'invalidité versées aux fonctionnaires d'Etat
- 9.2.8 Rentes viagères d'invalidité et allocations temporaires d'invalidité (ATI) versées aux fonctionnaires d'Etat
- 9.2.9 Pensions d'invalidité versées aux agents de la fonction publique territoriale et hospitalière
- 9.2.10 Rentes viagères d'invalidité et allocations temporaires d'invalidité (ATI) versées aux agents de la fonction publique territoriale et hospitalière

CONCEPT 9.3 : ETABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES HANDICAPEES

- 9.3.1 Versements effectués par les caisses primaires d'Assurance maladie aux établissements et services pour personnes handicapées
- 9.3.2 Versements effectués par les conseils généraux aux établissements et services pour personnes handicapées
- 9.3.3 Versements de l'Etat aux ESAT
- 9.3.4 Versements de l'Etat aux entreprises adaptées
- 9.3.5 Nombre de personnes employées dans les établissements et services pour enfants ou adolescents handicapés par catégorie
- 9.3.6 Taux d'encadrement dans les établissements et services pour enfants ou adolescents handicapés par catégorie
- 9.3.7 Nombre de personnes employées dans les établissements pour adultes handicapés, par catégorie
- 9.3.8 Taux d'encadrement dans les établissements et services pour adultes handicapés, par catégorie
- 9.3.9 Nombre de personnes employées dans les établissements et services pour adultes handicapés relevant du champ de compétence de la CNSA et dans les ESAT
- 9.3.10 Taux d'encadrement dans les établissements et services pour adultes handicapés relevant du champ de compétence de la CNSA et dans les ESAT

CONCEPT 9.4 : ETABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

- 9.4.1 Versements effectués par les caisses locales d'assurance maladie aux EHPAD
- 9.4.2 Versements effectués par les caisses locales d'assurance maladie aux SSIAD pour personnes âgées
- 9.4.3 Versements effectués par les caisses locales d'assurance maladie aux USLD
- 9.4.4 Versements effectués par les conseils généraux au titre de l'APA en établissement
- 9.4.5 Versements effectués par les conseils généraux au titre de l'aide sociale aux personnes âgées
- 9.4.6 Nombre de personnes employées dans les établissements pour personnes âgées dépendantes, par catégorie d'établissements
- 9.4.7 Taux d'encadrement dans les établissements pour personnes âgées dépendantes, par catégorie d'établissements
- 9.4.8 Nombre de personnes employées dans les SSIAD pour personnes âgées
- 9.4.9 Taux d'encadrement dans les SSIAD pour personnes âgées

CONCEPT 9.5 : CONTRIBUTIONS DES ENTREPRISES ET DES INSTITUTIONS PUBLIQUES DANS LE CADRE DE L'OBLIGATION D'EMPLOI DE TRAVAILLEURS HANDICAPES ET AIDES ATTRIBUEES

- 9.5.1 Contributions versées par les entreprises du secteur privé à l'AGEFIPH
- 9.5.2 Contributions versées par les employeurs publics au FIPHFP
- 9.5.3 Financements attribués par l'AGEFIPH par domaines d'interventions
- 9.5.4 Financements attribués par le FIPHFP

Descriptif des sources de données

Table des matières

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)	264
S1. Recensement des structures de répit pour les malades d'Alzheimer	264
S2. Recueil de données annuel sur la PCH	264
S3. REMonté des Budgets Exécutoires et de Comptes Administratifs (REBECA)	264
S4. SAISEHPAD	264
S5. Système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SIPAPH)	264
MINISTÈRES	266
MINISTÈRE DE L'ÉCOLOGIE, DE L'ÉNERGIE, DU DÉVELOPPEMENT DURABLE ET DE LA MER (MEEDDM)	266
Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques (CERTU)	266
S6. Enquête Transports collectifs départementaux (TCD)	266
S7. Enquête Transports collectifs urbains (TCU)	266
Délégation ministérielle à l'accessibilité (DMA)	266
S8. Enquête auprès des correspondants « accessibilité » des DDEA	266
Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)	266
S9. Dispositif « Vacances adaptées organisées »	266
S10. Bilan des CLIC	266
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)	266
S11. Base nationale PMSI-MCO redressée	266
S12. Comptes de la protection sociale	267
S13. Enquêtes annuelles sur les bénéficiaires et les dépenses de l'aide sociale départementale	267
S14. Enquête « Etablissements d'hébergement pour personnes âgées » (EHPA)	267
S15. Enquête « Etablissements sociaux et médico-sociaux » (ES)	267
S16. Enquête trimestrielle sur l'APA	268
S17. Enquête trimestrielle sur la PCH	268
S18. Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (Finess)	268
S19. Recueil des données sur les minima sociaux	268
S20. Base de données sociales localisées (BDSL)	268
S21. Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)	269
S22. STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social (Statiss)	269
S23. Enquête « Services de soins infirmiers à domicile » (SSIAD)	269
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)	269
S24. Suivi d'activité des consultations mémoire	269
MINISTÈRE CHARGÉ DE L'EMPLOI ET PÔLE EMPLOI	270
Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES)	270
S25. Contrats aidés du plan de cohésion sociale	270
Direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle (DGEFP)	270
S26. Subvention spécifique allouée aux entreprises adaptées	270
S27. Applications de gestion des CRP	270
Pôle emploi	270
S28. Système d'Information Décisionnel (SIAD) de Pôle emploi	270
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT	270
Direction générale des finances publiques (DGFiP) - Service des retraites de l'État	270
S29. Base des pensions	270
S30. INDIA-LOLF	270

MINISTERES CHARGES DE L'EDUCATION.....	271
Ministère de l'Education nationale.....	271
S31. Enquêtes n°3 (enseignement premier degré) et n°12 (enseignement second degré) - relatives aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans les premier et second degrés	271
S32. Enquête n°32 concernant la scolarisation dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux 271	271
S33. Remontées chiffrées des personnels de santé de l'Education nationale.....	271
S34. Enquête « Suivi des effectifs des personnels assurant des fonctions d'auxiliaires de vie individuel ».....	272
S35. Enquête sur les postes de l'adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés	272
S36. « Enquête rapide » de rentrée	272
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche	272
S37. Recensement des étudiants en situation de handicap	272
Observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité des établissements d'enseignement.....	272
S38. Enquête « diagnostic accessibilité dans les collèges »	272
MINISTERE CHARGE DES SPORTS.....	272
S39. Recensement des équipements et des sites de pratiques sportives (RES).....	272
Mission des études, de l'observation et des statistiques (MEOS)	273
S40. Handiguide	273
S41. Recensement auprès des fédérations sportives agréées.....	273
MINISTERE DE L'ECONOMIE	273
Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).....	273
S42. Enquête Santé et soins médicaux	273
S43. Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance	273
S44. Enquête Handicap - Santé.....	274
S45. Enquête « Santé, Handicap et Travail », complémentaire à l'enquête Emploi	275
S46. Espérance de vie en bonne santé.....	275
CAISSE DES DEPOTS	275
Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL).....	275
S47. Système de gestion des pensions d'invalidité et des allocations temporaires d'invalidité des agents des collectivités locales	275
Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP).....	275
S48. Déclaration annuelle du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)	275
INSTITUTS ET AGENCES.....	276
Agence nationale de l'habitat (ANAH)	276
S49. Système d'information sur les subventions accordées par l'ANAH.....	276
Agence nationale des services à la personne	276
S50. Annuaire des services à la personne.....	276
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).....	276
S51. Base nationale PMSI-MCO	276
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)	276
S52. Baromètre santé environnement.....	276
S53. Baromètre santé nutrition	276
S54. Coordonnées des centres de référence pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage.....	277
S55. Plan de diffusion des guides PNNS.....	277
Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).....	277
S56. Enquête nationale périnatale	277
S57. Orphanet	277

Institut de veille sanitaire (InVS)	277
S58. Etude nationale nutrition santé (ENNS).....	277
SECURITE SOCIALE	278
COMMISSION DES COMPTES DE LA SECURITE SOCIALE	278
S59. Comptes de la Sécurité sociale.....	278
REGIME AGRICOLE.....	278
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)	278
S60. Système de gestion des prestations familiales (SISPREFAL).....	278
S61. Système de gestion des pensions d'invalidité (RAAMSES).....	278
S62. Système de gestion des rentes AT-MP (SIMPAT).....	278
S63. Système de gestion de l'ATEXA (OREADE).....	278
REGIME GENERAL.....	278
Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF).....	278
S64. Recueil annuel CNAF	278
S65. Système de gestion des prestations familiales (FILEAS).....	278
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).....	279
S66. ERASME régional	279
S67. HIPPOCRATE.....	279
S68. Système de gestion des rentes AT-MP (EURYDICE).....	279
S69. Système national d'information inter-régime d'assurance maladie (SNIIRAM).....	279
S70. Versements de l'Assurance maladie aux établissements de santé et médico-sociaux.....	279
AUTRES ORGANISMES NATIONAUX.....	280
Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH).....	280
S71. Rapports annuels de l'AGEFIPH	280
S72. Aide à l'emploi des travailleurs handicapés (AETH).....	280
S73. Prime à l'insertion	280
S74. Contrat d'apprentissage bénéficiant d'un financement de l'AGEFIPH.....	280
S75. Bilan d'activité des Cap Emploi.....	280
S76. Bilan d'activité des SAMETH	280
Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant (AFDPHE).....	280
S77. Rapport d'activité de l'AFDPHE	280
Association nationale pour la formation professionnelle des adultes (AFPA).....	280
S78. Système d'information des AFPA	280
Association Tourisme et handicap	281
S79. Liste des sites labellisés « Tourisme et handicap ».....	281
Société française de la mucoviscidose	281
S80. Recensement des centres de ressources et de compétence de la mucoviscidose	281
Centre de ressources Autisme du Languedoc-Roussillon	281
S81. Coordonnées des centres de ressources Autisme	281
Réseau national pour l'apprentissage adapté.....	281
S82. Annuaire des dispositifs de l'apprentissage adapté	281
ORGANISMES LOCAUX	282
Conseils généraux.....	282
S83. Rapport d'activité des SAAD	282
S84. Rapport d'activité et de fonctionnement des centres d'information et de coordination	282
S85. Données relatives aux agréments d'accueillants familiaux.....	282
S86. Données relatives aux décisions prises pour les établissements et services (habilitations, autorisations, ..).....	282

S87. Système de gestion des aides départementales.....	282
S88. Bilans de santé de PMI.....	282
S89. Premier certificat de santé	282
Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).....	282
S90. Système d'information des MDPH	282
Conseils régionaux.....	283
S91. Système de gestion du suivi des jeunes en contrat d'apprentissage	283
Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS)	283
S92. Comptes administratifs des établissements et services médico-sociaux.....	283
Directions départementales et régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP)	283
S93. Déclaration annuelle obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés (DOETH).....	283
S94. Rapports annuels des SAP.....	283
S95. Système de gestion des agréments des services à la personne.....	283
Préfecture	283
S96. Recensement des établissements recevant du public (ERP).....	283
Registre des handicaps et observatoire périnatal (RHEOP).....	283
S97. RHEOP.....	283

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

S1. Recensement des structures de répit pour les malades d'Alzheimer

La CNSA publie, sur son site internet <http://www.cnsa.fr>, la liste des établissements d'accueil pour personnes âgées disposant de places en hébergement temporaire ou en accueil de jour dédiées à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Une carte interactive ou une saisie manuelle du numéro de département permet d'obtenir les coordonnées des établissements concernés (adresse et numéro de téléphone) et le nombre de places offertes. Actuellement cette liste est mise à jour chaque année et concerne l'état des lieux du 1er janvier de l'année en cours.

S2. Recueil de données annuel sur la PCH

Chaque année, depuis 2006, les conseils généraux transmettent à la CNSA un état récapitulatif de leurs dépenses et du nombre des bénéficiaires de la PCH. Les conseils généraux communiquent les données en termes de nombre de personnes payées, au cours de l'année. Il n'y a pas de publication de ces données à l'heure actuelle.

