

Session Plénière du 19 juin 2013

Adopté à l'Unanimité,

Nombre de votants : 62

Le Président,


Gérard Maurice

Rapport d'autosaisine du Conseil Économique Social et Environnemental Régional du Languedoc-Roussillon

Éducation et Handicap en Languedoc-Roussillon

Présenté par Madame Joséphine MATAMOROS,
Présidente de la Commission Éducation Santé Sport Culture

Remerciements

La présidente de la Commission Education – Santé – Sport – Culture, **Madame Joséphine MATAMOROS**, le Vice-Président, **Monsieur Albert MOULET** et le rapporteur, **Monsieur Bruno LIBOUREL**, ainsi que l'ensemble des Conseillers du CESER tiennent à remercier les personnes auditionnées pour la qualité de leur témoignage et la confiance accordée pour la réalisation de cette étude. Il souhaitent également remercier **Monsieur Charles AUSSILLOUX**, rapporteur spécial, pour son implication dans ce rapport d'autosaisine.

Monsieur Jérôme ABELLENEDA, Directeur Départemental des FRANCAS du Gard.

Docteur Bernard AZEMA, Médecin Psychiatre, géographe de la santé, conseiller technique auprès de Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées - CREAI.

Professeur Amaria BAGHDADLI, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, Chef de service de pédopsychiatrie au CHU de Montpellier, Responsable du Centre de Ressources Autisme Languedoc-Roussillon

Docteur Monique BATLAJ-LOVICH, Psychiatre et chef du service Unité de soin des Jeunes Adultes (UJA) à l'hôpital La Colombière à Montpellier, Monsieur Robert RUBIO, cadre de santé et Madame Sonia HEMMET, assistante sociale au sein de l'UJA.

Monsieur Robert BENEZECH, Inspecteur de l'Education Nationale chargé de l'adaptation scolaire et de la scolarisation des élèves handicapés dans l'Académie de Montpellier.

Monsieur Jean-Paul BORE, Conseiller Régional Languedoc-Roussillon en charge de la jeunesse, de la lutte contre les discriminations et des personnes handicapées.

Monsieur Michel FOURNIER, Enseignant référent rattaché au Collège de Servian.

Docteur Marie-Christine GENOUX, Chef du Pôle Enfants – Coordinatrice de l'Equipe pluridisciplinaire de la MDPH de l'Hérault.

Monsieur Jean-Paul GILBERT, chef de service du Centre d'Education Spécialisé pour Déficients Auditifs (CESDA34), Monsieur Alexis FRISCOURT, lycéen malentendant et Monsieur Carlos CARRERAS, son interprète.

Madame Marie MAFFRAND, Fondatrice et présidente de Sésame Autisme Roussillon.

Madame Anne MARCELLINI, Professeur chargée de mission handicap à l'Université Montpellier 1.

Mme Adeline MARCHIKA, Secrétaire Générale de la Fédération des Conseils de Parents d'Elèves (FCPE) de l'Hérault.

Madame Marie-Laure REY-ROBERT, Directrice de l'Institut Médico-Professionnel (IMPRO) Les Châtaigniers, à Alès, accompagnée de Madame Chantal MARTIN, éducatrice, Madame Bernadette FIALA, enseignante ainsi que Chaïne BOUHABANE, Maëva SOGNY et Nabil MANSSOURI, élèves de l'IMPRO Les Châtaigniers.

Monsieur Claude TERRAL, Médecin, maître de conférences et ancien Directeur du service de médecine préventive et de promotion de la santé de l'Université Montpellier I.

Ce rapport a été réalisé par les membres de la Commission Education – Santé – Sport – Culture du Conseil Economique, Social et Environnemental Régional Languedoc-Roussillon.

Membres de la Commission :

Mme Linda ADRIA	M. Bruno LIBOUREL
M. Alain ALPHON LAYRE	M. Maurice LIBOUREL
M. Jacques ANGENOT	M. Jean MARTINEZ
M. Jean-Claude ARTUS	Mme Joséphine MATAMOROS
M. Charles AUSSILLOUX	M. Jacques MATAS
Mme Fabienne BATTINELLI	M. Gérard MATHERON
M. Gilles BESSON	M. Gérard MAURICE
M. Christian BONET	M. Jean-Pierre MELJAC
M. Pierre CHATEL	Mme Michèle MERCADIER
Mme Françoise d'AZEMAR	M. Frédéric MILLOT
M. Bernard DELRAN	M. Jean-Marie MIOSSEC
M. Henry DOUAIS	M. Albert MOULET
M. Marc FLEURY	M. M'Hamed OUCHKER
Mme Annie GARZINO BOYER	Mme Josiane RICARD
M. Pierre GLAMEAU	Mme Elisabeth ROBUSTELLI
M. Patric GREZE	M. Jean-Paul SALASSE
M. Guy GUYOT	M. Francis SENEGAS
M. Jean-Louis LAMARQUE	M. André SYLVESTRE

Assistance technique :

Madame Emilie SERVEL - Chargée d'études

Monsieur Jean-Marc CASTANIER - Chef de service Communication et Publications

Table des matières

INTRODUCTION	6
---------------------------	----------

PARTIE I. LA SCOLARISATION DES ÉLÈVES HANDICAPÉS : MODALITÉS ET MOYENS MIS EN ŒUVRE POUR UNE APPROCHE ÉDUCATIVE GLOBALE	8
--	----------

A. LES DISPOSITIFS DE SCOLARISATION DES ELEVES HANDICAPES.....	8
---	----------

1. De l'intégration à l'inclusion scolaire en France et en Europe	8
--	----------

a. Le handicap avant la loi de 2005.....	9
--	---

b. Le handicap dans la loi du 11 février 2005.....	11
--	----

2. Trois types de scolarisation peuvent se combiner au sein du Projet Personnalisé de Scolarisation	14
--	-----------

a. La définition et la mise en œuvre du Projet Personnalisé de Scolarisation	14
--	----

b. Les trois principaux types de scolarisation des élèves handicapés	15
--	----

➤ <i>La scolarisation individuelle en milieu ordinaire :</i>	<i>16</i>
--	-----------

➤ <i>La scolarisation collective en milieu ordinaire :</i>	<i>16</i>
--	-----------

➤ <i>La scolarisation en milieu spécialisé :</i>	<i>19</i>
--	-----------

c. L'originalité du modèle français	21
---	----

B. L'ÉDUCATION DES ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPÉS HORS DES SALLES DE CLASSE.....	22
--	-----------

1. La place de la famille dans la prise en charge du handicap.....	22
---	-----------

a. L'accompagnement des parents lors du diagnostic du handicap.....	23
---	----

b. L'intervention des parents dans l'orientation et le suivi de la scolarité	23
--	----

2. La participation des élèves handicapés aux activités de l'école.....	23
--	-----------

3. L'accessibilité des activités extrascolaires aux enfants et adolescents handicapés.....	24
---	-----------

PARTIE 2. ÉLÉMENTS DE BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI DU 11 FÉVRIER 2005 EN RÉGION.....	26
--	-----------

A. LA LOI DU 11 FÉVRIER 2005, UNE RÉUSSITE POUR L'INCLUSION SCOLAIRE QUI DOIT ÊTRE NUANCÉE	26
---	-----------

1. Des élèves handicapés toujours plus nombreux en milieu ordinaire	26
--	-----------

a. La non remise en cause du droit des enfants handicapés à être admis en classe ordinaire.....	26
---	----

b. L'augmentation des effectifs d'enfants handicapés en milieu ordinaire	27
--	----

2. L'inclusion en milieu ordinaire, une avancée non généralisée	29
--	-----------

a. Tous les types de handicaps ne sont pas concernés par l'inclusion en milieu ordinaire	29
--	----

b. L'accueil en milieu ordinaire est peu développé après le collège	31
---	----

B. L'ACCESSIBILITÉ ET LA COMPENSATION, PRINCIPES INCONTESTÉS DE LA LOI DE 2005, NÉCESSITENT UNE MEILLEURE MISE EN ŒUVRE	33
1. Une volonté forte pour rendre l'école ordinaire et le savoir à la portée de tous	33
a. Une meilleure accessibilité des établissements scolaires	33
b. Des outils de compensation largement utilisés	35
2. Des conditions de mise en œuvre qui demeurent insatisfaisantes	38
a. Les MDPH peinent à suivre le rythme des demandes et manquent d'harmonisation	38
b. Les équipes scolaires, enseignants et auxiliaires de vie scolaire, manquent de formation adaptée pour la prise en charge du handicap	40
c. Les élèves handicapés ne bénéficient pas d'un véritable parcours de formation	42
3. Problématiques d'orientation et d'insertion professionnelle	44
a. L'orientation des élèves en situation de handicap	44
b. L'insertion professionnelle : les enjeux de l'apprentissage.....	46
PARTIE 3. PRÉCONISATIONS.....	47
Axe 1 : Accompagner les familles	47
Axe 2 : Professionnaliser l'accompagnement du handicap	47
Axe 3 : Favoriser l'inclusion au lycée	48
Axe 4 : Garantir la cohérence du parcours de formation	48
Axe 5 : Contribuer à une meilleure connaissance et une plus grande acceptation du handicap.....	49
BIBLIOGRAPHIE	61

Introduction

La politique française du handicap a connu une grande réforme avec l'adoption de la loi du 11 février 2005, loi d'orientation pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. L'objet du présent rapport est de tirer les enseignements de la mise en œuvre de ce texte, huit ans après sa promulgation, et d'identifier les faiblesses qui demeurent quant à l'accès des élèves handicapés à l'éducation, en Languedoc-Roussillon.