S3. REMonté des Budgets Exécutoires et de Comptes Administratifs (REBECA)

REBECA est un applicatif web mis au point par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) permettant d'assurer la remontée des données financières et de masse salariale contenues dans les comptes administratifs provenant de l'ensemble des établissements médico-sociaux ayant un financement à 100 % de l'assurance maladie. Les données sont renseignées par les établissements eux-mêmes puis télétransmis à la DDASS du département dans lequel l'établissement est implanté. La DDASS en assure la validation et transfère les données dans l'applicatif national. Les indicateurs physico-financiers sont également dans l'application.

REBECA contient les données relatives aux établissements et services suivants :

- S'agissant des enfants et adolescents handicapés : IME, ITEP, SESSAD, IEM, établissements pour enfants polyhandicapés, établissements pour déficients sensoriels, établissements expérimentaux ;
- S'agissant des adultes handicapés : MAS, FAM (section soins), CRP, SAMSAH (section soins), SSIAD, Etablissements expérimentaux, ESAT (depuis 2009) ;
- S'agissant des personnes âgées : SSIAD

Cet applicatif a été renseigné à partir de l'exercice comptable 2007. Pour le premier exercice, le taux de remplissage est variable selon la catégorie d'établissement, la région et la nature des informations demandées.

Les données contenues dans cette base sont disponibles auprès des DDASS, des DRASS. Tous les résultats nationaux sont disponibles sur le site de la CNSA. <http://www.cnsa.fr/>

S4. SAISEHPAD

L'applicatif SAISEHPAD, mis en place en 2004, permet de suivre l'évolution du processus de conventionnement des établissements pour personnes âgées et concerne les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les unités de soins de longue durée (USLD). Il propose une photographie des conventionnements à un instant t.

A chaque signature, avenant ou renouvellement de convention, l'applicatif est mis à jour par les DDASS : les données contenues dans l'applicatif concernent donc la situation des établissements à la date de la dernière signature de la convention ou de l'enregistrement d'un nouvel élément. SAISEHPAD contient des données générales sur les établissements, leur tarification, les crédits alloués, les emplois...

La CNSA, est chargée de ce suivi depuis 2006.

Les données contenues dans ces bases sont disponibles auprès des DDASS, des DRASS. Tous les résultats nationaux sont disponibles sur le site de la CNSA. <http://www.cnsa.fr/>

S5. Système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SIPAPH)

Le système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SIPAPH) que met en place la CNSA avec les départements vise, en améliorant la connaissance des personnes handicapées, de leurs besoins de compensation et des réponses apportées à ces besoins, à contribuer à orienter les politiques publiques en matière de handicap dans le respect de l'équité de traitement sur tout le territoire. Le SIPAPH est prévu par la loi du 11 février 2005. Son périmètre, son alimentation et l'accès aux données sont encadrés par le décret n°2008-833 du 22 août 2008.

Le SIPAPH est, pour l'essentiel, alimenté par un sous-ensemble d'informations contenues dans les systèmes d'information des MDPH. Il ne contient pas de données infra-départementales.

Les informations individuelles - anonymisées - issues des systèmes d'information des MDPH concernent l'activité des MDPH, notamment en termes d'instruction des demandes, d'évaluation, de contenu des décisions, l'activité des équipes pluridisciplinaires et des commissions des droits et de l'autonomie, la mise en œuvre des décisions prises et des suites réservées aux orientations prononcées par la CDAPH, les personnes, leurs caractéristiques, leur situation et leurs besoins.

Le SIPAPH est en phase de construction. Il permettra de fournir à chaque MDPH des restitutions de leurs données mises en perspective avec les situations des autres MDPH. Il proposera des indicateurs pré-calculés, mis à disposition

des utilisateurs. Le SIPAPH sera enrichi des données nationales relatives au champ du handicap. D'ores et déjà, les données de la CCMSA et de la CNAF sont prévues dans le SIPAPH.

Le SIPAPH sera ouvert aux MDPH, aux conseils généraux, aux agences régionales de santé (ARS) et aux partenaires nationaux.

L'objectif, à terme, est que l'outil offre un véritable partage d'information pour contribuer au pilotage des politiques du handicap.

En attendant l'ouverture du service et l'automatisation de la production des indicateurs, la CNSA, dans le cadre d'une convention signée avec chaque département, échange depuis 2006 des données avec les MDPH sur un périmètre restreint (*via* des questionnaires mensuels ou des échanges annuels) ; ces échanges donnent lieu à la publication d'indicateurs. Tous les résultats sont disponibles sur le site de la CNSA. <http://www.cnsa.fr/>

MINISTÈRES

MINISTÈRE DE L'ÉCOLOGIE, DE L'ÉNERGIE, DU DÉVELOPPEMENT DURABLE ET DE LA MER (MEEDDM)

Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques (CERTU)

S6. Enquête Transports collectifs départementaux (TCD)

Le CERTU de Lyon réalise chaque année une enquête auprès des organismes de transports collectifs départementaux (TCD). Les autorités organisatrices de transport (AOT) et les exploitants sont interrogés en particulier sur les données administratives et juridiques des AOT, sur le parc de véhicules (véhicules spécialisés pour les personnes à mobilité réduite - PMR) et les caractéristiques du réseau en matière d'accessibilité.

S7. Enquête Transports collectifs urbains (TCU)

Le CERTU de Lyon réalise chaque année une enquête auprès des organismes de transports collectifs urbains (TCU). Les autorités organisatrices de transport (AOT) et les exploitants sont interrogés en particulier sur les données administratives et juridiques des AOT, sur le parc de véhicules (véhicules spécialisés pour les personnes à mobilité réduite - PMR) et les caractéristiques du réseau en matière d'accessibilité.

Délégation ministérielle à l'accessibilité (DMA)

S8. Enquête auprès des correspondants « accessibilité » des DDEA

Chaque année, la DMA du Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer (MEEDDM) réalise une enquête auprès des « correspondants accessibilité » des Directions départementales de l'équipement et de l'agriculture (DDEA). Cette enquête permet de renseigner un certain nombre d'indicateurs, en particulier ceux concernant l'activité de la commission consultative départementale de la sécurité et de l'accessibilité (CCDSA) et des commissions communales pour l'accessibilité.

MINISTÈRES CHARGES DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

S9. Dispositif « Vacances adaptées organisées »

Une enquête annuelle est réalisée par la DGCS auprès des directions régionales et des directions départementales (DRASS et DDASS jusqu'en 2009, DRJCS et DDCS(SP) à compter de 2010) sur la mise en œuvre du dispositif « vacances adaptées organisées » pour adultes handicapés.

S10. Bilan des CLIC

Le portail <http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr> permet aux personnes âgées, à leur famille ainsi qu'aux professionnels qui les entourent, de trouver les coordonnées et les activités des CLIC de leur département ou de leur commune, d'effectuer des recherches à partir de critères de leur choix.

L'actualisation des informations est réalisée par les conseils généraux ou par les CLIC eux-mêmes.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

S11. Base nationale PMSI-MCO redressée

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a pour objectif d'évaluer l'activité et les ressources des différents services de tous les établissements de santé. Depuis 2005, cet outil de gestion médico-économique est utilisé dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A). Le PMSI-MCO recueille des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), les diagnostics et actes réalisés, codés selon des nomenclatures et des classifications standardisées, pour tout séjour en médecine, chirurgie, obstétrique. Il existe également des PMSI en soins de suite et de réadaptation (PMSI-SSR), en hospitalisation à domicile (PMSI-HAD), ainsi qu'en psychiatrie (RIM-P).

La DREES effectue un redressement de la base nationale des Résumés de sortie anonymes (RSA), uniquement MCO, administrée par l'ATIH (voir source S51), pour obtenir une exhaustivité complète (les séances ne sont toutefois pas redressées, compte tenu d'une qualité des données encore médiocre jusqu'en 2004). Ces travaux sont réalisés par appariement avec les données de la SAE (Statistique annuelle des établissements de santé), les concepts de la SAE et du PMSI étant « rapprochés » (traitement des décès, des nouveau-nés restés près de leur mère). Les hôpitaux locaux sont exclus.

Les résultats de cette exploitation sont accessibles sur le site internet du ministère chargé de la santé.
<http://www.sante.gouv.fr/hm/pointsur/morbid/sommaire.htm>

Trois types de tableaux sont disponibles :

- Répartition des séjours dans les établissements de soins de courte durée MCO selon le sexe, l'âge des patients et la pathologie traitée ;
- Répartition des séjours dans les établissements de soins de courte durée MCO selon la durée du séjour et la pathologie traitée et durée moyenne de séjour ;
- Taux de recours aux établissements de soins de courte durée MCO selon le sexe, l'âge des patients et la pathologie traitée.

S12. Comptes de la protection sociale

Les comptes de la protection sociale sont des comptes satellites des comptes nationaux. Ils visent à décrire l'ensemble des opérations contribuant à la couverture des risques sociaux auxquels les ménages sont exposés (santé, vieillesse-survie, maternité- famille, emploi, logement, pauvreté-exclusion sociale), en considérant l'ensemble des régimes ou organismes ayant pour mission d'en assurer la charge dans un cadre de solidarité sociale. Dans cette perspective, ils agrègent les interventions des régimes et organismes publics, financés pour l'essentiel par prélèvements obligatoires, avec certaines interventions de la sphère privée : les régimes obligatoires tels que le régime général de la Sécurité sociale, les institutions chargées de l'indemnisation du chômage ou les régimes de retraite complémentaires ; les assurances collectives telles que les contrats gérés par les institutions de retraite supplémentaire ou de prévoyance ; les prestations versées par les mutuelles régies par le Code de la mutualité, à adhésion individuelle.

Ces comptes sont élaborés par la DREES et font l'objet de deux publications annuelles, l'une dans la collection « Documents de travail - série Statistiques » et l'autre dans la collection « Etudes et résultats », accessibles toutes deux sur le site internet de la DREES <http://www.sante.gouv.fr/drees/>

S13. Enquêtes annuelles sur les bénéficiaires et les dépenses de l'aide sociale départementale

La DREES réalise chaque année auprès de tous les conseils généraux deux enquêtes : une sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale au 31 décembre et une sur les dépenses annuelles d'aide sociale départementale. Sont collectées des informations sur le nombre et les caractéristiques des bénéficiaires ainsi que le niveau des dépenses, brutes et nettes, des différentes prestations d'aide sociale départementale : aide sociale aux personnes âgées, aide sociale aux personnes handicapées, aide sociale à l'enfance, insertion. Les données sont publiées sur le site de la DREES <http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/index.html>

S14. Enquête « Etablissements d'hébergement pour personnes âgées » (EHPA)

L'enquête EHPA est une enquête exhaustive, réalisée par la DREES auprès des établissements accueillant des personnes âgées : maisons de retraite, logements-foyers, unités de soins de longue durée, résidences d'hébergement temporaire, établissements expérimentaux et hospices.

Renseignée par les questionnaires des structures à partir des données de gestion, cette enquête comprend :

- des indicateurs généraux en termes d'activité, et d'aménagement de l'établissement ;
- des données sur les principales caractéristiques du personnel (sexe, âge, statut, fonction...) ;
- une description de la clientèle hébergée (sexe, âge, degré de dépendance, incapacités...) ;
- une description des sorties définitives au cours de l'année.

Lancée pour la première fois en 1985, l'enquête EHPA a été réalisée tous les deux ans jusqu'en 1996. Elle a été renouvelée en 2003 et 2007, le contenu du questionnaire connaissant des évolutions selon les vagues d'enquête. L'exploitation est réalisée par la DREES au niveau national, et par les DRASS en région.