Cette étude porte donc sur la scolarisation des élèves handicapés et apporte un focus particulier sur le second degré et l'entrée à l'Université. Ainsi, un accent est mis sur le lycée, dont la gestion fait partie des compétences obligatoires du Conseil Régional, destinataire de ce rapport.

Au-delà de la scolarisation, l'étude adopte une approche éducative globale qui intègre les loisirs et la culture au service du développement de la personne. Il prend également en compte l'insertion professionnelle comme finalité de l'action éducative et élément d'évaluation de la réussite de celle-ci.

Enfin, les conseillers du CESER ont étudié le handicap sous ses formes diverses, tel que l'appréhende la loi de 2005. Le terme handicap recouvre donc les situations suivantes :

- les troubles intellectuels et cognitifs, dont les troubles envahissants du développement,
- les troubles psychiques : troubles de la personnalité et troubles du comportement,
- les troubles du langage : dyslexie, dysorthographe, dysphasie, dyspraxie¹,
- les troubles sensoriels : troubles auditifs et visuels
- les troubles moteurs
- les troubles viscéraux : troubles cardiaques, respiratoires ou liés à une pathologie cancéreuse,
- plusieurs troubles : plusieurs déficiences de même importance (plurihandicap),
- le polyhandicap : déficience mentale grave associée à une déficience motrice importante.

Toutefois, il s'agit du handicap tel que reconnu par les institutions compétentes, en l'occurrence les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH²). En ce sens, il doit être distingué de certaines situations différentes liées à des pathologies n'entraînant pas la reconnaissance d'un handicap mais justifiant des adaptations et des aménagements de la scolarité, le plus souvent par l'intervention des équipes de médecine scolaire.

A la rentrée 2011, en France, 210 395 enfants et adolescents handicapés étaient scolarisés en classe ordinaire et 79 778 en établissements spécialisés, dont 7 132 en scolarité partagée. Ainsi, 283 173 enfants et adolescents handicapés suivaient une scolarité³, premier et second degré confondus, soit 2,33 % du total des élèves scolarisés en premier et second degrés⁴. Par ailleurs, les enquêtes réalisées au cours des dernières années permettent d'estimer qu'environ 20 000 enfants et adolescents en situation de handicap ne suivent pas de scolarité, dont 15 000 en

¹ La dyslexie et la dysorthographe sont des troubles spécifiques et durables de l'acquisition puis de l'utilisation du langage écrit.

La dysphasie est un trouble spécifique et grave du développement du langage oral. La dyspraxie est un trouble spécifique du développement moteur, plus spécifiquement de l'acquisition de la coordination des gestes.

² Une liste des abréviations est disponible en annexe 1.

³ « Repères et Références Statistiques sur les Enseignements, la Formation et la Recherche – RERS 2012 ». Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance. Septembre 2012, p.29.

⁴ Total de 12 122 000 élèves en premier et second degrés, hors apprentissage : « Repères et Références Statistiques sur les Enseignements, la Formation et la Recherche – RERS 2012 ». p. 21.

établissements spécialisés et 5 000 vivant à domicile⁵.

En région Languedoc-Roussillon, le nombre d'enfants et d'adolescents handicapés scolarisés en milieu ordinaire en 2011-2012 était de 8 286, et en milieu spécialisé, l'effectif était de 3 645. En tout, 11 931 enfants et adolescents handicapés sont scolarisés en Languedoc-Roussillon⁶, soit 2,5 % du total des élèves scolarisés en premier et second degrés⁷. Il est difficile d'estimer le nombre de ceux qui ne bénéficient pas d'une scolarisation.

La loi du 11 février 2005 constitue la base d'une réforme profonde de la politique du handicap car elle touche à tous les aspects de la vie des personnes handicapées, quel que soit leur âge et quelle que soit leur situation. Ainsi, elle fait de la situation de handicap la condition d'ouverture d'un droit-créance qui nécessite une action effective de l'État et des collectivités locales. Aussi ambitieuse que complexe, cette loi nécessite un travail important de mise en application. De nombreux rapports et études font état de sa mise en œuvre au niveau national.

Ces études montrent que le nombre d'enfants bénéficiant de l'accès à l'éducation est en nette augmentation mais que cette croissance concerne essentiellement les élèves du premier degré et, dans une moindre mesure, les collégiens et les lycéens. De plus, sur un plan plus qualitatif, les analyses font état d'un manque d'adaptation des moyens mis en œuvre au regard des besoins spécifiques des publics concernés.

Dès lors, les conseillers du Conseil Économique Social et Environnemental Régional Languedoc-Roussillon ont souhaité comprendre les incidences de cette loi sur l'organisation régionale de la scolarisation des élèves handicapés, huit ans après son adoption.

Pour cela, l'étude de la loi, de sa mise en œuvre et de ses effets, notamment à travers l'audition de nombreux acteurs de la politique du handicap en région⁸, a permis aux conseillers de développer une analyse de la situation actuelle et de formuler des préconisations à destination des élus régionaux. Ils ont ainsi pu apporter des éléments de réponse à la question qui a motivé cette étude : « *Comment optimiser l'accès des jeunes handicapés à la sphère éducative en région Languedoc-Roussillon?* »

⁵ « *La scolarisation des enfants handicapés* », rapport au Président de la République par M. Paul BLANC, sénateur des Pyrénées-Orientales, mai 2011, p. 15.

⁶ « *La scolarisation des élèves handicapés dans l'Académie de Montpellier en 2011-2012* », Direction de la Prospective, des moyens et des enseignements, Note d'information n°11-09, juin 2012.

⁷ Total de 472 414 élèves scolarisés en région à la rentrée 2011 : « *Les effectifs du premier degré à la rentrée 2011* », Direction de la Prospective, des moyens et des enseignements, Académie de Montpellier. Note d'information n°11-01, décembre 2011, et « *Les élèves du second degré à la rentrée 2011 dans les établissements publics et privés* » La Note d'information. Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (DEPP). 11.27, décembre 2011.

⁸ Voir la liste des auditions réalisées en page 3.

Partie I. La scolarisation des élèves handicapés : modalités et moyens mis en œuvre pour une approche éducative globale

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a constitué le point de départ de réformes importantes concernant la scolarisation des élèves en situation de handicap.

La plus importante de ces évolutions est l'affirmation du principe d'inclusion des élèves handicapés en milieu ordinaire. L'article 19 de la loi, qui modifie l'article L.112-1 du Code de l'Éducation, l'énonce clairement.

Article 19 : « *Le service public de l'éducation assure une formation scolaire, professionnelle ou supérieure aux enfants, aux adolescents ou aux adultes présentant un handicap ou un trouble de santé invalidant. Dans ses domaines de compétence, l'État met en place les moyens financiers et humains nécessaires à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants, adolescents ou adultes handicapés (...)* »

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005

Ainsi, l'Éducation Nationale est responsable de l'inclusion de tous les enfants et adolescents, quel que soit leur handicap, et les élèves ont le droit de bénéficier d'un accompagnement adapté à celui-ci. Le principe d'inclusion va au-delà de celui d'intégration scolaire qui prévalait jusqu'en 2005. Il s'agissait alors de permettre à l'enfant handicapé de se construire une sociabilité à l'intérieur de l'école et les objectifs en termes d'apprentissage et de savoir n'étaient que secondaires, voire inexistantes. Désormais, le principe d'inclusion implique l'acquisition d'un socle commun de connaissances et de compétences⁹. Selon Sophie CLUZEL, présidente de la Fédération Nationale des Associations au Service des Éléves Présentant une Situation de Handicap (Fnaseph), « *l'enfant handicapé bénéficie désormais d'une présomption de compétences* »¹⁰.

Toutefois, il est nécessaire de préciser que l'éducation inclusive ne peut se limiter à un meilleur accès aux salles de classes ordinaires. Les activités scolaires et extrascolaires doivent bénéficier du même type de démarche et les parents, acteurs majeurs de l'éducation de leurs enfants, ont à trouver leur place au sein des dispositifs.

A. LES DISPOSITIFS DE SCOLARISATION DES ELEVES HANDICAPES

Les élèves en situation de handicap ont droit à la scolarisation la plus adaptée à leurs besoins. La loi du 11 février 2005 valorise l'inclusion en classe ordinaire, mais d'autres types de scolarisation existent pour adapter au mieux l'environnement scolaire aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent.

1. De l'intégration à l'inclusion scolaire en France et en Europe

Afin de comprendre la politique actuelle du handicap et son impact sur la scolarité, il est nécessaire de retracer l'évolution de ce concept, en France comme à l'étranger.

⁹ « *Scolariser les élèves handicapés* », Ministère de l'Éducation Nationale, Direction générale de l'Enseignement scolaire. Centre national de documentation pédagogique, 2008.

¹⁰ « *Rapport d'information fait au nom de la commission sénatoriale pour le contrôle de l'application des lois sur l'application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* », par Mmes Claire-Lise CAMPION et Isabelle DEBRE, Sénatrices, p.45.

a. Le handicap avant la loi de 2005

La première mesure législative française ayant défini une politique nationale à l'égard des personnes en situation de handicap est la loi du 30 juin 1975¹¹, loi d'orientation en faveur des personnes handicapées. Le handicap y est défini comme une dimension personnelle de l'individu, qu'elle résulte d'une déficience ou d'un accident de la vie. Le texte s'adresse aux enfants et aux adultes handicapés mentaux, physiques ou sensoriels.

Cette loi définit trois droits fondamentaux pour les personnes handicapées.

- le droit au travail
- le droit à une garantie minimum de ressources par le biais des prestations,
- le droit à l'intégration scolaire et sociale.