Les publications présentant les résultats nationaux de cette enquête sont disponibles sur le site internet de la DREES : <http://www.sante.gouv.fr/drees/>

S15. Enquête « Etablissements sociaux et médico-sociaux » (ES)

L'enquête « Etablissements sociaux et médico-sociaux » est conduite par la DREES auprès de l'ensemble des établissements et services médico-sociaux, socio-éducatifs et sociaux pour personnes handicapées (enfants d'une part, adultes d'autre part). Cette enquête permet, environ tous les cinq ans (ES 1997, ES 2001 et ES 2006), de dresser un bilan de l'activité de ces structures et de décrire les principales caractéristiques de leur personnel ainsi que celles des personnes qu'ils accueillent.

Actuellement, dans l'attente de la mise en place des systèmes d'information des maisons départementales des personnes handicapées et du système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SIPAPH), ES constitue la seule source d'information exhaustive et nationale sur les personnes handicapées (enfants et adultes) prises en charge par une structure médico-sociale. Elle permet notamment d'évaluer la capacité d'un département à répondre aux besoins de ses ressortissants.

L'enquête 2006 fournit :

- Un inventaire des établissements et des services médico-sociaux au 31 décembre 2006 : localisation, mode d'accueil, agrément clientèle, type d'intervention...
- Une description des adultes, adolescents et enfants accueillis à cette même date : âge, sexe, pathologie, déficience (principale et associée), incapacités, activité en journée, mode d'hébergement...
- Une description des adultes, adolescents et enfants sortis au cours de l'année concernée (1997, 2001 ou 2006)
- Une présentation des principales caractéristiques du personnel en place dans les établissements et services à cette date : âge, sexe, fonction principale exercée, diplôme, ancienneté...

Les SSIAD ne sont pas concernés par l'enquête.

Quelques établissements ne répondant pas à l'enquête, certaines données régionales ou départementales ne sont disponibles que dans les DRASS ayant effectué les redressements de l'enquête à ce niveau géographique.

Les publications présentant les résultats nationaux de cette enquête sont disponibles sur le site internet de la DREES <http://www.sante.gouv.fr/drees/>

S16. Enquête trimestrielle sur l'APA

Depuis janvier 2002, la DREES transmet chaque trimestre à tous les conseils généraux un questionnaire permettant de suivre le dispositif APA et les moyens mis en œuvre (caractéristiques des bénéficiaires et montants affectés, par niveau de dépendance et lieu de vie ; activité des équipes médico-sociales). Les résultats nationaux ainsi que les principaux résultats départementaux pour les conseils généraux qui répondent à cette enquête sont accessibles sur le site internet <http://apaenquete.sante.gouv.fr/apaeng/indicateur.do>. Les données départementales présentées sont brutes et ne font l'objet d'aucun redressement.

S17. Enquête trimestrielle sur la PCH

Depuis janvier 2006, la DREES transmet chaque trimestre à tous les conseils généraux un questionnaire consacré à la prestation de compensation (PCH) et permettant de suivre le nombre des bénéficiaires, le nombre et les caractéristiques des personnes payées, les types d'aides qui leur sont attribuées et les montants de ces aides. Une information sur le nombre de personnes percevant l'ACTP est également demandée.

Les résultats nationaux de cette enquête sont publiés annuellement dans la collection « Études et résultats », accessible sur le site internet de la DREES <http://www.sante.gouv.fr/drees/>

S18. Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (Finess)

Finess est le répertoire national des établissements et services sanitaires et sociaux. Il est géré par les ministères de la santé et des affaires sociales. La DREES est responsable du répertoire ; les DRASS et les DDASS en assurent la mise à jour. Dans ce fichier, chaque établissement des secteurs public et privé est repéré par un identifiant unique et par un code catégorie (exemple : catégorie 246 pour les ESAT).

Le répertoire contient des informations sur la localisation des établissements, leurs caractéristiques (statut, date d'ouverture, catégorie, entité juridique de rattachement...) et leurs capacités (autorisées et installées), par discipline d'équipement, mode de fonctionnement et type de clientèle.

Cette base de données est consultable sur le site <http://www.sante.gouv.fr> à l'adresse suivante : <http://finess.sante.gouv.fr/index.jsp>. Des requêtes spécifiques peuvent être demandées en complément auprès des DRASS ou de la DREES.

S19. Recueil des données sur les minima sociaux

Grâce aux données fournies par les différents organismes payeurs, la DREES met régulièrement à jour un recueil sur le nombre des allocataires de minima sociaux au 31 décembre de chaque année. Celui-ci contient en particulier des données sur les allocataires de l'AAH. Ces données sont accessibles par département, pour la France métropolitaine et la France entière, sous forme de tableaux de bord disponibles sur le site de la DREES :

<http://www.sante.gouv.fr/drees/minima-sociaux/sommaire.htm>

S20. Base de données sociales localisées (BDSL)

La BDSL contient une cinquantaine d'indicateurs classés en six thèmes (minima sociaux, chômage, logement, échec scolaire, santé et accès aux soins, protection de l'enfance et prévention des risques), eux-mêmes déclinés en sous-thèmes, disponibles jusqu'à six niveaux géographiques :

- pour tous les indicateurs : France, région, département
- et pour certains d'entre eux : zone d'emploi, canton, commune urbaine

Cette base de données, administrée par la DREES, est mise à jour annuellement. Elle est accessible sur le site <http://bdsl.social.gouv.fr>

S21. Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

La SAE est une enquête exhaustive et obligatoire auprès de tous les établissements de santé installés en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DOM) quel que soit leur statut, quelle que soit leur taille et quelles que soient les disciplines : court-séjour (médecine, chirurgie, obstétrique - MCO), moyen séjour (soins de suite et de réadaptation - SSR), long séjour (soins de longue durée -SLD) et psychiatrie.

Cette enquête, réalisée tous les ans par la DREES, fournit des données détaillées sur les structures (maternités, services d'urgence, etc.), les capacités (taux d'occupation des lits d'hôpitaux, etc.), les équipements (scanners, appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM), blocs opératoires, etc.), l'activité et les ressources en personnel des établissements de santé. Ces données sont disponibles sur le site www.sae-diffusion.sante.gouv.fr

S22. Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social (Statiss)

Statiss est un mémento qui rassemble, au niveau départemental et régional, les principaux indicateurs statistiques sur la démographie, l'équipement sanitaire et social, les professions de santé, la protection sociale. Ce mémento est réalisé annuellement par chaque direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (DRASS). L'ensemble des données régionales sont rassemblées au sein d'un document national « Statiss Les régions françaises ». Ces deux documents sont publiés chaque année sur support imprimé. Les données, sont également disponibles sur le site <http://www.sante.gouv.fr> à l'adresse suivante :

<http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm>.

Les données régionales et départementales sont disponibles sur les sites régionaux des DRASS. Il est également possible de disposer des séries statistiques depuis 1999 au niveau des régions.

Les informations concernant l'équipement social et médico-social sont issues du répertoire Finess ; les informations relatives à l'équipement sanitaire sont issues de l'enquête « statistique annuelle des établissements de santé (SAE) réalisée par la DREES (voir source S21).

S23. Enquête « Services de soins infirmiers à domicile » (SSIAD)

La DREES a effectué en 2009 une enquête ponctuelle auprès de l'ensemble des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des services polyvalents d'aide et soins à domicile (SPASAD) situés en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, dénommée SSIAD 2008.

La précédente étude sur ce champ portait sur l'année 2002 et était basée sur l'exploitation des indicateurs médico-sociaux issus des rapports d'activité transmis chaque année à la DGAS.

L'enquête SSIAD 2008 fournit des données globales sur l'activité, le personnel et les bénéficiaires de ces services. Pour les SPASAD, seule la partie de leur activité relative aux soins infirmiers à domicile est concernée,

Les variables observées portent sur l'ensemble de l'année 2008 ou sur une période de référence (première quinzaine d'octobre).

Données annuelles 2008 :

- les caractéristiques du service (localisation, statut, nombre de places autorisées et installées, montant des dotations globales...)
- l'activité et le personnel salarié (nombre d'entrées et sorties, nombre de périodes de prises en charge, nombre de bénéficiaires, les effectifs et les équivalents temps plein (ETP) en personnel salarié, selon la fonction...)

Données portant sur la 1^{ère} quinzaine du mois d'octobre 2008 :

- les effectifs et les équivalents temps plein du personnel salarié, leur nombre d'heures effectuées par type de soins (AMI ou AIS), leur nombre de bénéficiaires par type de soins, leur nombre de visites ou de passages effectués.
- les effectifs des intervenants libéraux (infirmiers, pédicures-podologues ou autres soignants), leurs nombre d'actes par type de soins, leur nombre de bénéficiaires par type de soins, leur nombre de visites ou de passages effectués.
- les bénéficiaires répartis par sexe et tranches d'âge, par groupe iso-ressources (GIR) ou selon leurs conditions de vie.

Les résultats nationaux de cette enquête feront l'objet de publications qui seront disponibles en 2010 sur le site internet de la DREES <http://www.sante.gouv.fr/drees>

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)

S24. Suivi d'activité des consultations mémoire

Les consultations mémoire adressent périodiquement à l'ARH un bilan de leur activité. Le système actuel de recueil d'activité est toutefois en train d'évoluer par la constitution au plan national d'une base statistique anonymisée (Base Nationale Alzheimer) qui sera alimentée progressivement par les 430 consultations spécialisées (consultations mémoire et centres mémoire de ressources et de recherche existantes – projet CALLIOPE). Cette base de données, contenant des informations détaillées sur les patients, est mise à disposition notamment de l'Institut national de veille sanitaire (InVS) dans le cadre du suivi épidémiologique, de la DHOS et des ARS. Les principaux résultats statistiques sont disponibles sur le site internet du ministère de la santé.

MINISTÈRE CHARGÉ DE L'EMPLOI ET PÔLE EMPLOI

Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES)

S25. Contrats aidés du plan de cohésion sociale

Les données sur les contrats aidés définis par la loi de programmation pour la cohésion sociale de janvier 2005 sont issues de l'Agence de services et de paiement (ASP), établissement public administratif créé en 2009 à partir de la fusion entre le CNASEA et l'Agence unique de paiement, organisme chargé du versement de ces aides. La DARES a en charge le traitement statistique de ces données et elle publie annuellement le bilan des contrats aidés.

Direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle (DGEFP)

S26. Subvention spécifique allouée aux entreprises adaptées

L'attribution de la subvention spécifique aux entreprises adaptées est réalisée en 2 temps :

- Au début de chaque année, la DGEFP attribue aux régions un nombre d'aides aux postes qui correspond au nombre de travailleurs handicapés en équivalent temps plein, en fonction des emplois existants ou à créer dans les entreprises adaptées. La base forfaitaire de la subvention - 900 € par travailleur handicapé - est ensuite répartie entre les régions. Chaque région peut alors verser un acompte au titre de la subvention spécifique aux entreprises adaptées de son territoire.

- Pour compléter cet acompte, au mois de juin de chaque année, la DGEFP réalise une enquête auprès des DRTEFP : ces dernières doivent transmettre à la DGEFP les demandes consolidées et validées formulées par les entreprises adaptées pour compléter l'acompte reçu en début d'année des parties de la subvention liées aux critères, aux projets et à l'aide aux structures en difficultés.

Dans la limite des crédits alloués, la DGEFP détermine alors par région le montant annuel de la subvention spécifique, et délègue aux DRTEFP les crédits correspondants que les DRTEFP répartissent ensuite aux entreprises adaptées en fonction des demandes validées.

S27. Applications de gestion des CRP

Les systèmes de gestion des centres de rééducation professionnelle (CRP) contiennent des données sur le nombre et les caractéristiques des personnes handicapées suivant des formations professionnelles au sein de ces établissements.

Pôle emploi

S28. Système d'Information Décisionnel (SIAD) de Pôle emploi

Pôle emploi produit des statistiques à partir du Système d'Information Décisionnel (SIAD) qui permet d'extraire des données des fichiers de gestion, notamment de la demande et de l'offre d'emploi et des prestations d'accompagnement et d'évaluation.

MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA REFORME DE L'ETAT

Direction générale des finances publique (DGFIP) - Service des retraites de l'Etat

S29. Base des pensions

Le service des retraites de l'État, rattaché à la DGFIP, gère les retraites des fonctionnaires de l'État, des magistrats et des militaires. La base des pensions, créée en 1992, est une base de données individuelles sur les pensions et les bénéficiaires. Elle contient les pensions civiles et militaires de retraite, les pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre et les allocations temporaires d'invalidité.

S30. INDIA-LOLF

INDIA-LOLF est un système d'information qui propose à l'ensemble des acteurs de la gestion financière publique les informations nécessaires à leur activité. Selon leurs fonctions et leurs périmètres de responsabilité, les utilisateurs disposent de restitutions prédéfinies ou peuvent effectuer des interrogations spécifiques en fonction de leurs besoins. Cette base permet notamment de disposer de données financières concernant les retraites et pensions d'invalidité des agents de l'Etat.

Ministère de l'Éducation nationale

S31. Enquêtes n°3 (enseignement premier degré) et n°12 (enseignement second degré) - relatives aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans les premier et second degrés

Avant l'année scolaire 2003-2004 pendant plus de quarante ans pour l'enseignement du premier degré, et pour les années scolaires 1998-1999 à 2003-2004 pour l'enseignement du second degré, la direction de l'évaluation et de la prospective (DEP) du ministère de l'Éducation nationale a réalisé des enquêtes comportant des données relatives à la scolarisation des élèves en situation de handicap (élèves en scolarisation individuelle ou collective, scolarisation à temps complet ou temps partiel dans les secteurs d'enseignement public et privé). Il s'agissait de tableaux de données agrégées : pour le premier degré, ces tableaux faisaient partie de l'enquête 19, dite enquête « lourde » ; pour le second degré, les tableaux (données agrégées au niveau départemental) constituaient les éléments d'une enquête spécifique conduite par les inspecteurs de l'Éducation nationale chargés de l'adaptation et l'intégration scolaire (IEN-AIS).

A la rentrée 2003, la direction de l'enseignement scolaire (DESCO devenue DGESCO, direction générale de l'enseignement scolaire en 2005) et la DEP (devenue la DEPP, direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance en 2005) ont mis en place une nouvelle enquête concernant le premier degré public (« enquête 3 »), basée sur un recueil de données individuelles anonymes des élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicap scolarisés à chaque rentrée. A la rentrée 2004, cette enquête a été étendue aux élèves handicapés scolarisés dans le premier degré du secteur privé sous contrat.

A la rentrée 2004, une deuxième enquête (« enquête 12 ») relative aux élèves handicapés scolarisés dans le second degré des secteurs public et privé sous contrat a été créée, de structure identique à celle de l'enquête 3 (même mode de recueil de données, mêmes rubriques, même format, calendrier identique).

Tout élève handicapé qui fait l'objet d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS), tel que défini par la loi du 11 février 2005, est comptabilisé dans les enquêtes, ainsi que ceux qui ont un projet d'accueil individualisé (PAI) et dont « la scolarité comporte des aménagements importants et durables ». Ces enquêtes (portant sur l'ensemble des élèves scolarisés en France métropolitaine + DOM) sont annuelles, et les données, détaillées, individuelles et anonymes, sont recueillies par les enseignants référents coordonnés au niveau départemental par les inspecteurs d'académie, et, au sein de chacune d'elle, par les inspecteurs de l'éducation nationale chargés de l'adaptation scolaire et du handicap (IEN-ASH¹). Le recueil de données est réalisé sur un site web dédié, chaque intervenant (administration centrale : DGESCO et DEPP, rectorat, inspection d'académie, enseignant référent) ayant main, chacun à son niveau, sur ses données propres, avec possibilité de rapatrier ses fichiers et de générer des tableaux statistiques. Les résultats de ces enquêtes sont validés dans le courant du mois de mars de l'année scolaire en cours.

NB : la DEPP réalise actuellement cette même enquête auprès du ministère de l'agriculture, pour ce qui est des élèves handicapés scolarisés dans des établissements relevant de la tutelle de ce ministère.

S32. Enquête n°32 concernant la scolarisation dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux

Depuis le milieu des années 1980, la DEPP réalise, en collaboration avec la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville) et la DGESCO, une enquête recensant le nombre d'enfants et adolescents accueillis dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux (France métropolitaine + DOM), et parmi eux, ceux qui sont scolarisés dans les unités d'enseignement (UE). Jusqu'à la rentrée scolaire 2006, le recueil des données était agrégé au niveau de chacun des établissements concernés par l'enquête. Depuis la rentrée 2007, le recueil des données est individuel et anonyme et de nouvelles variables ont été créées, en meilleure correspondance avec les données issues des enquêtes 3 et 12. Le recueil de données est réalisé par les directeurs d'établissement sur un site web dédié.

S33. Remontées chiffrées des personnels de santé de l'Éducation nationale

Les données issues des remontées chiffrées fournies par les personnels de santé de l'Éducation nationale sont rassemblées au niveau de chaque académie puis transmises au ministère de l'Éducation nationale. Actuellement ces données ne sont disponibles que sur demande écrite au ministère.

¹ Anciennement IEN-AIS, inspecteurs de l'éducation nationale chargés de l'adaptation et l'intégration scolaire

S34. Enquête « Suivi des effectifs des personnels assurant des fonctions d'auxiliaires de vie individuel »

Depuis 2007-2008 une enquête relative à la situation des emplois et au suivi des effectifs d'assistants d'éducation individuel (AVS-i) et des personnels sous contrat aidé assurant des fonctions d'AVS-i est menée. Cette enquête, comportant un tableau de données agrégées départementales, est actuellement remontée 4 fois par an.

S35. Enquête sur les postes de l'adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés

La direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) du ministère de l'Éducation nationale réalise chaque année depuis une vingtaine d'années en début d'année scolaire une enquête auprès des rectorats et des inspections d'académie sur l'ensemble des postes spécialisés destinés à l'adaptation scolaire et à la scolarisation des élèves handicapés, postes relatifs aux personnels de l'enseignement public à l'exclusion des maîtres de l'enseignement privé sous contrat. Elle comporte trois tableaux de données agrégées au niveau départemental. Le recueil de données est réalisé sur un site web dédié, chaque intervenant (administration centrale : DGESCO et DEPP, rectorat, inspection d'académie) ayant main, chacun à son niveau, sur ses données propres, avec possibilité de rapatrier ses tableaux. Les résultats de l'enquête sont validés courant mai de l'année scolaire en cours.

S36. « Enquête rapide » de rentrée

La direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) du ministère de l'Éducation nationale réalise chaque année depuis 2008-2009 en début d'année scolaire, une enquête annelle, dite « enquête rapide » auprès des rectorats et inspections d'académies, relative aux élèves porteurs de handicap. Les données recueillies, agrégées au niveau du département, sont synthétiques, et donc peu nombreuses (les résultats de l'enquête sont validés début octobre de l'année scolaire en cours).

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche

S37. Recensement des étudiants en situation de handicap

La Direction générale de l'enseignement supérieur (DGES) du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, réalise, chaque année depuis 1990, un recensement des étudiants handicapés ou malades, inscrits dans un établissement d'enseignement supérieur. Ce recensement est effectué à partir des informations transmises par chacun des établissements sachant que tous les établissements d'enseignement supérieur ne renseignent pas cette enquête.

Observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité des établissements d'enseignement

S38. Enquête « diagnostic accessibilité dans les collèges »

Tous les établissements recevant du public de 1ère à 4ème catégories doivent réaliser un diagnostic d'accessibilité. Ce dernier a pour finalité, d'une part d'analyser la situation de l'établissement au regard des obligations de mise en accessibilité du bâtiment, et d'autre part d'établir à titre indicatif une estimation du coût des travaux nécessaires pour satisfaire ces obligations d'accessibilité.

La commission « accessibilité » de l'Observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité des établissements d'enseignement a souhaité pouvoir dresser un état de l'avancement des diagnostics des établissements d'enseignement tant au niveau de leur contenu que de leur réalisation au regard des obligations fixées par la loi du 11 février 2005.

Une première enquête concernant les collèges a été menée auprès des départements. Elle concernait un état des lieux de mise en accessibilité de collèges au 1er mai 2009. Les questions portaient sur les prestataires, la méthodologie du cahier des charges, les modalités de concertation et les travaux de mise en accessibilité. 76 départements ont répondu dont 6 qui n'avaient pas encore commencé la procédure. Cette enquête ne sera pas renouvelée sous cette forme.

MINISTÈRE CHARGÉ DES SPORTS

S39. Recensement des équipements et des sites de pratiques sportives (RES)

Le recensement des équipements et des sites de pratiques sportives décrit chaque équipement sportif en une cinquantaine de variables permettant d'identifier ses caractéristiques techniques (aire d'évolution, nombre de vestiaires, nombre de places assises dans les gradins ou tribunes...), ses caractéristiques d'usage (activités pratiquées, niveau de compétition...) et son niveau d'homologation fédéral. L'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite et les handicaps sensoriels est évaluée par un enquêteur.

L'actualisation de la base de données est réalisée par les services départementaux chargés des sports, lors de la déclaration réglementaire par le propriétaire, de toute création, changement d'affectation, modification, cession ou suppression d'un équipement sportif (article L 312-2 du code du sport). Depuis 2009, une vérification quadriennale systématique des équipements sportifs des communes en fonction de leur population a été mise en place (les communes de moins de 750 habitants en 2009). Les services départementaux chargés des sports procèdent également à une actualisation « au fil de l'eau » en fonction des éléments recueillis auprès des différents partenaires.

Les partenaires du recensement des équipements sportifs (services de l'état, collectivités territoriales et les acteurs du mouvement sportif) peuvent disposer d'une mise à disposition gratuite des fichiers sources actualisés de la base de données RES concernant leur(s) territoire(s) ou leur(s) activités(s) sur demande auprès du ministère chargé des sports. La base de données est accessible sur <http://www.res.jeunesse-sports.gouv.fr>

Mission des études, de l'observation et des statistiques (MEOS)

S40. Handiguide

L'outil Handiguide, mis en place par le ministère chargé des sports en lien avec le pôle ressource national « sport et handicap », est un annuaire national qui recense les structures qui proposent des activités physiques et sportives pour les personnes en situation de handicap. Il est géré par les référents « sport et handicap » du ministère en départements et régions. La base de données est interrogeable par région, département, par type de handicap et par discipline sportive sur <http://www.handiguide.gouv.fr>. La mise à jour repose sur l'auto-déclaration des structures et une visite sur site par les référents sport et handicap des directions départementales de la jeunesse et des sports.

S41. Recensement auprès des fédérations sportives agréées

La Mission des Etudes, de l'Observation et des Statistiques (MEOS) du ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative réalise chaque année un recensement auprès des fédérations sportives agréées sur les clubs affiliés et les licenciés. La cohérence interne et l'évolution des données transmises par les fédérations sont contrôlées par la MEOS. Les effectifs regroupent les licences *stricto sensu* et les autres titres de participation délivrés, par exemple, pour une pratique sportive occasionnelle. Les données définitives sont disponibles au mois de septembre de l'année n + 1.

Ces données sont accessibles sur <http://www.sports.gouv.fr/francais/communication/statistiques/chiffres-cles>

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE

Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)

S42. Enquête Santé et soins médicaux

L'enquête sur la santé et les soins médicaux (appelée aussi parfois « Enquête décennale santé ») est réalisée périodiquement par l'INSEE auprès d'un échantillon représentatif des ménages ordinaires de France métropolitaine. La dernière enquête s'est déroulée en 2002-2003. La première de ces enquêtes date de 1960, et un recueil homogène existe depuis l'enquête de 1970 suivie de celle de 1980-1981 puis de celle de 1991-1992.