La loi confie la reconnaissance du handicap à des commissions départementales : la Commission Départementale de l'Éducation Spéciale (CDES) pour les personnes de 0 à 20 ans et la Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP) pour les personnes de plus de 20 ans.

A l'échelle internationale, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) met en place la Classification Internationale du Handicap en 1980¹², basée sur une approche individuelle et médicale. Le handicap se définit alors par trois niveaux d'expérience :

- la déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique.
- l'incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain.
- Le désavantage social d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels.

Cette classification a fait l'objet de critiques, notamment du fait de son aspect essentiellement médical, de la causalité linéaire qui relie la déficience au désavantage et de l'absence de la dimension environnementale.

Le concept de handicap a évolué au niveau international vers une approche plus systémique qui intègre les conceptions individuelles et sociales du handicap.

En 2001, l'OMS propose une nouvelle classification, la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) qui intègre là aussi trois dimensions :

- le corps qui, à travers ses fonctions et ses structures, subit des déficiences,
- les activités de la personne qui subissent une limitation,
- la participation à la société qui subit des restrictions.

La CIF intègre des facteurs individuels mais aussi des facteurs environnementaux qui interagissent, soit en posant des obstacles, soit en apportant des aides. Le fondement du

¹¹ Loi 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Texte intégral : <http://www.vie-publique.fr/documents-vp/loi30juin75.pdf>

¹² Classification Internationale des Handicaps : Déficiences, Incapacités, Désavantages. http://www.ctnerhi.com/fr/ccoms/pagint/2005_CIFglobal_revu_au_250707.pdf

handicap relève dès lors de l'inadaptation de l'environnement, c'est-à-dire de la société, et donc, dans le cas spécifique de l'éducation, l'inadaptation de l'école.

Le handicap à l'école avant la loi de 2005

En France, la Loi d'orientation de 1975 pose le principe de l'éducabilité, soit le droit à une éducation pour tout enfant handicapé. Il en découle, pour l'État, une obligation de scolarisation de tous les enfants en situation de handicap.

Article 4 : « *Les enfants et adolescents handicapés sont soumis à l'obligation éducative. Ils satisfont à cette obligation en recevant soit une éducation ordinaire, soit, à défaut, une éducation spéciale, déterminée en fonction des besoins particuliers de chacun d'eux par la commission instituée à l'article 6 ci-après.*

L'éducation spéciale associe des actions pédagogiques, psychologiques, sociales, médicales et paramédicales ; elle est assurée, soit dans des établissements ordinaires, soit dans des établissements ou par des services spécialisés. Elle peut être entreprise avant et poursuivie après l'âge de la scolarité obligatoire ».

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975

A l'échelle internationale, la notion d'enfants à « besoins éducatifs particuliers » (BEP), issue du rapport de la Commission Warnock¹³ de 1978 a depuis été adoptée par les organisations internationales. Elle désigne l'ensemble des enfants qui nécessitent une aide durable pour apprendre. Elle peut donc comprendre, outre des enfants en situation de handicap, des enfants en grande difficulté scolaire, des enfants ayant des problèmes de santé temporaires, des gens du voyage, etc. Il s'agit d'un concept qui privilégie les besoins et non plus le handicap. Il met l'accent sur le contexte et l'environnement. En cela, la notion de besoins éducatifs particuliers est indissociable de la notion d'inclusion.

L'éducation inclusive repose en effet sur le postulat selon lequel il revient à l'environnement de s'adapter aux besoins de la personne, et non l'inverse. Cette notion s'oppose donc à l'approche intégrative antérieure, selon laquelle c'est à la personne de s'adapter à l'environnement.

La Déclaration de Salamanque, adoptée par la Conférence mondiale sur l'éducation et les besoins éducatifs spéciaux, le 10 juin 1994, est le texte international de référence pour la promotion de l'approche inclusive. Elle commence par rappeler le droit pour toute personne à l'éducation, droit affirmé par la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948, puis renouvelle l'engagement de la Communauté internationale à faire appliquer ce droit universellement.

L'approche inclusive est alors appuyée par l'Union Européenne qui promulgue, en 1996, la Charte de Luxembourg selon laquelle l'école, pour tous et pour chacun, doit s'adapter à la personne, et non l'inverse. L'Union Européenne crée, la même année avec l'Islande, la Norvège et la Suisse, l'Agence européenne pour le développement de l'éducation des personnes présentant des besoins éducatifs particuliers. Parmi ses missions, l'Agence doit offrir un cadre permanent et structuré à la coopération européenne dans le domaine de la scolarisation des élèves à besoins éducatifs particuliers et promouvoir la recherche sur cette thématique.

Le modèle de scolarisation des élèves handicapés en école ordinaire est de plus en plus répandu dans les pays de l'Union Européenne, voire même au niveau international. Ainsi, le terme d'inclusion « *tend progressivement à s'imposer dans le langage public, scientifique ou politique en lieu et place de celui d'intégration, voire d'insertion* »¹⁴.

¹³ Commission d'enquête sur l'éducation des enfants et adolescents handicapés présidée par la philosophe Helen Warnock en Grande Bretagne de 1974 à 1978.

¹⁴ EBERSOLD Christian, sociologue et analyste à l'OCDE, cité dans BEAUCHER, Hélène. « *La scolarisation des élèves en situation de handicap en Europe* », Centre de ressources et d'ingénierie documentaire,

Aujourd'hui, l'UNESCO nuance toutefois sa position en considérant que l'inclusion en milieu ordinaire ne peut être l'unique réponse à la scolarisation des enfants en situation de handicap.

En 2005, les parlementaires français promulguent une loi qui s'inscrit dans cette évolution générale de l'intégration vers l'inclusion scolaire.

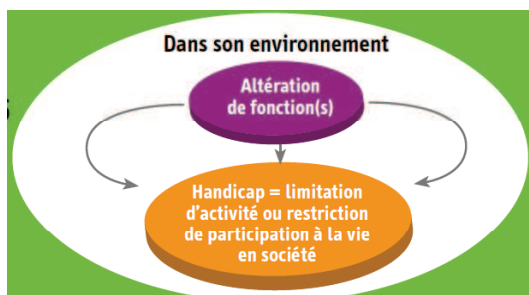
b. Le handicap dans la loi du 11 février 2005

Composée de 101 articles, la loi du 11 février 2005 redéfinit la notion même de handicap. En premier lieu, le handicap intègre pour la première fois toutes les formes de déficience, qu'elle soit physique, sensorielle, mentale, cognitive ou psychique. Cette définition plus large du handicap permet la reconnaissance de nouvelles catégories telles que les handicaps cognitifs et psychiques.

De plus, conformément à l'évolution du concept à l'échelle internationale, le handicap n'est plus approché par une dimension individuelle mais il se définit dans une conception interactive, par la situation d'un individu dans son environnement social. En cela, la loi du 11 février 2005 s'est largement inspirée des concepts développés dans la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (OMS, 2001).

Article 2 : « *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.* »

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005



Source : « Mots clés de l'aide à l'autonomie : Compensation »
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

Découlant de cette conception, deux principes phares sont affirmés par la loi. Il s'agit de l'accessibilité et de la compensation du handicap. Ils sont mis en œuvre par une méthodologie innovante qui repose sur l'évaluation des besoins individuels de chaque personne handicapée. Pour appliquer cette démarche, le législateur a créé une nouvelle institution qui se place au centre du dispositif : la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

Le principe d'accessibilité :

Il s'agit de rendre possible l'accès de tout pour tous.

La délégation interministérielle sur l'accessibilité, réunie en 2006, a retenu la définition suivante : « *L'accessibilité permet l'autonomie et la participation des personnes ayant un handicap, en réduisant, voire supprimant, les discordances entre les capacités, les besoins et les souhaits d'une part, et les différentes composantes physiques, organisationnelles et culturelles d'autre part. L'accessibilité requiert la mise en œuvre des éléments complémentaires, nécessaires à toute personne en incapacité permanente ou temporaire pour se déplacer et accéder librement*

et en sécurité au cadre de vie ainsi qu'à tous les lieux, services, produits et activités. La société, en s'inscrivant dans cette démarche d'accessibilité, fait progresser également la qualité de vie de tous ses membres. »¹⁵

La loi du 11 février 2005 insiste sur le principe d'une accessibilité généralisée, quelle que soit la nature du handicap (moteur, visuel, auditif, mental, cognitif ou psychique), et quel que soit l'âge de la personne.

L'accessibilité concerne le cadre bâti, les transports, la voirie et les nouvelles technologies. Cela se traduit notamment par l'obligation d'accessibilité des établissements recevant du public dès 2015. Dans cette perspective d'égalité, l'accessibilité s'applique également à l'emploi, la formation professionnelle, l'éducation, les services de la petite enfance, la justice, la culture, le sport...

En matière scolaire, le principe d'accessibilité se traduit par le droit, pour chaque élève, quel que soit son handicap, de s'inscrire dans l'établissement scolaire le plus proche de son domicile, qui constitue son établissement scolaire de référence. L'accessibilité concerne aussi la mise aux normes des bâtiments scolaires, des équipements culturels et sportifs. Enfin, l'accessibilité exige de mettre à disposition de l'élève des aides matérielles et humaines.

Le droit à compensation :

Il s'agit du droit, pour une personne handicapée, de bénéficier de toute mesure permettant de garantir l'égalité des droits et des chances, dans la mesure de ce qu'il est techniquement et humainement possible. Ce droit s'exerce donc pour faire face aux conséquences du handicap.