Les objectifs principaux de l'enquête 2003 étaient, d'une part, d'appréhender la consommation individuelle annuelle de soins et de prévention, la morbidité déclarée, la santé perçue et les états de santé et, d'autre part, de mettre en relation les consommations de soins avec l'état de santé déclaré et les caractéristiques sociodémographiques des individus et des ménages.

Cinq extensions régionales ont été réalisées (Nord - Pas-de-Calais, Champagne-Ardenne, Picardie, Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur).

Au final, environ 16 800 ménages ont répondu à cette enquête, soit environ 40 900 personnes.

Eurostat prépare un règlement communautaire d'application définissant une enquête déclarative sur la santé harmonisée au niveau européen que les États-membres devront réaliser de façon obligatoire à un rythme quinquennal, probablement à partir de 2014. L'enquête Handicap-Santé, réalisée en 2008-2009, (voir source S44) pour sa partie santé, constitue une première mise en œuvre des recommandations européennes ; elle s'inscrit également dans la continuité des enquêtes « Santé et soins médicaux ».

S43. Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance

L'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance « HID » est la première enquête nationale sur le handicap ; elle a été réalisée par l'INSEE de 1998 à 2001 en France métropolitaine. Le Conseil National de l'Information Statistique (CNIS) a fortement appuyé sa mise en œuvre ; des chercheurs des principaux instituts spécialisés ont participé à sa conception et son exploitation et de nombreux acteurs du domaine ont soutenu financièrement sa réalisation. Les fichiers ont donné lieu à plusieurs dizaines de publications et rapports qui ont permis d'apporter une information statistique originale et irremplaçable sur les principales questions démographiques et sociales liées au handicap et à la dépendance.

L'objectif central du projet HID était de fournir des données de cadrage sur le handicap et la dépendance pour l'ensemble de la population afin d'avoir une vision d'ensemble des caractéristiques, des difficultés et des besoins des personnes en situation de handicap ou dépendantes. Deux autres objectifs étaient également poursuivis : fonder des prévisions en estimant des flux d'entrée en incapacité ou dépendance et des flux de sortie par décès ou récupération ; répondre aux besoins d'information des acteurs locaux.

« HID » a comporté six vagues successives : deux enquêtes auprès de 15 000 personnes hébergées en institutions (maisons de retraite, établissements pour adultes ou enfants handicapés, établissements psychiatriques - fin 1998 et

fin 2000) ; deux enquêtes auprès de 20 000 personnes vivant en domicile ordinaire (fin 1999 et fin 2001) précédées par une pré-enquête de repérage de grande dimension (Vie quotidienne et santé - VQS) ; une enquête en établissements pénitentiaires (HID - Prisons - mai 2001).

Le questionnement HID couvre les trois dimensions du handicap - déficiences, incapacités et désavantages - et aborde les domaines du logement, des transports, de la scolarité, de l'emploi, des revenus, des loisirs et des contacts.

Sept départements (13-Bouches-du-Rhône, 34-Hérault, 35-Ille-et-Vilaine, 42-Loire, 62-Pas-de-Calais, 77-Seine-et-Marne et 95-Val-d'Oise) et la région Haute Normandie ont financé des extensions d'échantillon sur leur territoire pour l'enquête VQS ; le département de l'Hérault a également financé une extension départementale de l'enquête HID en ménages ordinaires 1999. Grâce à ces extensions, la technique dite « d'estimations sur petits domaines » expérimentée avec l'aide des méthodologues de l'INSEE, a permis de fournir à ces 7 départements et à la région Haute-Normandie des résultats estimés sur plusieurs variables de l'enquête nationale HID-99 en ménages ordinaires.

S44. Enquête Handicap - Santé

L'enquête Handicap-Santé, réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en 2008-2009 est une importante enquête nationale sur la santé et le handicap, qui s'inscrit dans la continuité de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID, 1998-2001) et de l'enquête décennale santé réalisée depuis les années 1960 en France. Les objectifs de cette enquête sont de fournir, pour la population résidant en France, de nouvelles données de cadrage sur la santé, le handicap et la dépendance et d'en cerner les différentes composantes. Elle doit également permettre de mieux appréhender les difficultés rencontrées dans leur vie quotidienne par les personnes malades ou en situation de handicap, de recenser les aides dont elles bénéficient, ainsi que celles dont elles auraient besoin. Les données ainsi collectées serviront après analyse à mieux orienter les politiques publiques en fournissant des informations sur l'ensemble des populations potentiellement concernées par ces politiques.

Pour répondre à ces objectifs, l'enquête Handicap-Santé 2008-2009 concerne l'ensemble de la population résidant en France, quel que soit l'âge, l'état de santé ou de handicap ou le lieu de vie. Elle a été mise en œuvre en plusieurs temps :

- . le volet Handicap-Santé ménages (HSM) a été réalisé en 2008 par entretien en face à face auprès de 40 000 personnes vivant à leur domicile. Ce recueil a été précédé en 2007 d'une enquête "de filtrage" réalisée principalement par voie postale auprès d'un échantillon de 260 000 personnes issu du recensement de la population (l'enquête Vie Quotidienne et Santé - VQS). 26 questions ont été posées à ces personnes. Les répondants à VQS ont constitué la base de sondage de HSM. Le tirage de l'échantillon HSM a été réalisé en surreprésentant les personnes dont on a pu présumer, grâce à l'enquête filtre, qu'elles sont en situation de handicap ;

- . le volet Handicap-Santé institutions (HSI) a été réalisé auprès d'environ 10 000 personnes tirées au sort dans un échantillon de 1 500 structures sanitaires, médico-sociales et sociales (établissements d'hébergement pour personnes âgées, établissements d'hébergement pour adultes handicapés, services de psychiatrie, Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS).

Le questionnaire, très complet, aborde principalement les thématiques de santé (état de santé général, recours aux soins, nutrition, maladies) et de handicap (déficiences, limitations fonctionnelles, restrictions d'activité, aides techniques, aides humaines de l'entourage ou de professionnels). Il traite également de la participation à la vie sociale des individus, des discriminations, de l'accessibilité de leur logement, de leurs revenus et allocations, de la scolarisation, de l'emploi, de l'environnement familial. Les questions ont été élaborées avec des experts des sujets abordés. Elles permettent en particulier de décliner plusieurs grilles telles que la grille d'évaluation du degré de dépendance de Katz, la grille de mobilité de Colvez ou les niveaux de dépendance mesurés par les GIR (grille AGGIR).

Les conseils généraux des départements 59-Nord, 62-Pas-de-Calais, 69-Rhône, 92-Hauts-de-Seine, 971-Guadeloupe, 972-Martinique, ont choisi de réaliser des extensions locales de l'échantillon du volet HSM et pourront ainsi réaliser des études et disposer d'indicateurs pour leur territoire. La Guyane et la Réunion ont choisi quant à elles de réaliser des extensions départementales uniquement sur l'enquête VQS.

- enfin, une enquête « Aidants informels », adossée au volet HSM de l'enquête Handicap-Santé, a été réalisée en 2008. Le fichier sera disponible début 2010. Son objectif principal est de caractériser les différentes formes d'aides que les aidants non professionnels (famille, amis, voisins, etc.) apportent aux personnes ayant des difficultés à réaliser certains actes de la vie quotidienne en raison d'un handicap, d'un problème de santé ou de leur âge. Elle doit permettre de mieux connaître les motivations et les manifestations du soutien informel, de décrire et d'analyser les conditions et la qualité de vie des aidants et la façon dont l'aide non professionnelle s'articule ou non avec une aide apportée par des professionnels.

Cette enquête a été menée en face à face auprès de 5 000 personnes de l'entourage des personnes interrogées dans le cadre de HSM, ces personnes leur apportant une aide pour raison de santé ou de handicap.

Les données du volet HSM sont disponibles depuis septembre 2009, celles du volet HSI seront mises à disposition début 2011. Le fichier de l'enquête « aidants informels » sera disponible début 2010. Les données sont mises à disposition des chercheurs au centre Maurice Halbwachs.

Une documentation relative à l'ensemble de ces enquêtes est disponible sur le site Internet de la DREES à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/drees/handicapsante/sommaire.htm> .

S45. Enquête « Santé, Handicap et Travail », complémentaire à l'enquête Emploi

Il s'agit d'une enquête par sondage, réalisée par l'INSEE auprès d'un échantillon représentatif (29 000 personnes pour l'enquête 2007) de l'ensemble de la population âgée de 15 à 64 ans en France métropolitaine vivant en ménage ordinaire (collectivités exclues). Une première enquête a eu lieu en 2002 puis elle a été renouvelée en 2007, les résultats de ces deux enquêtes n'étant pas strictement comparables.

Cette enquête est consacrée aux personnes handicapées ou ayant des problèmes de santé, qui ont été interrogées sur le type, l'ancienneté et l'origine de leur problème de santé, la reconnaissance administrative éventuelle de leur handicap, les limitations possibles de leur capacité de travail et sur les aides dont elles bénéficient ou souhaiteraient bénéficier.

Cette enquête, exploitée par la Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques (DARES) du ministère chargé de l'emploi, produit essentiellement des données au niveau de la France métropolitaine.

S46. Espérance de vie en bonne santé

L'espérance de vie en bonne santé (à la naissance) ou années de vie en bonne santé (AVBS) représente le nombre d'années en bonne santé qu'une personne peut s'attendre à vivre à la naissance. Une bonne santé est définie par l'absence de limitations d'activité dans les gestes de la vie quotidienne et l'absence d'incapacités. Cet indicateur est disponible pour les hommes et pour les femmes, mais uniquement au niveau national. Il s'agit d'une valeur moyenne qui peut cacher des disparités très importantes notamment entre groupes sociaux.

Cet indicateur combine des informations sur la mortalité et la morbidité. Les informations utilisées pour son calcul sont des mesures de prévalence (proportions) de la population d'un âge spécifique étant dans des conditions de bonne ou mauvaise santé et des informations de mortalité par âge. Il est aussi appelé espérance de vie sans incapacité (EVSII).

CAISSE DES DEPOTS

Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL)

S47. Système de gestion des pensions d'invalidité et des allocations temporaires d'invalidité des agents des collectivités locales

La Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) constitue un régime spécial de sécurité sociale au sens de l'article L711-1 du Code de la sécurité sociale. Créée par l'ordonnance n°45-993 du 17 mai 1945, elle s'est substituée aux divers régimes de retraites propres à certaines collectivités. La CNRACL assure, selon le principe de la répartition, la couverture des risques vieillesse et invalidité permanente. Les agents titulaires et stagiaires des collectivités locales et leurs établissements publics, nommés dans un emploi permanent à raison de 28 heures hebdomadaires, sont obligatoirement affiliés à la CNRACL.

La Direction des retraites de la Caisse des dépôts assure la gestion technique et financière de la CNRACL. Chaque année, l'Unité Etudes et Statistiques de la Direction de la gouvernance des fonds de la Caisse des dépôts (Etablissement de Bordeaux) publie un recueil statistique sur les flux d'entrée (ouvertures de droit) et de sortie (décès), le stock et l'évolution de la population pensionnée et de la population des actifs et des cotisants de la CNRACL.

Ce document est disponible sur

https://www.cdc.retraites.fr/portail/spip.php?page=article&id_article=1748

Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)

S48. Déclaration annuelle du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)

Jusqu'en 2005, les principales statistiques relatives à l'emploi des travailleurs handicapés dans la fonction publique étaient issues de trois sources différentes. Suite à la loi du 11 février 2005, ces informations ont été homogénéisées avec l'application de saisie de la déclaration annuelle du FIPHFP. Cette déclaration est entièrement dématérialisée et se fait exclusivement à partir de la plateforme sécurisée gratuite e-service, accessible à partir du site internet du FIPHFP, organisme qui diffuse les données statistiques sur l'emploi des travailleurs handicapés dans la fonction publique.

INSTITUTS ET AGENCES

Agence nationale de l'habitat (ANAH)

S49. Système d'information sur les subventions accordées par l'ANAH

L'agence nationale de l'habitat dispose d'un système d'information sur les logements privés ayant bénéficié de subventions dans le cadre de travaux pour l'amélioration de l'habitat. Ce système d'information permet notamment de connaître les subventions accordées pour l'adaptation des logements au handicap physique.

Agence nationale des services à la personne

S50. Annuaire des services à la personne

Les conseils généraux, les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales, les Directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, et les délégués territoriaux de l'agence nationale des services à la personne, disposent d'une liste actualisée des services dont ils gèrent l'agrément (incluant les services dont l'autorisation vaut agrément). L'agence nationale des services à la personne gère, à partir de ces différentes sources d'information, un annuaire des organismes agréés. Cette base de données est consultable sur le site <http://www.servicessalapersonne.gouv.fr>. Elle est interrogeable par localisation géographique (code postal ou commune) et par type d'activité.

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

S51. Base nationale PMSI-MCO

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est un système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière, qui repose sur l'enregistrement standardisé d'un certain nombre d'informations administratives et médicales.

Pour les séjours en médecine, chirurgie, obstétrique (PMSI-MCO) sont recueillis un diagnostic principal (défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant), un diagnostic relié et des diagnostics associés, ainsi que les actes effectués au cours du séjour. Les diagnostics sont codés selon la Classification internationale des maladies 10^e révision (CIM-10) et les actes selon la Classification commune des actes médicaux (CCAM). Le croisement des différentes variables statistiques recueillies pendant le séjour permet de classer chacun de ces séjours dans un Groupe homogène de malade (GHM).

L'ATIH met à disposition sur son site internet <http://www.atih.sante.fr> un module de requêtes permettant d'interroger la base nationale à partir de certains critères : par GHM, par diagnostic principal ou acte classant.

Les données présentées concernent des séjours et non des patients (un patient hospitalisé à plusieurs reprises est comptabilisé autant de fois qu'il est hospitalisé).

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

S52. Baromètre santé environnement

Dans le cadre du premier Plan national santé environnement (PNSE) 2004-2008, l'INPES a mis en œuvre un Baromètre santé environnement afin de disposer d'indicateurs quantifiés sur les attitudes, opinions et comportements de la population en ce domaine.

Les thèmes abordés sont les suivants : Pollution des sols, Pollution de l'air extérieur, Pollution de l'air intérieur dans l'habitat, Tabagisme passif au domicile, Monoxyde de carbone, Radon, Produits ménagers, de bricolage, de jardinage et produits cosmétiques, Eaux de baignade, Eau du robinet, Légionelles, Bruit, Téléphonie mobile.

Sept ORS, avec les financements des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et des collectivités territoriales, se sont associés à la démultiplication du Baromètre santé environnement en régions Aquitaine, Bretagne, Champagne-Ardenne, Ile-de-France, Pays de la Loire, Picardie, Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Les résultats nationaux sont disponibles sur le site de l'INPES <http://www.inpes.sante.fr>.

Les résultats régionaux sont publiés sous différentes formes selon les ORS.

S53. Baromètre santé nutrition

Le Baromètre santé nutrition 2008, enquête téléphonique répétée pour la troisième fois depuis 1996, a pour objectif d'évaluer et de suivre dans le temps les comportements, les attitudes et les connaissances des Français en matière d'alimentation et d'activité physique.

Cette troisième vague, réalisée auprès d'un échantillon aléatoire de 4 714 personnes âgées de 12 à 75 ans, explore en détail le contenu de l'assiette et du verre des Français ; les moments de la journée auxquels ils mangent ; les lieux, la structure et la convivialité de leurs repas ; leurs comportements d'achats ; leurs pratiques d'activité physique.

Elle aborde aussi leurs connaissances et leurs perceptions sur l'alimentation et l'activité physique. Ces différentes dimensions ont également été analysées sous l'angle des inégalités sociales de santé, avec un focus sur des populations particulièrement fragilisées, comme celles se trouvant en situation d'insécurité alimentaire. Sept régions, ayant fait chacune l'objet de sur échantillons d'environ 1 000 personnes, font par ailleurs l'objet d'une analyse interrégionale spécifique.

Les résultats nationaux sont disponibles sur le site de l'INPES <http://www.inpes.sante.fr>.

Les résultats régionaux sont publiés sous différentes formes selon les ORS.

S54. Coordonnées des centres de référence pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage

L'INPES met à disposition sur son site internet <http://www.inpes.sante.fr/>, dans l'espace thématique « Troubles du langage », la liste des centres de référence pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage. Une carte interactive permet d'obtenir les coordonnées des établissements concernés (adresse, numéro de téléphone, médecin responsable) pour une région donnée.

S55. Plan de diffusion des guides PNNS

L'INPES ayant en charge la diffusion des différents guides PNNS tient à jour la liste des organismes destinataires, ainsi que le nombre de documents transmis.

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)

S56. Enquête nationale périnatale

Des Enquêtes Nationales Périnatales sont réalisées de manière périodique (1995, 1998, 2003, 2010) pour suivre l'évolution des principaux indicateurs de santé et de pratiques médicales, en matière de périnatalité. Ces enquêtes portent sur la totalité des naissances d'enfants nés vivants ou mort-nés, survenues pendant une semaine, si la naissance a eu lieu après au moins 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant pesait au moins 500 grammes. Les informations sont recueillies à partir du dossier médical des maternités et d'un interrogatoire des femmes en suites de couches.

Ces études sont mises en œuvre par la Direction Générale de la Santé (DGS), et réalisée par les services départementaux de Protection Maternelle et infantile (PMI) la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) et l'Unité de Recherches épidémiologiques en Santé périnatale et Santé des femmes (Unité 149) de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM).

Les principaux résultats de l'enquête 2003 sont publiés dans une étude réalisée par l'Unité de Recherches Epidémiologiques en Santé Périnatale et Santé des femmes, INSERM - U. 149. Ce document est disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/perinat03/sommaire.htm>

S57. Orphanet

Orphanet est un serveur d'informations sur les maladies rares disponible sur <http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php?lng=FR>. L'annuaire des services contient des informations sur les consultations spécialisées, les laboratoires de diagnostic, les projets de recherche en cours, les registres, les essais cliniques et les associations de malades en lien avec les maladies rares dans 38 pays d'Europe et du pourtour méditerranéen. L'information disponible est celle fournie par le responsable de l'institution.

Institut de veille sanitaire (InVS)

S58. Etude nationale nutrition santé (ENNS)

Le ministère chargé de la Santé a lancé en 2001 le Programme national nutrition santé (PNNS) qui a rendu possible la mise en œuvre d'actions de santé publique dans ce champ. Le PNNS a ainsi fixé différents objectifs chiffrés de santé publique concernant l'alimentation et les apports nutritionnels, les marqueurs de l'état nutritionnel et l'activité physique.

Pour procéder à l'évaluation de l'impact du PNNS sur la situation nutritionnelle en France, l'Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (USEN, unité mixte InVS – Université Paris 13) a été chargée de mettre en œuvre une étude permettant de décrire les consommations alimentaires, l'état nutritionnel (corpulence, pression artérielle et marqueurs biologiques) et l'activité physique d'un échantillon national d'enfants (3-17 ans) et d'adultes (18-74 ans) résidant en France métropolitaine.

Les résultats de cette étude sont disponibles sur <http://www.invs.sante.fr/surveillance/nutriton/enns.htm>

SÉCURITÉ SOCIALE

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

S59. Comptes de la Sécurité sociale

Les Comptes de la Sécurité sociale présentent les dépenses, les recettes et le solde financier des comptes des régimes obligatoires de Sécurité sociale et des organismes ayant pour mission de concourir au financement de ces mêmes régimes. Sont également présentés les comptes prévisionnels pour l'année en cours et l'année suivante. Ces comptes sont établis dans le cadre de la Commission des Comptes de la Sécurité sociale prévue à l'article L114-1 du code de la Sécurité sociale. Ils servent directement à l'élaboration du projet de loi de financement de la Sécurité sociale et de ses annexes.

RÉGIME AGRICOLE

Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)

Les données statistiques nationales et départementales sur les prestations du régime agricole sont analysées et diffusées par la Direction des Etudes, des Répertoires et de Statistiques (DERS) de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA).

S60. Système de gestion des prestations familiales (SISPREFAL)

Les données statistiques relatives aux prestations familiales, aux allocations logement et aux versements effectués au titre des minima sociaux dont bénéficient les ressortissants salariés ou non salariés du régime agricole sont gérées au niveau national et départemental par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) au sein du système d'information SISPREFAL (système d'information statistique sur les Prestations FAMILIALES). Les données du SISPREFAL font également l'objet de publication annuelle sous forme d'annuaires accessibles sur le site de la MSA : <http://www.msa.fr/front/id/msafr/S1120156495483/S1120236405701/S1120236405716>

S61. Système de gestion des pensions d'invalidité (RAAMSES)

Les données relatives aux pensions d'invalidité sont issues d'une extraction de la base de données statistiques des prestations en nature ou en espèces versées par la MSA au titre des branches maladie, maternité ou accidents du travail (base RAAMSES : Régime Agricole Assurance Maladie Statistiques Et Santé), complétées par recueil effectué chaque année par la Direction des Etudes, des Répertoires et des Statistiques de la CCMSA auprès des caisses locales de MSA.

S62. Système de gestion des rentes AT-MP (SIMPAT)

Les données statistiques des salariés agricoles bénéficiaires de rentes AT-MP sont extraites de la base de données SIMPAT (Système d'Information sur les Maladies Professionnelles et les Accidents du Travail) relatives aux caractéristiques des accidents du travail ou des maladies professionnels concernant les ressortissants salariés du régime agricole.

S63. Système de gestion de l'ATEXA (OREADE)

Les données statistiques des exploitants agricoles bénéficiaires de rentes AT-MP sont extraites de la base de données OREADE (Origine et Evénements des Accidents des Exploitants).

RÉGIME GÉNÉRAL

Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF)

S64. Recueil annuel CNAF

Chaque année, le service Statistiques de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) recueille les données nationales de la CCMSA et des régimes spéciaux et publie un ouvrage « Prestations familiales. Données nationales » contenant des données nationales tous régimes.

Ce document est disponible sur internet à l'adresse <https://caf.fr> dans la rubrique Qui sommes-nous ? \ Données statistiques \ Données tous régimes.

S65. Système de gestion des prestations familiales (FILEAS)

Les prestations familiales des assurés du régime général de la sécurité sociale, du régime social des indépendants et des fonctionnaires sont versées par les Caisses d'allocations familiales (CAF). Les données statistiques nationales sont analysées et diffusées par la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) – fichier FILEAS-, et les données départementales et infra-départementales par chaque CAF.

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

S66. ERASME régional

Les bases ERASME régional (Extraction Recherches Analyses pour un Suivi Médico-Economique) permettent l'exploitation des données individuelles issues de la liquidation en matière d'assurance maladie des organismes du Régime Général, suivant différents axes d'analyse : les prestations, les bénéficiaires, l'activité de l'offre de soins.

Les bases ERASME régional constituent le système informationnel local des CPAM et des échelons locaux du service médical du régime général de l'assurance maladie. ERASME régional contient des données « brutes », directement issues du système de liquidation des CPAM. Les données sont individuelles et nominatives et concernent les bénéficiaires, les professionnels de santé et les établissements. ERASME régional contient tous les codages affinés (LPPR, codage du médicament, codage des actes de biologie, CCAM...). Chaque organisme n'a accès qu'à ses données, selon un système d'habilitations. Ces bases sont accessibles uniquement par les CPAM, DRSM et URCAM. Il n'existe pas de base nationale qui serait la concaténation de toutes les bases « Erasme régional ».