Ce droit avait déjà été affirmé en France par deux lois de 2002¹⁶. La loi du 11 février 2005 y confère une dimension générale et précise les contours de sa mise en œuvre. Le droit à compensation se fonde désormais sur le projet de vie de la personne ainsi que sur l'évaluation globale et multidimensionnelle de sa situation et de ses besoins.

Article 11 : *« La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie. (...) Les besoins de compensation sont inscrits dans un plan élaboré en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie, formulé par la personne elle-même ou, à défaut, avec ou par elle par son représentant légal lorsqu'elle ne peut exprimer son avis. »* Loi n° 2005-102 du 11 février 2005

Dès lors, la réponse apportée au droit à compensation se veut individualisée et construite dans une démarche commune avec la personne.

Le Plan Personnalisé de Compensation (PPC) est un outil mis en place par la loi du 11 février 2005. Il prend en compte l'évaluation des besoins individuels et formalise le droit à la compensation en prévoyant précisément les aides et les dispositifs à mettre à disposition de la personne handicapée. Il est défini par une équipe pluridisciplinaire, composée de professionnels aux compétences diverses et complémentaires : médecins, ergothérapeutes, psychologues, professionnels du travail social, de l'accueil scolaire ou encore de l'insertion professionnelle. Le PPC est régulièrement réévalué pour s'adapter aux évolutions de la situation de la personne.

La prise en charge des surcoûts liés au handicap est assurée par la Prestation de Compensation du Handicap (PCH). Celle-ci permet de couvrir des besoins très variés, qu'il s'agisse d'une aide humaine, y compris celle apportée par les aidants familiaux, d'aides techniques,

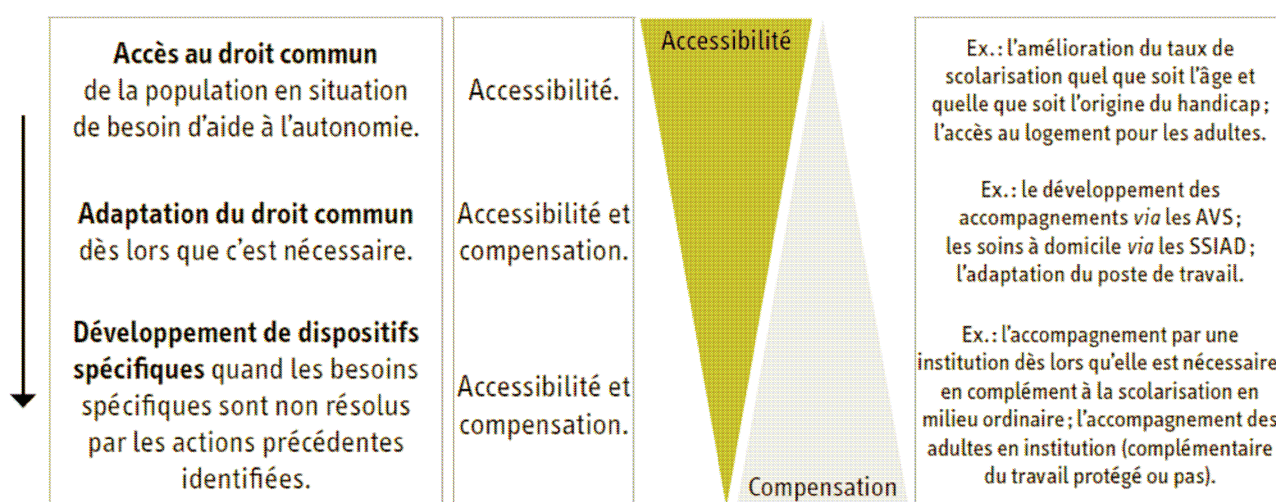
¹⁵ « Définition de l'accessibilité – Une démarche interministérielle » Délégation interministérielle aux Personnes Handicapées, septembre 2006.

¹⁶ Loi n° 2002-273 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale et loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

d'aménagements, de surcoûts de transport ou encore des aides spécifiques, voire exceptionnelles. Il s'agit toutefois, à 93 %, de financer une aide humaine.

Depuis l'entrée en vigueur de la PCH, en 2006, le nombre de bénéficiaires n'a cessé d'augmenter, avec une moyenne de 9 % par an. Depuis 2008, la PCH est ouverte aux enfants et aux adolescents¹⁷.

En matière éducative, le principe de compensation est mis en œuvre par le droit de bénéficier de diverses mesures telles qu'un accompagnement par un auxiliaire de vie scolaire ou une prise en charge, en plus de l'école, par des professionnels du secteur sanitaire ou médico-social. Ainsi, chaque enfant en situation de handicap fait l'objet d'un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) qui constitue une partie de son Plan Personnalisé de Compensation. Le PPS est élaboré à partir d'une évaluation des besoins éducatifs particuliers de l'enfant par l'équipe pluridisciplinaire et en fonction des souhaits exprimés par le jeune et/ou ses parents ou représentants légaux. Il prévoit les dispositifs d'accompagnement, qu'il s'agisse d'aides techniques ou humaines.



Source : « Mots clés de l'aide à l'autonomie : Accessibilité » Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

L'évaluation des besoins individuels :

La personne handicapée est à la base même du dispositif mis en place par la loi du 11 février 2005. L'évaluation est le moment pour la personne, et/ou sa famille, de décrire sa situation, de définir ses besoins et ses souhaits de vie. Dans le même temps, la personne handicapée prend connaissance de ses droits.

L'évaluation prend donc en compte l'expression des besoins mais s'appuie aussi sur l'observation de la situation et l'analyse de celle-ci par divers professionnels ainsi que par l'entourage familial. Il peut s'agir notamment de demandes d'expertises particulières, de visites à domicile ou dans l'établissement d'accueil¹⁸. Après une phase d'échanges, l'évaluateur réalise la synthèse de la demande et des observations afin de bénéficier d'une vision globale de la situation. Seule cette vue d'ensemble peut permettre une réponse complète et coordonnée.

L'évaluation donne alors lieu à l'élaboration du Plan Personnalisé de Compensation (PPC) qui devra être transmis pour avis à la personne concernée ou à son représentant légal. Ces derniers pourront formuler des observations avant que le PPC soit soumis à la Commission des Droits et

¹⁷ « Evolution des prestations compensatrices du handicap de 2006 à 2012 ». Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), Études et Résultats n°829, janvier 2013.

¹⁸ Un outil spécifique d'évaluation des besoins a été créé, le Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA), en 2008 : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/GEVA_graphique-080529-2.pdf

de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) qui prend les décisions sur sa base.

Que sont les Maisons Départementales des Personnes Handicapées ?

Les MDPH sont les points d'entrée unique pour accéder à l'ensemble des droits et prestations auxquels les personnes en situation de handicap peuvent prétendre. Elles réunissent en effet, en une seule structure, les missions de plusieurs anciennes institutions : les Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep), les Commissions départementales d'éducation spéciale (CDES) et les sites pour la vie autonome.

Juridiquement, les MDPH sont des groupements d'intérêt public¹⁹ sous tutelle administrative et financière des Conseils Généraux. Leur création à l'échelle départementale répond à l'exigence de proximité de la gestion du handicap.

Les MDPH sont des lieux d'information et d'orientation. C'est également en leur sein que les équipes pluridisciplinaires accueillent, écoutent les personnes handicapées et évaluent leurs besoins²⁰.

La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) est l'instance qui, au sein des MDPH, prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne handicapée. Elle décide de l'attribution de prestations et/ou de l'orientation.

Les MDPH, constituées juridiquement au 1^{er} janvier 2006 et opérationnelles depuis 2007, sont des institutions encore jeunes mais qui constituent un réel progrès en matière de service public. Leur apport majeur dans la structure institutionnelle de la politique du handicap est le système de guichet unique de proximité qui facilite et humanise les démarches.

L'évaluation des besoins individuels des enfants et adolescents handicapés permet aux équipes de la MDPH de leur proposer une orientation scolaire adaptée aux besoins observés et aux projets de vie exprimés. Trois modalités de scolarisation existent.

2. Trois types de scolarisation peuvent se combiner au sein du Projet Personnalisé de Scolarisation

La loi du 11 février 2005 prévoit l'élaboration et la mise en œuvre d'un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) pour chaque enfant présentant une situation de handicap. Ce document indique notamment l'orientation de l'enfant, en milieu ordinaire ou spécialisé, et les modalités d'accompagnement qu'il est nécessaire de prévoir.

a. La définition et la mise en œuvre du Projet Personnalisé de Scolarisation

Le Projet Personnalisé de Scolarisation²¹ est élaboré au sein des MDPH par l'équipe pluridisciplinaire chargée d'évaluer les besoins de l'enfant. Il prend en compte cette évaluation mais aussi les souhaits émis par l'enfant et par ses parents ou autres représentants légaux.

Le PPS définit les modalités de scolarisation de l'enfant ainsi que toutes les mesures pédagogiques, psychologiques, éducatives, médicales et paramédicales nécessaires pour répondre aux besoins particuliers identifiés. Il s'agit d'une sorte de cahier des charges sur la base duquel la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) prend

¹⁹ Ce groupement associe l'État, le Conseil Général, les organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales du régime général.

²⁰ Voir le détail des missions des MDPH en annexe 2.

²¹ Prévu à l'article D 351-5 du Code de l'Éducation.

une décision sur l'orientation de l'élève, notamment le type de scolarisation, en milieu ordinaire ou spécialisé, ainsi que sur les éventuelles mesures d'accompagnement. Le PPS fait l'objet de révisions régulières et les ajustements peuvent conduire à un changement d'orientation. Le PPS devant permettre d'assurer la continuité et la cohérence du parcours scolaire, son actualisation est particulièrement importante lors des moments clés de la scolarité, tels que les changements de cycle ou de degré. Le PPS est mis en œuvre et évalué par l'Equipe de Suivi de la Scolarisation.