S67. HIPPOCRATE

HIPPOCRATE est le système décisionnel du service médical de l'Assurance maladie, pour l'expertise médicale en matière d'affection longue durée (ALD), de reconnaissance de l'invalidité, d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Cette base est alimentée par les médecins conseil et permet un traitement statistique des informations.

S68. Système de gestion des rentes AT-MP (EURYDICE)

Les informations sur les bénéficiaires d'une rente AT-MP et sur les prestations AT-MP proviennent de l'application de gestion de ces prestations (EURYDICE).

S69. Système national d'information inter-régime d'assurance maladie (SNIIRAM)

Le SNIIRAM (système national d'information inter régimes de l'assurance maladie) a été créé par la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, afin de mettre à disposition des données statistiques inter-régimes en matière d'assurance maladie. Le SNIIRAM a été ouvert aux utilisateurs en 2003 conformément à l'arrêté ministériel du 11 avril 2002.

Les données du SNIIRAM proviennent de la liquidation des feuilles de remboursement des assurés pour le secteur ambulatoire et les établissements privés (ex OQN). Le SNIIRAM contient des données inter-régimes, individuelles de bénéficiaires, de professionnels de santé et d'établissements ; il contient également des données médicales et les données du PMSI fournies par l'ATIH. Les données individuelles des bénéficiaires sont anonymisées.

S70. Versements de l'Assurance maladie aux établissements de santé et médico-sociaux

Sur décision de l'ARH ou du Préfet de département (DDASS), les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) versent aux établissements la part de leur budget financé par la Sécurité sociale.

AUTRES ORGANISMES NATIONAUX

Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH)

L'association gère le fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Issue de la loi du 10 juillet 1987, elle a pour objectif de favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail. Elle gère les données statistiques de l'ensemble des aides financières qu'elle verse aux entreprises ou aux personnes, notamment celles destinées à inciter les apprentis à s'engager dans l'insertion professionnelle (subvention forfaitaire et prime à l'insertion).

S71. Rapports annuels de l'AGEFIPH

La direction nationale de l'AGEFIPH publie chaque année un rapport d'activité national et des 4 pages par région qui présentent notamment le bilan des fonds collectés et des aides attribuées pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Ces rapports sont disponibles sur le site internet de l'AGEFIPH : <http://www.AGEFIPH.fr>

S72. Aide à l'emploi des travailleurs handicapés (AETH)

Des données chiffrées sont publiées dans l'« Atlas national sur l'emploi et l'insertion professionnelle des personnes handicapées » et dans les rapports d'activité annuels publiés par l'AGEFIPH (documents accessibles sur le site internet de l'AGEFIPH : <http://www.AGEFIPH.fr>).

S73. Prime à l'insertion

La direction nationale de l'AGEFIPH gère les données statistiques sur les primes à l'insertion. Des données chiffrées sont publiées dans l'« Atlas national sur l'emploi et l'insertion professionnelle des personnes handicapées » et dans les rapports d'activité annuels publiés par l'AGEFIPH (documents accessibles sur le site internet de l'AGEFIPH : <http://www.AGEFIPH.fr>).

S74. Contrat d'apprentissage bénéficiant d'un financement de l'AGEFIPH

La direction nationale de l'AGEFIPH gère les données statistiques sur les contrats d'apprentissage bénéficiant d'un financement de l'AGEFIPH. Des données chiffrées sont publiées dans l'« Atlas national sur l'emploi et l'insertion professionnelle des personnes handicapées » et dans les rapports d'activité annuels publiés par l'AGEFIPH (documents accessibles sur le site internet de l'AGEFIPH : <http://www.AGEFIPH.fr>).

S75. Bilan d'activité des Cap Emploi

Les rapports d'activité des Cap Emploi sont édités trimestriellement à partir de l'application ParcoursH. La Direction nationale de l'AGEFIPH assure l'exploitation des bilans d'activité des Cap Emploi.

S76. Bilan d'activité des SAMETH

Les rapports d'activité des SAMETH sont édités trimestriellement à partir de l'application ParcoursH. La Direction nationale de l'AGEFIPH assure l'exploitation des bilans d'activité des SAMETH.

Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant (AFDPHE)

S77. Rapport d'activité de l'AFDPHE

L'Association Française pour le Dépistage et la Prévention des Handicaps de l'Enfant (AFDPHE), est une association de professionnels fédérant des associations régionales. L'AFDPHE est chargée de la mise en place du programme national de dépistage néonatal systématique sur l'ensemble du territoire et de sa gestion par le Ministère de la Santé et la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAMTS) qui le finance en totalité. Dans son rapport d'activité annuel figure le nombre de dépistages réalisés, le nombre de cas dépistés et le nombre de refus. Ces chiffres sont présentés au niveau régional (données regroupées pour les deux régions Normandes, pour PACA et Corse et pour Pays de la Loire et Poitou-Charentes). Ce rapport est accessible aux professionnels après inscription sur le site de l'AFDPHE (<http://www.afdphe.asso.fr>). Des données départementales peuvent être, selon les cas, obtenues auprès des associations régionales.

Association nationale pour la formation professionnelle des adultes (AFPA)

S78. Système d'information des AFPA

L'AFPA réalise des bilans statistiques à destination de ses commanditaires qui reprennent les caractéristiques des formations et du public accueilli ainsi que le devenir des personnes reçues dans les Services d'orientation professionnelle pour une aide au reclassement professionnel.

Association Tourisme et handicap

S79. Liste des sites labellisés « Tourisme et handicap »

Le label « Tourisme et handicap » identifie les équipements et sites touristiques accessibles aux personnes handicapées. La base de données tourisme et handicap recense l'ensemble des structures adaptées. Elle est interrogeable par type de handicap (moteur, visuel, auditif, mental), par zone géographique (région ou département) et par type d'activité. Quatre activités principales sont répertoriées (sports, culture, tourisme, animation). Chacune se décline en une liste détaillée. La base de données est accessible sur <http://fr.franceguide.com/Voyageurs/Tourisme-et-Handicap/Moteur-de-recherche-Tourisme-et-Handicap/>.

Société française de la mucoviscidose

S80. Recensement des centres de ressources et de compétence de la mucoviscidose

Les Centres de Ressources et de Compétence de la Mucoviscidose ou CRCM ont été créés en 2001 (Circulaire DHOS/O/DGS/SD5/2001 n° 502 du 22 octobre 2001) pour coordonner la prise en charge des patients atteints de mucoviscidose, harmoniser les pratiques, et participer à l'effort de recherche clinique. La fédération des CRCM tient à jour sur son site internet <http://www.federation-crcm.org> un recensement permanent des différents centres présents sur le territoire.

Centre de ressources Autisme du Languedoc-Roussillon

S81. Coordonnées des centres de ressources Autisme

Les missions des centres de ressources autisme sont définies par la circulaire interministérielle DGAS/DGS/DHOS/3C/2005/124 du 8 mars 2005 relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement (TED). Ils interviennent dans le diagnostic et la coordination de la prise en charge des personnes avec TED, forment les intervenants et coordonnent des travaux de recherche dans ce domaine. L'association nationale des CRA (ANCRA) propose des liens avec les sites internet des différents CRA. Le site internet du CRA du Languedoc-Roussillon <http://www.autisme-ressources-lr.fr> fournit une liste actualisée des CRA avec leurs coordonnées.

Réseau national pour l'apprentissage adapté

S82. Annuaire des dispositifs de l'apprentissage adapté

Le réseau national de l'apprentissage adapté recense les différents dispositifs liés à l'apprentissage adapté des personnes en situation de handicap. Site internet : <http://www.2aph.fr/>

ORGANISMES LOCAUX

Conseils généraux

S83. Rapport d'activité des SAAD

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) adressent chaque année au conseil général un rapport d'activité qui dresse le bilan annuel de leurs actions. L'information disponible dans ces documents n'est pas toujours homogène entre services.

S84. Rapport d'activité et de fonctionnement des centres d'information et de coordination

Les centres d'information et de coordination, CLIC ou autres appellations, adressent chaque année au conseil général un rapport d'activité qui dresse le bilan annuel de leurs actions. L'information recueillie n'est pas toujours homogène ni informatisée. Certains conseils généraux disposent d'un système de gestion de l'activité de ces centres. Le contenu de ce système et l'exploitation statistique des données sont spécifiques à chaque département.

S85. Données relatives aux agréments d'accueillants familiaux

Les conseils généraux ont en charge la gestion des accueillants familiaux et disposent des informations nécessaires à cette gestion. Certains conseils généraux disposent d'un système de gestion pour gérer les agréments d'accueillants familiaux. Les données disponibles sont spécifiques à chaque département.

S86. Données relatives aux décisions prises pour les établissements et services (habilitations, autorisations, ..)

Les conseils généraux ont en charge la gestion des décisions en termes d'habilitation et d'autorisation notamment concernant les établissements et services d'accompagnement et disposent des informations nécessaires à leur instruction. Certains conseils généraux disposent de systèmes de gestion pour gérer l'attribution des autorisations des établissements et services d'accompagnement. Le contenu de ces systèmes et l'exploitation statistique des données sont spécifiques à chaque département.

S87. Système de gestion des aides départementales

Les conseils généraux disposent d'un système de gestion des demandes d'attribution et des paiements, pour gérer les aides départementales. Ce système contient des données individuelles concernant les personnes qui font une demande d'aide auprès du conseil général, sur un champ plus ou moins large selon les départements et selon les aides. En particulier, pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), il peut contenir le détail des préconisations écrites dans le plan d'aide APA. Il permet aussi le suivi des dépenses engagées par le conseil général et du nombre de personnes payées. Le contenu du système et l'exploitation statistique des données sont spécifiques à chaque département. Toutefois il comporte un socle minimal commun pour répondre aux demandes de remontées statistiques recueillies par le ministère chargé des affaires sociales et la CNSA.

S88. Bilans de santé de PMI

Les services de Protection maternelle et infantile (PMI) des conseils généraux dispose d'un système d'information qui leur permet de dénombrer le contenu des bilans de santé effectués en école maternelle.

S89. Premier certificat de santé

L'examen de santé obligatoire effectué dans les huit jours suivant la naissance, et qui se déroule en général à la maternité, fait l'objet d'un certificat de santé, qui est retourné ensuite au service de Protection maternelle et infantile (PMI) du département.

Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

S90. Système d'information des MDPH

Une fois le regroupement des services effectué (CDES et COTOREP) au 1^{er} janvier 2006 et le Groupement d'intérêt public (GIP) constitué, les MDPH mettent en place leur système d'information et abandonnent peu à peu les logiciels de gestion administrative des demandes développés par l'Etat – OPALES pour les enfants, ITAC pour les adultes. A la fin de l'année 2008, plus de la moitié des MDPH ont basculé vers leur propre système d'information. A fin 2009, toutes ont leur propre système.

Les systèmes de gestion et d'information des MDPH contiennent des données relatives à l'accueil, à l'instruction des demandes et des décisions, à l'évaluation et à la mise en œuvre des décisions, au suivi des parcours individuels. Ils contiennent en outre des informations organisationnelles et des données sur les caractéristiques des demandeurs. Le décret n°2007-965 du 15 mai 2007 encadre le traitement automatisé des données individuelles recueillies par les MDPH.

Ces nouveaux applicatifs permettent - permettront - de fournir de nombreux indicateurs sur l'activité des Maisons départementales et sur le contenu des réponses et des besoins des personnes. Dans l'immédiat, les indicateurs

effectivement disponibles dans l'ensemble des départements sont relativement peu nombreux. Dans certains départements toutefois, il est déjà possible d'accéder à des données statistiques relativement détaillées. Dans ce contexte très évolutif, la disponibilité des différents indicateurs présentés dans ce guide peut être variable selon les départements.