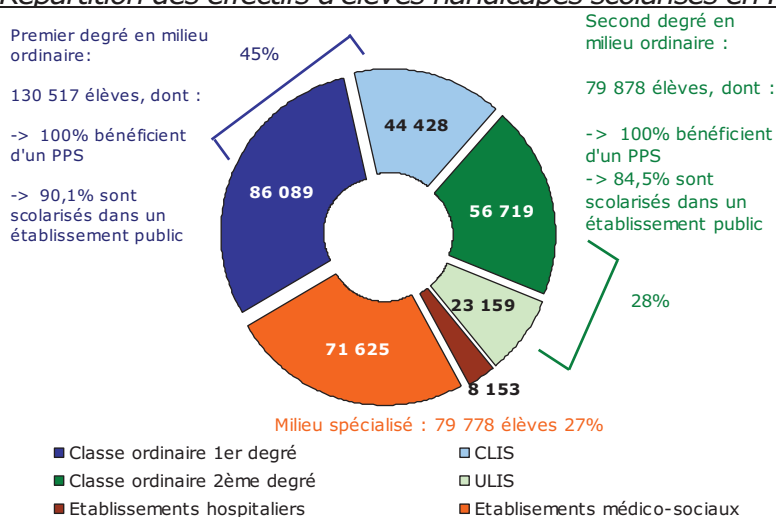
L'Equipe de Suivi de la Scolarisation (ESS) est composée de tous les acteurs qui participent à la mise en œuvre du PPS de l'enfant handicapé, soit notamment ses parents, son enseignant référent et les enseignants qui l'ont en charge, le chef d'établissement ou le directeur de l'établissement médico-social, les professionnels de santé de l'Éducation Nationale et/ou du secteur libéral, les psychologues scolaires, les conseillers d'orientation psychologues et les professionnels des services sociaux.

L'ESS se réunit au moins une fois par an et procède à une évaluation du PPS pour éventuellement formuler à la CDAPH et à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation des propositions de modification qui peuvent aller jusqu'à une réorientation de l'élève. L'équipe de suivi de la scolarisation s'assure également que toutes les mesures prévues par le PPS sont effectivement mises en œuvre.

b. Les trois principaux types de scolarisation des élèves handicapés

Les modalités de scolarisation prévues dans le PPS peuvent être diverses selon les besoins identifiés par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Il peut ainsi être proposé à l'élève une scolarisation à temps complet ou à temps partiel, en milieu ordinaire ou en établissement spécialisé (hospitalier ou médico-social), ou encore à domicile. Ces différents modes peuvent également se succéder dans le temps ou se combiner sur une même période.

Répartition des effectifs d'élèves handicapés scolarisés en France



Sources : MEN-MESR DEPP et MEN-DGESCO / Enquêtes n° 3 et n° 12 et MEN-MESR DEPP/ Enquête n° 32 hospitaliers et médico-sociaux. 2011-2012

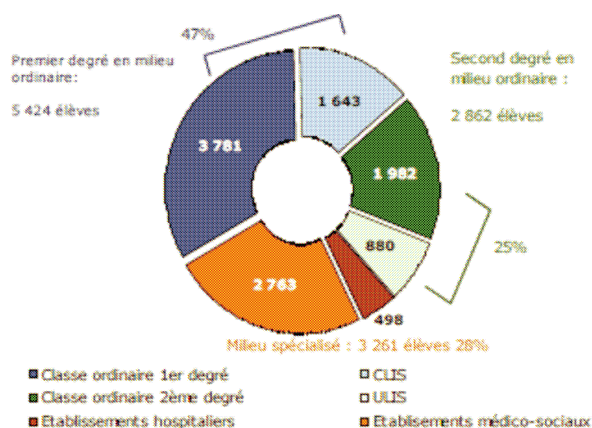
Champ : France métropolitaine + DOM (hors Mayotte)

En région Languedoc-Roussillon, ou dans l'Académie de Montpellier qui partage le même territoire administratif, la part d'élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire en premier degré est plus importante que la part nationale, avec 47 %, contre 45% au niveau national.

Le taux de scolarisation dans le milieu spécialisé est également plus forte, avec 28 %, contre 27% à l'échelle de la France.

C'est la scolarisation en milieu ordinaire dans le second degré qui est sous-représentée régionalement, avec un taux de 25 %, contre 28 % au niveau national.

Répartition des effectifs d'élèves handicapés scolarisés en Languedoc-Roussillon



Sources : MEN-MESR DEPP et MEN-DGESCO / Enquêtes n° 3 et n° 12 et MEN-MESR DEPP/ Enquête n° 32 hospitaliers et médico-sociaux. 2011-2012

Champ : Académie de Montpellier

➤ La scolarisation individuelle en milieu ordinaire :

Cette multiplicité des possibilités de scolarisation est toutefois dominée par un principe qui s'applique en premier lieu et en l'absence de toute autre recommandation. Il s'agit du principe de l'établissement de référence, soit le droit de s'inscrire dans l'école ou l'établissement le plus proche de son domicile. Il s'agit d'une application concrète du principe d'accessibilité.

Article 19 : « (...) *Tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école ou dans l'un des établissements mentionnés à l'article L.351-1, le plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence.* » Loi n° 2005-102 du 11 février 2005

En l'absence de toute autre modalité prévue par le PPS, le principe de l'établissement de référence s'applique donc. Ainsi, la loi de 2005 donne la priorité à une scolarisation individuelle en classe ordinaire sur les autres modes de scolarisation. Cette inclusion en milieu ordinaire peut se dérouler sans aide particulière. A l'inverse, elle peut donner lieu à des aménagements, tels que le recours à un auxiliaire de vie scolaire ou la mise à disposition de matériel pédagogique adapté²².

Les Services d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile (SESSAD) sont des services d'éducation spécialisés qui interviennent auprès de l'enfant handicapé scolarisé en milieu ordinaire.

Au niveau national, à la rentrée 2011, 49 % des élèves handicapés étaient scolarisés individuellement en milieu ordinaire, premier et second degré confondus. Pour la région Languedoc-Roussillon, ce taux est de 50 %.

➤ La scolarisation collective en milieu ordinaire :

Si la situation ou l'état de santé ne lui permet pas une scolarisation à temps complet dans une classe ordinaire, l'élève peut être scolarisé en classe adaptée. Il pourra alors intégrer une classe pour l'inclusion scolaire (CLIS) dans le premier degré ou une unité locale pour l'inclusion scolaire²³ (ULIS) dans le second degré. Dans ce type de scolarisation collective, l'élève reçoit un

²² Ces modalités d'aménagement de la scolarité sont détaillées dans la partie suivante.

²³ Instaurées par la circulaire n° 2010-088 du 18 juin 2010, les Unités Locales pour l'Inclusion Scolaire

enseignement conforme à ses besoins du fait d'adaptations pédagogiques, au sein de classes ou d'unités comportant de petits effectifs et encadrées par un enseignant spécialisé. L'enfant, ou l'adolescent, peut suivre en parallèle des cours dispensés dans une classe ordinaire correspondant à son niveau de scolarité.

A la rentrée 2011, en France, 23 % des élèves handicapés suivaient ce mode de scolarisation, dans les premier et second degrés. Ils étaient 22 % dans la région Languedoc-Roussillon.

Dans le premier degré, les CLIS sont spécialisées en quatre catégories selon les types de handicap pris en charge. Les ULIS ne présentent pas de nomenclature administrative mais sont tout de même spécialisées²⁴.

Pour étudier la scolarisation ordinaire des élèves handicapés, la statistique nationale observe le lien entre le mode de scolarisation et le type de handicap.

Sont distingués, dans le groupe 1, les élèves porteurs de troubles du langage et de la parole, de troubles d'ordre physique (auditifs, visuels, viscéraux et moteurs) et de troubles « autres ». Le groupe 2 est constitué des élèves porteurs de troubles intellectuels et cognitifs, de troubles psychiques et de troubles associés. Les effectifs de ce groupe sont plus de deux fois plus nombreux que ceux du groupe 1.

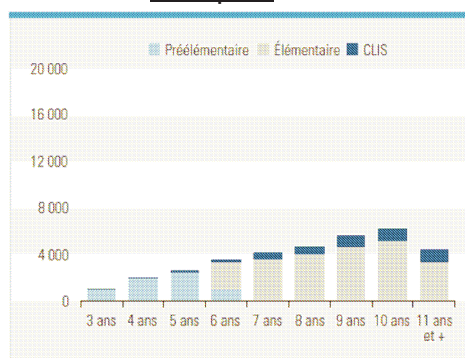
Scolarisation en milieu ordinaire en France en 2011/2012 par type de handicap

	Premier degré	Second degré	Ensemble
Groupe 1	34 317	32 997	67 314
Troubles du langage et de la parole	14 149	15 543	29 692
Troubles auditifs	3 994	3 465	7 459
Troubles visuels	2 444	2 277	4 721
Troubles viscéraux	2 283	1 438	3 721
Troubles moteurs	9 746	9 335	19 081
Autres troubles	1 701	939	2 640
Groupe 2	96 200	46 881	143 081
Troubles intellectuels et cognitifs	60 513	30 145	90 658
Troubles du psychisme	27 192	13 580	40 772
Troubles associés	8 495	3 156	11 651
Total	130 517	79 878	210 395

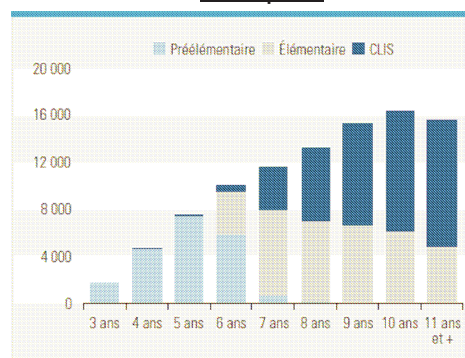
Source: MENJVA-MESRDEPP

Modalités de scolarisation en milieu ordinaire dans le premier degré

Groupe 1



Groupe 2

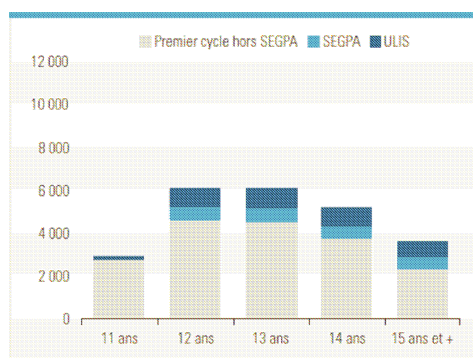


ont remplacé les Unités Pédagogiques d'Intégration (UPI).