Conseils régionaux

S91. Système de gestion du suivi des jeunes en contrat d'apprentissage

Les conseils régionaux ayant en charge la gestion de l'apprentissage dans leur région disposent d'un système de gestion qui leur permet de suivre le nombre d'apprentis en cours de formation, en fonction de différents critères. Les conditions d'accès à ces données peuvent être variables selon les régions.

Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS)

S92. Comptes administratifs des établissements et services médico-sociaux

Les DDASS exploitent chaque année les comptes administratifs des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées et pour personnes âgées dépendantes relevant de leur champ de compétence, ce qui permet de consolider à l'échelle départementale les dotations de soins versées par l'Assurance maladie à ces établissements et services.

Directions départementales et régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP)

S93. Déclaration annuelle obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés (DOETH)

Pour s'assurer de la mise en œuvre de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés prévue par la loi, le ministère chargé de l'emploi adresse à la fin de chaque année civile à toutes les entreprises un formulaire de « déclaration annuelle obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés ». Une fois renseigné, ce document est retourné avant le 15 février à la DDTEFP du département d'implantation, administration qui est chargée de contrôler et d'enregistrer ces données.

L'exploitation nationale des DOETH est réalisée annuellement par la DARES à partir des fichiers constitués dans chaque département. Cette base est redressée grâce aux données des déclarations annuelles des données sociales (DADS), selon le secteur d'activité (NES36) et la taille de l'établissement. En revanche, aucun redressement n'est effectué au plan régional.

S94. Rapports annuels des SAP

Les services à la personne (SAP) adressent chaque année à la DDTEFP un rapport d'activité qui fait le bilan de leurs actions. Ces documents peuvent être consultés auprès de ces services. Toutefois, l'information disponible n'est pas forcément homogène entre SAP.

S95. Système de gestion des agréments des services à la personne

Les DDTEFP gèrent les agréments qualité et les agréments simple des services à la personne (SAP), et tiennent à jour la liste actualisée des services agréés. Cette liste inclut également les services dont l'autorisation vaut agrément (SAAD). L'agence nationale des services à la personne gère à partir de cette source d'information un annuaire des organismes agréés (source S50).

Préfecture

S96. Recensement des établissements recevant du public (ERP)

Les préfectures effectuent un recensement des établissements recevant du public (ERP), qui sont soumis à des contraintes réglementaires importantes en matière de sécurité et d'accessibilité. Ce recensement est effectué en lien avec les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS). Les modalités de recensement des ERP sont variables selon les départements.

Registre des handicaps et observatoire périnatal (RHEOP)

S97. RHEOP

Le RHEOP est un registre destiné à la surveillance des handicaps de l'enfant grâce à un enregistrement continu et exhaustif des déficiences. Il a été créé en 1991 dans le département de l'Isère, et étendu depuis 2005 à la Savoie et à la Haute-Savoie, ce qui représente globalement une population de 2 millions d'habitants, 30 000 naissances, et 200 à 250 enfants par an porteurs de déficiences sévères. L'enregistrement des cas est effectué par un médecin de façon

active auprès de différentes sources de données (MDPH, services hospitaliers, secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, DDASS, PMI).

Sont pris en compte dans ce registre les enfants résidants dans l'un des trois départements à l'âge de sept ans et porteurs d'une déficience sévère à titre principal, les autres déficiences étant enregistrées quel que soit leur degré de sévérité.

Ce registre présente un intérêt majeur pour la connaissance des situations de handicap sévère chez l'enfant, grâce notamment aux données historiques anciennes (près de vingt ans) dont il dispose pour le département de l'Isère. Différents travaux ont montré une faible variabilité géographique des déficiences sévères chez l'enfant.

Les données du registre sont disponibles sur son site <http://www-rheop.ujf-grenoble.fr>

Liste des sigles

A.

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AES	Allocation d'éducation spéciale
AETH	Aide à l'emploi des travailleurs handicapés
AFDPHE	Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant
AFPA	Association nationale pour la formation professionnelle des adultes
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
AGGIR	Autonomie gérontologie iso-ressources
AJPP	Allocation journalière de présence parentale
ANAH	Agence nationale de l'habitat
ANPE	Agence nationale pour l'emploi
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ASH	Aide sociale à l'hébergement
AT-MP	Accidents du travail et maladies professionnelles
ATIACL	Allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales
AVS	Auxiliaire de vie scolaire
AVS-i	Auxiliaire de vie scolaire individuelle

B.

BDSL	Base de données sociales locales
BO	Bulletin officiel

C.

CAE	Contrat d'accompagnement dans l'emploi
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAFS	Centre d'accueil familial spécialisé
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CAV	Contrat d'avenir
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCDSA	Commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie
CDD	Contrat à durée déterminée
CDES	Commission départementale d'éducation spéciale
CDI	Contrat à durée indéterminée
CDTD	Centre de distribution de travail à domicile
CI-RMA	Contrat d'insertion du revenu minimum d'activité
CIE	Contrat initiative emploi
CIF	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
CIH	Classification internationale des handicaps
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CLIS	Classe pour l'inclusion scolaire
CFA	Centre de formation d'apprentis
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CNAF	Caisse nationale d'allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale de l'Assurance maladie
CNED	Centre national d'enseignement à distance
CNRACL	Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COTOREP	Commission technique pour l'orientation et le reclassement professionnel
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie

CPO	Centre de pré-orientation
CPR	Complément de ressources
CRA	Centre ressources autisme
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRCM	Centre de ressources et de compétences de la mucoviscidose
CRP	Centre de rééducation professionnelle
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale
CUI	Contrat unique d'insertion

D.

D	Département
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDCSPP	Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection de la population
DDEA	Direction départementale de l'équipement et de l'agriculture
DDTP	Direction départementale de la protection de la population
DDTEFP	Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DDRJS	Direction départementale et régionale de la jeunesse et des sports
DEFM	Demande d'emploi en fin de mois
DEPP	Direction de l'évaluation de la prospective et de la performance
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGEFP	Direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle
DGES	Direction générale de l'enseignement supérieur
DGESCO	Direction générale de l'enseignement scolaire
DGS	Direction générale de la santé
DGUHC	Direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence et de la consommation, du travail et de l'emploi
DOETH	Déclaration annuelle obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés
DRASS	Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRTEFP	Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

E.

EA	Entreprise adaptée
ECAP	Emploi à conditions d'aptitude particulières
EHPA	Enquête « Etablissements d'hébergement pour personnes âgées »
EHPAD	Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ELSM	Echelon local du service médical
EMS	Etablissements médico-sociaux
EMS	Equipes médico-sociales des conseils généraux
EPCI	Etablissement public de coopération intercommunale
EREA	Etablissement régional d'enseignement adapté
ERP	Etablissements recevant du public
ES	Enquête « Etablissements sociaux et médico-sociaux »
ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail
ESMS	Etablissements sociaux et médico-sociaux
ESPS	Enquête « Santé et protection sociale »
ETP	Equivalent temps-plein
EVS	Emploi de vie scolaire

F.

FAM	Foyers d'accueil médicalisés
FE	France entière
Finess	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FAIH	Fonds interministériel pour l'accessibilité aux personnes handicapées
FIPHP	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
FM	France métropolitaine

G.

GEVA	Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées
GIP	Groupement d'intérêt public
GIR	Groupe iso-ressources
GRPH	Garantie de ressources pour les personnes handicapées

H.

HID	Enquête « Handicaps - Incapacités - Dépendance »
-----	--

I.

ID	Infra-département
IEM	Institut pour enfants handicapés moteurs
IESDA	Institut d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences auditives
IESDV	Institut d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences visuelles
IME	Institut médico-éducatifs pour enfants déficients intellectuels
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IOP	Installations ouvertes au public
IPEAP	Institut pour enfants et adolescents polyhandicapés
IPP	Incapacité permanente partielle
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
ITAC	Informatisation du traitement administratif des COTOREP
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
IUFM	Institut universitaire de formation des maîtres

L.

LEGT	Lycée d'enseignement général ou technologique
LOLF	Loi organique relative à la loi de finances
LP	Lycée professionnel
LPPR	Liste des produits et prestations remboursables

M.

MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MEOS	Mission des études, de l'observation et des statistiques
MSA	Mutualité sociale agricole
MVA	Majoration pour la vie autonome

O.

OMS	Organisation mondiale de la santé
OPALES	Système d'information des CDES

P.

PAI	Projet d'accueil individualisé
PCH	Prestation de compensation
PIE	Prime initiative emploi
PPAE	Projet personnalisé d'accès à l'emploi
PPC	Plan personnalisé de compensation
PPS	Projet personnalisé de scolarisation
PSD	Prestation spécifique dépendance

R.

REBECA	Remontée des budgets exécutoires et de comptes administratifs
RES	Recensement national des équipements sportifs
RHEOP	Registre des handicaps et observatoire périnatal
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
RRF	Rééducation et réadaptation fonctionnelle
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime social des indépendants

S.

SAD	Service à domicile
SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAE	Statistiques annuelles des établissements de santé
SAMETH	Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAP	Service à la personne
SAPAD	Service d'aide pédagogique à domicile
SAVS	Services d'accompagnement à la vie sociale
SEGPA	Section d'enseignement général et professionnel adapté
SESSAD	Service de soins et d'éducation spéciale à domicile
SIAD	Système d'information décisionnel
SIPAPH	Système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
SPE	Service public de l'emploi
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
STATISS	Statistiques et indicateurs de la santé et du social
SUMPPS	Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé

T.

TCI	Tribunal du contentieux de l'invalidité
-----	---

U.

UE	Unité d'enseignement
UPI	Unité pédagogique d'intégration
URCAM	Unions régionales des caisses d'assurance maladie
USLD	Unité de soins de longue durée

V.

VAO	Vacances adaptées organisées
-----	------------------------------

Remerciements

Mme Selma AMIRA (DARES)
Mme Manuella AVIGNON (MDPH de la Sarthe)
Mme Christelle BERARD (CNSA)
M. Guillaume BLANCO (CNSA)
M. Christophe BOUCHEZ (CNSA)
Mme Emmanuelle BRUN (CNSA)
Mme Chantal BRUTEL (Ministère de l'Éducation nationale)
Mme Joëlle CHAZAL (DREES)
M. Olivier CLAIREAU (DDEA de Loire-Atlantique)
M. Louis-Xavier COLAS (CNSA)
M. Bernard DESCARGUES (CNSA)
Mme Fabienne DUBUISSON (Conseil général de Paris)
M. Régis FEBVRE (MDPH du Bas-Rhin)
M. Raphaël GABORIT (DDASS de Loire-Atlantique)
M. Bernard GARRO (Conseil général de Paris)
Mme Pascale GILBERT (CNSA)
M. Éric HEYRMAN (Délégation ministérielle à l'accessibilité)
Mme Odile KREMP (Direction générale de la santé)
Mme Marion LAMBOLEZ (CNSA)
M. Jérôme LACAMPAGNE (Conseil général de la Sarthe)
M. Jean Michel LAMIAUX (CNSA)
Mme Seak-Hy LO (DREES)
Mme Geneviève MARC (Conseil général de Paris)
Mme Janou MATHE-PIVETEAU (MDPH de Loire-Atlantique)
Mme Bernadette MOREAU (CNSA)
M. Alain PELC (CNSA)
Mme Catherine PERISSET (CNSA)
Mme Julie REYNAUD (CNSA)
Mme Christine ROUX (CNSA)
Mme Patricia SALOMON (DRASS Pays de la Loire)
M. Jacques SANDRE (Ministère de l'Éducation nationale)
Mme Évelyne SYLVAIN (CNSA)
Mme Odile SOULAS (DRASS Pays de la Loire)
M. Jérémie SUISSA (Conseil général de Paris)
Mme Julia TRINSON (Conseil général de Paris)
Mme Valérie ULRICH (DARES)
Mme Nadine VIERS (Ministère de l'Éducation nationale)



www.cnsa.fr