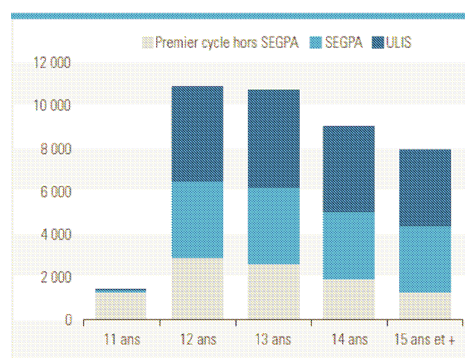
²⁴ Voir catégories des CLIS et spécialités des ULIS en annexe 3.

Modalités de scolarisation en milieu ordinaire au collège

Groupe 1



Groupe 2



Source : MENJVA-MESR DEPP – 2011/2012

Champ : France Métropolitaine + DOM (hors Mayotte, public et privé)

Les élèves du groupe 2, dont les troubles génèrent davantage de difficultés pour les apprentissages et la scolarisation, ont un taux de scolarisation en milieu ordinaire beaucoup plus important dans le premier degré que dans le second. Ils sont aussi plus souvent scolarisés dans des classes adaptées (CLIS ou ULIS) ou dans une SEGPA²⁵.

En Languedoc-Roussillon, les élèves dont le trouble est classé dans le groupe 2 sont également beaucoup plus nombreux dans le milieu ordinaire, où ils représentent 64,4% des effectifs. Si les élèves du groupe 1 tendent à poursuivre leur scolarité dans le 2nd degré, une forte disparition des élèves du groupe 2 est à noter entre le premier et le second degré. Ainsi, les effectifs d'élèves souffrant de troubles psychiques et cognitifs passent de 2 351 à 886, ce qui marque une baisse de 62%. Pour les troubles du psychisme, de la même façon, plus de la moitié des effectifs ne se retrouvent pas en second degré.

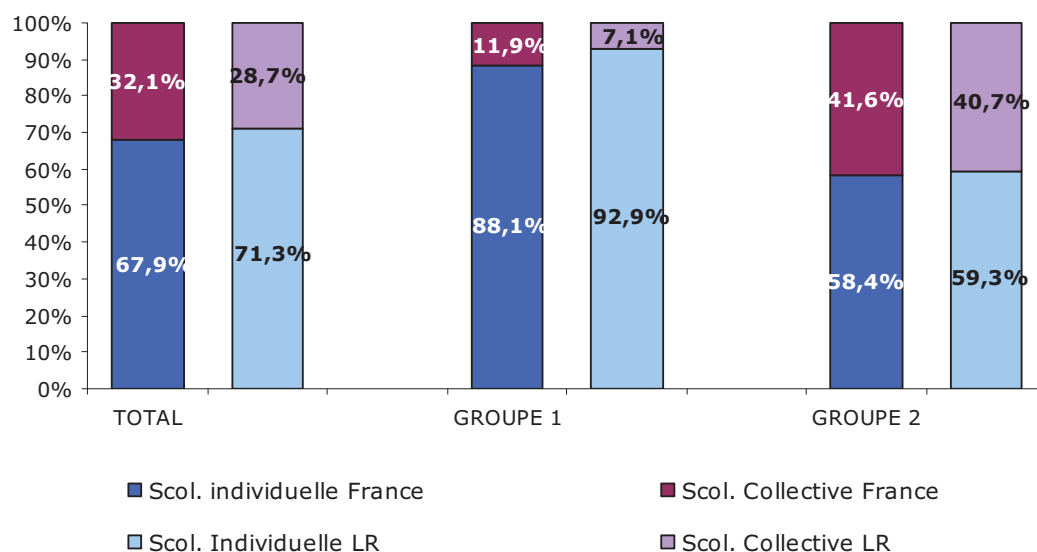
Scolarisation en milieu ordinaire en Languedoc-Roussillon en 2010/2011 par type de handicap

	1er degré	2nd degré	TOTAL
Groupe 1	1 584	1 327	2 911
Troubles du langage et de la parole	718	596	1 314
Troubles auditifs	220	217	437
Troubles visuels	95	73	168
Troubles viscéraux	155	118	273
Troubles moteurs	337	259	596
Autres troubles	59	64	123
Groupe 2	3 768	1 488	5 256
Troubles intellectuels et cognitifs	2 351	886	3 237
Troubles du psychisme	1 079	501	1 580
Troubles associés	338	101	439
TOTAL	5 352	2 815	8 167

Source : Données Académie de Montpellier, Dossier de presse – Journée nationale de sensibilisation au handicap dans les établissements scolaires

²⁵ Les SEGPA, Sections d'Enseignement Général et Professionnel Adapté accueillent, au collège, des élèves rencontrant des difficultés d'apprentissage graves et durables. Il peut s'agir d'élèves handicapés mais pas seulement. <http://eduscol.education.fr/cid46765/sections-d-enseignement-general-et-professionnel-adapte.html>

Scolarisation individuelle/collective en milieu ordinaire, en Languedoc-Roussillon



En termes de type de scolarisation, la région Languedoc-Roussillon ne se démarque pas significativement de la moyenne nationale. La scolarisation individuelle en milieu ordinaire y est légèrement plus représentée, notamment pour les élèves porteurs de troubles du groupe 1.

➤ La scolarisation en milieu spécialisé :

Enfin, l'élève peut, si le besoin est établi, suivre sa scolarité dans un établissement spécialisé, qu'il s'agisse d'un établissement hospitalier ou médico-social.

Les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) recouvrent plusieurs types d'établissements selon les publics accueillis²⁶.

Ces établissements spécialisés, qui relèvent du ministère de la Santé, offrent, au-delà de l'action scolaire, une prise en charge complète, notamment éducative et psychologique.

La scolarisation peut avoir lieu en classe annexée, c'est à dire dans une classe gérée par l'établissement médico-social (EMS) mais qui se trouve physiquement dans un établissement de l'Éducation Nationale. La scolarisation est dite en classe interne lorsque la classe se trouve à l'intérieur de l'EMS avec un enseignant mis à disposition par l'Éducation Nationale. Dans les deux cas, les élèves bénéficient d'un suivi médico-social. Une scolarisation partielle en classe ordinaire peut compléter ce mode de scolarisation.

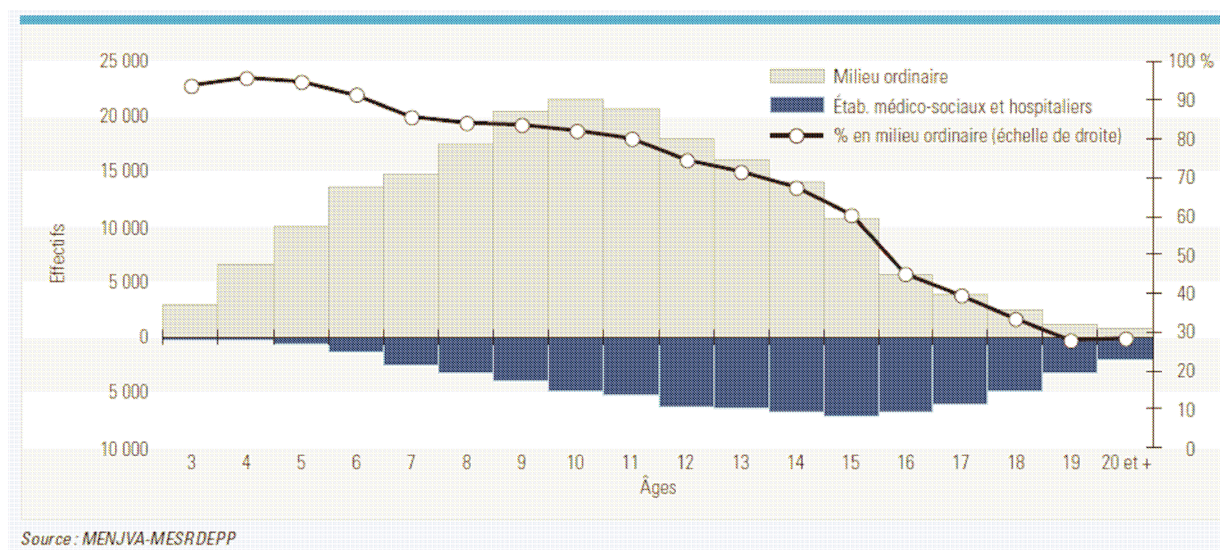
La part d'élèves handicapés scolarisés en milieu spécialisé, hôpital ou établissement médico-social, à la rentrée 2011 était de 27 % au niveau national et de 28 % à l'échelle régionale.

La scolarisation en établissement spécialisé en France en 2011/2012

	Établissements médico-sociaux	%	Établissements hospitaliers	%	Total
Troubles intellectuels et cognitifs	36 171	54	416	9	36 587
Troubles psychiques	14 879	22	1 889	41	16 768
Troubles du langage et de la parole	1 087	2	137	3	1 224
Troubles auditifs	2 751	4	5	0	2 756
Troubles visuels	779	1	3	0	782
Troubles moteurs	3 347	5	538	12	3 885
Troubles viscéraux	80	0	490	11	570
Plusieurs troubles associés	5 403	8	491	11	5 894
Autres troubles	1 443	2	603	13	2 046
Polyhandicap	910	1	64	1	974
Total	66 850	100	4 636	100	71 486

²⁶ Voir les différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux en annexe n°4.

En 2010-2011, plus de la moitié des élèves scolarisés en établissement médico-social (54%) souffrent de troubles intellectuels et cognitifs et 22 % ont des troubles psychiques. Les établissements hospitaliers scolarisent plus de 4 600 enfants et adolescents. Parmi eux, 41 % présentent des troubles psychiques. Les élèves du groupe 2 sont donc sur-représentés dans le milieu spécialisé.



Si la scolarisation en milieu ordinaire concerne la quasi-totalité des élèves handicapés en école maternelle, soit entre 3 et 5 ans, elle maintient un fort taux tout au long du premier degré et amorce une baisse entre 9 et 11 ans, soit à la fin de l'école primaire. La scolarisation en milieu ordinaire diminue tout au long du collège, avec une coupure nette entre 15 et 16 ans, c'est-à-dire à la fin de la scolarisation obligatoire.

En revanche, la scolarisation en établissement médico-social ou en hôpital enregistre des effectifs maximums auprès de jeunes âgés de 14 à 16 ans. Ces données illustrent une scolarisation en milieu ordinaire prioritaire avec une réorientation dans le milieu spécialisé lorsque le maintien en classe ordinaire n'est plus adapté aux besoins de l'élève. Ce phénomène tient aussi à l'apparition de troubles lors de l'adolescence, comme certains troubles psychiatriques et psychologiques.

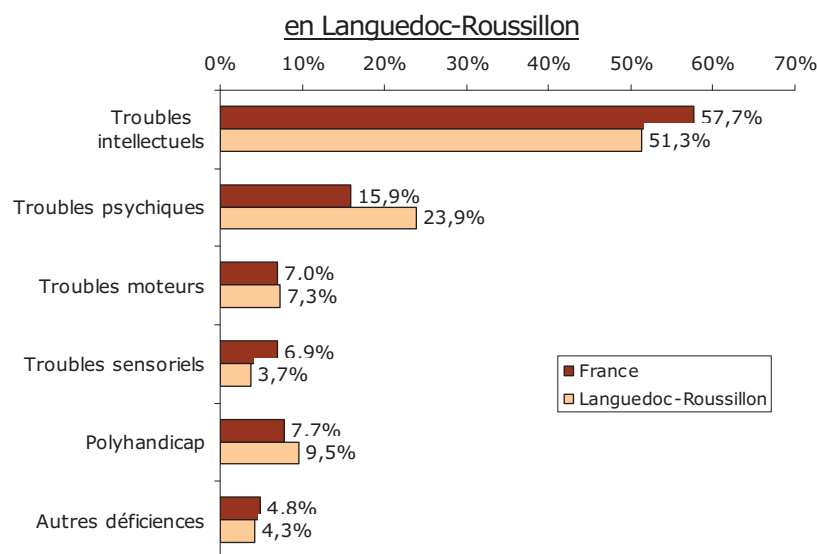
En région Languedoc-Roussillon, en décembre 2010, sur un total de 255 000 élèves scolarisés en premier degré, 5 151 faisaient l'objet d'un Projet Personnalisé de Scolarisation. Le taux régional de scolarisation d'élèves handicapés était donc de 2,01 % pour une moyenne nationale de 1,9 %. Dans le second degré, le taux de scolarisation sur l'ensemble de l'Académie était de 1,21 %, soit en deçà de la moyenne nationale, de 1,3 %²⁷.

A la rentrée 2011, 159 CLIS étaient proposées sur l'ensemble du territoire régional ainsi que 90 ULIS.

En ce qui concerne le secteur social et médico-social, le Languedoc-Roussillon se distingue de la moyenne nationale selon les types de handicap observés.

²⁷ Données de l'Éducation Nationale délivrées par Monsieur Robert BENEZECH, Inspecteur de l'Éducation nationale chargé de l'adaptation scolaire et de la scolarisation des élèves handicapés, lors de son audition.

Répartition des places installées en ESMS au 1^{er} janvier 2011 par type de handicap



Source : STATISS 2011. Agence Régionale de Santé Languedoc-Roussillon

Les places disponibles en milieu spécialisé en Languedoc-Roussillon sont sous-représentées par rapport à la moyenne nationale pour les troubles intellectuels et sensoriels. En revanche, les troubles psychiques et le polyhandicap sont sur-représentés dans l'offre d'accueil. Il s'agit là toutefois des places en structures, indépendamment du mode de scolarisation de l'enfant.

De forts écarts existent à l'intérieur de la région, avec un taux d'équipement de 5,2 dans l'Hérault et de 20,5 pour la Lozère, où les places pour déficients moteurs sont sur-représentées par rapport aux autres départements, avec 51% des places (ou lits) disponibles dans la région.

En ce qui concerne les Services d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD), le taux d'équipement régional est de 2,7 pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans, ce qui place la région dans la moyenne nationale qui est de 2,6 pour 1 000²⁸.

Enfin, l'enseignement peut se faire à distance, grâce à un programme spécifique mis en œuvre par le Centre national d'enseignement à distance (CNED), pour les élèves handicapés de 6 à 16 ans.

c. L'originalité du modèle français

Il est donc possible, en France, de cumuler plusieurs types de scolarisation. La révision du PPS permet de modifier l'orientation d'un élève handicapé et donc de compléter un cursus en milieu ordinaire par une scolarisation en établissement spécialisé, ou inversement. Cette relative souplesse entre les filières et la scolarisation individuelle et collective place le système français dans une posture assez originale en Europe.

L'étude des politiques du handicap en Europe ne peut bénéficier d'une analyse chiffrée précise, car le terme consacré au niveau européen d'élèves « à besoins éducatifs particuliers » n'a pas la même signification dans tous les pays. Certains en ont une définition assez réduite autour du handicap, d'autres y englobent des élèves aux caractéristiques très variées, avec ou sans handicap, dès lors qu'ils manifestent des problèmes importants d'apprentissage. Sans définition commune, les statistiques obtenues pour chaque pays ne peuvent donc être comparées au niveau européen.

Toutefois, trois groupes de pays se distinguent selon leur politique de scolarisation des élèves

²⁸ Données STATISS 2011 par l'Agence Régionale de Santé Languedoc-Roussillon. Voir annexe n°5.

handicapés :

Les pays engagés dans la voie de la trajectoire unique, ou « *one-track approach* », qui consiste à scolariser presque tous les élèves dans le milieu ordinaire, avec une présence de services spécialisés concentrés dans les écoles ordinaires, et répondant aux divers besoins spécifiques. Moins de 0,5 % des élèves à « besoins éducatifs particuliers » suivent leur scolarité dans des établissements spécialisés. Il s'agit notamment des pays du nord de l'Europe : Suède, Norvège et Islande, et des pays du sud : Espagne, Grèce, Italie et Portugal. Le choix de l'inclusion implique la mise en œuvre de moyens significatifs, comme en Italie par exemple, où 75 000 enseignants de soutien, formés à l'Université, enseignent dans des classes ordinaires dont ils sont co-titulaires avec l'enseignant principal.

Les pays qui ont choisi de maintenir deux systèmes éducatifs distincts. C'est la « *two-track approach* », selon laquelle deux systèmes d'enseignement, ordinaire et spécialisé, cohabitent, avec des législations souvent différentes. Les élèves à besoins éducatifs particuliers sont reçus dans des écoles spécialisées ou des classes spéciales, dont le taux de scolarisation est supérieur à 2,5 %. Il s'agit de l'Allemagne, de la Belgique, de la Hongrie, de la République Tchèque et des Pays-Bas.

Les pays qui privilégient une approche multiple, ou « *multi-track approach* » et présentent des formules intermédiaires qui intègrent des classes spéciales à temps plein ou partiel et des coopérations entre les écoles ordinaires et spécialisées. Les pays ayant choisi cette approche en Europe sont l'Angleterre, l'Autriche, le Danemark, la Finlande, la Pologne et la France. Celle-ci se distingue des autres pays de ce groupe par la forte représentation de l'ensemble des composantes, que sont les trois modes de scolarisation : les classes ordinaires en école ordinaire (50 % des effectifs en 2011/2012²⁹), les classes spéciales en école ordinaire (23%) et les établissements spécialisés (27%).

Ainsi, le système français se caractérise par des modalités de scolarisation variées pouvant se compléter pour répondre au mieux aux besoins de l'enfant. Toutefois, l'objectif principal de la loi de 2005 est bien d'affermir et de généraliser le principe d'inclusion des élèves handicapés en milieu ordinaire. Cependant, l'éducation doit être considérée dans une perspective plus large que la scolarisation. En effet, y participent également d'autres acteurs, au premier rang desquels la famille. Les activités dispensées à l'école ou en dehors doivent bénéficier du même souci d'inclusion que celui apporté aux salles de classe.

B. L'ÉDUCATION DES ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPÉS HORS DES SALLES DE CLASSE

L'éducation d'un enfant implique la participation de nombreux acteurs, au premier rang desquels les parents qui doivent trouver leur place au sein du dispositif éducatif global. De plus, l'apprentissage se déroule également à travers les activités éducatives, qu'elles soient dispensées par l'école ou par des structures extérieures. Réunir les meilleures conditions pour l'éducation des enfants handicapés nécessite que les parents jouent sereinement leur rôle et que les enfants et adolescents accèdent librement à des activités sportives et culturelles.

1. La place de la famille dans la prise en charge du handicap

Les parents sont les premiers témoins du handicap de leurs enfants. La phase de diagnostic est une étape particulièrement douloureuse et difficile qui nécessite un accompagnement adapté.

²⁹ Sources : MEN-MESR DEPP et MEN-DGESCO / Enquêtes n° 3 et n° 12 et MEN-MESR DEPP/ Enquête n° 32, 2011-2012. Champ : France métropolitaine + DOM (hors Mayotte)

Par la suite, les parents sont impliqués dans le choix d'orientation et le suivi de la scolarisation de leur enfant.

a. L'accompagnement des parents lors du diagnostic du handicap

L'étape de la découverte du handicap chez un enfant est une phase cruciale qui doit intervenir au plus tôt pour une prise en charge efficace. Toutefois, les parents, souvent les premiers confrontés au handicap, se trouvent dans une situation douloureuse et paralysante. Le premier réflexe observé chez les parents est de vouloir maintenir leur enfant dans un milieu scolaire traditionnel.

L'annonce du diagnostic par un médecin est le moment où des termes médicaux sont posés sur des comportements et des situations. Les parents sont alors souvent soulagés de savoir que leur enfant va être pris en charge. Toutefois, cette étape demande du temps et de la pédagogie. Les termes employés ne sont pas toujours bien compris et le format du rendez-vous médical classique n'est pas adapté aux besoins des parents, notamment celui de comprendre exactement comment fonctionne la maladie. Ainsi, certaines structures spécialisées, telles que les Centres de Ressources Autisme (CRA), viennent en appui du diagnostic en donnant des informations détaillées, en prenant le temps d'écouter les parents et de répondre à leurs interrogations. Le Centre de Ressources Autisme Languedoc-Roussillon a mis en place des groupes de parole pour permettre aux parents d'échanger leurs expériences et de partager leurs problèmes.

b. L'intervention des parents dans l'orientation et le suivi de la scolarité

Les parents jouent un rôle essentiel dans la prise en charge du handicap dans la scolarité de l'enfant. En effet, la loi de 11 février 2005 prévoit que la famille de l'enfant en situation de handicap doit être à l'origine de la demande d'élaboration du projet personnalisé de scolarisation (PPS) auprès de la MDPH. Si le handicap est identifié par l'équipe éducative, le directeur de l'établissement prend contact avec les parents pour qu'ils déclenchent le processus. Si toutefois les parents ne répondent pas dans un délai de quatre mois, le directeur d'établissement peut contacter l'enseignant référent compétent afin qu'il contacte les parents et entame un dialogue.

Lorsque la demande est prise en compte, l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation des besoins construit le Plan Personnalisé de Compensation (PPC) et/ou le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) sur la base des souhaits, du projet de vie de la personne elle-même et de ses parents ou représentants légaux. Les parents sont donc bien impliqués dans l'orientation scolaire de leurs enfants puisque la CDAPH prendra une décision d'orientation sur la base du PPS. Les parents peuvent s'opposer à une décision d'orientation qui ne serait pas conforme à leurs souhaits. Dès lors, l'enfant rejoint son établissement de référence.

Une fois le PPS validé par la CDAPH, l'enseignant référent est chargé de sa mise en œuvre et l'équipe de suivi de la scolarisation s'assure de son respect et de son évaluation. Or, les parents ou représentants légaux de l'enfant mineur font obligatoirement partie de cette équipe. Ainsi, à titre d'exemple, l'accord des parents de l'élève est indispensable pour que l'équipe de suivi propose à la CDAPH des révisions du PPS dont, éventuellement, une réorientation.

2. La participation des élèves handicapés aux activités de l'école

L'enseignement prodigué à l'école implique des activités pédagogiques telles que les sorties de classes, les voyages scolaires et les séjours linguistiques. Ces activités font partie des enseignements obligatoires et sont source d'une grande richesse en termes d'apprentissage, dans une dimension individuelle et collective.

Or, la participation d'un élève handicapé à ce type d'activités peut poser certains problèmes, qu'il s'agisse du transport, de l'hébergement, de l'accessibilité, de la continuité des soins ou encore de l'accompagnement. Les exigences particulières au handicap nécessitent d'anticiper les situations problématiques et de prévoir des réponses adaptées. Les Auxiliaires de Vie Scolaire « individuels »³⁰ ont pour rôle d'aider l'élève à prendre part à ces activités.

3. L'accessibilité des activités extrascolaires aux enfants et adolescents handicapés

En dehors des temps scolaires, l'accueil des enfants en centre de loisirs favorise un développement personnel harmonieux, un enrichissement culturel et une plus grande intégration sociale. Il en est de même pour les enfants en situation de handicap pour lesquels l'inclusion dans les centres de loisirs ordinaires ne fait l'objet d'aucune réglementation.

Dès lors, un représentant d'une association œuvrant en ce sens³¹ a observé que, si l'intégration des enfants handicapés dans les centres de loisirs ordinaires fait l'objet d'un besoin, les familles n'osent pas formuler de demande en ce sens car ce besoin ne leur paraît pas légitime. Les enfants concernés sont donc dirigés principalement vers des séjours spécialisés pour jeunes handicapés, plutôt que dans des centres de loisir ordinaires.

De plus, si la demande n'apparaît pas explicitement de la part des familles, l'offre d'accueil n'est pas plus présente. En effet, les responsables de centres de loisirs n'osent pas, ou ne savent pas, comment répondre à cette demande, du fait notamment de l'accompagnement matériel et humain qu'elle implique. A l'échelon national, une « Charte de déontologie pour l'accueil des personnes handicapées dans les structures de vacances et de loisirs non spécialisés »³² a été signée en 1997 par 16 associations, fédérations et organisations nationales.

A l'échelon régional, une expérimentation a été mise en œuvre en 1999 en Languedoc-Roussillon. Elle associait la Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports (DDJS) des Pyrénées-Orientales, l'Association des Francas des Pyrénées-Orientales, le Conseil Général des Pyrénées-Orientales et la Caisse d'Allocations Familiales.

Le succès de cette expérimentation a conduit les Francas du Gard à développer une action en partenariat avec la DDJS du Gard. Un état des lieux réalisé en 2002 a permis de mettre en exergue l'existence d'une demande. Un travail de collaboration avec d'autres structures associatives spécialisées dans le handicap a permis de développer et structurer une démarche d'inclusion d'enfants et de jeunes en situation de handicap par 59 structures gardoises volontaires.

Les enfants et leur famille apparaissent très satisfaits de cette démarche et le réseau partenarial est engagé. Il demeure toutefois une nécessité de communiquer et de convaincre en permanence les acteurs car l'inclusion des enfants handicapés en milieu ordinaire pour les loisirs ne va pas encore de soi. Se pose également la question de la formation et de la professionnalisation des intervenants qui ont pour rôle d'inclure le handicap dans les activités du groupe.

Conscients de l'importance de ces activités pour le développement de l'ensemble des jeunes, les services de la Région Languedoc-Roussillon ont inscrit comme objectif « favoriser la pratique sportive des élèves en situations de handicap » dans la Charte Région Languedoc-Roussillon Handicap³³.

³⁰ Le dispositif des Auxiliaires de Vie Scolaire est présenté en page 37 de ce rapport.

³¹ Audition de M. Jérôme ABELANEDA, Directeur départemental des Francas du Gard. La Fédération nationale des Francas est une association d'éducation populaire reconnue d'utilité publique.

³² http://www.jpa.asso.fr/imgs/bibliotheque_fichier/07041115105_texte_charte.pdf

³³ Charte « Région Languedoc-Roussillon handicap » adoptée en février 2006, p. 22.

Après une première partie plutôt descriptive sur les principales dispositions de la loi du 11 février 2005, la suite de l'étude permettra de les mettre en perspective après six années de mise en œuvre. Les analyses présentées, qu'elles portent au niveau national comme régional, ont conduit les conseillers du CESER à émettre des préconisations, détaillées en troisième partie du rapport.

Partie 2. Éléments de bilan de la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 en région

La loi du 11 février 2005 poursuit l'objectif d'une plus grande inclusion en milieu ordinaire des élèves handicapés. Six ans après la mise en œuvre de ses principales dispositions, quelle appréciation se dégage des résultats attendus ? Les moyens proposés doivent-ils évoluer ?

A. La loi du 11 février 2005, une réussite pour l'inclusion scolaire qui doit être nuancée

La loi du 11 février 2005 a pour objet principal de favoriser l'accès aux écoles ordinaires pour les élèves en situation de handicap, quelle que soit la nature ou la lourdeur du trouble. Ceci apparaît aujourd'hui comme un objectif globalement atteint. Toutefois, une analyse précise des statistiques permet d'observer que l'inclusion scolaire n'est pas ouverte de manière équivalente à tous les handicaps ni pour les élèves de tout âge et tout niveau scolaire.

1. Des élèves handicapés toujours plus nombreux en milieu ordinaire

Du point de vue de l'accès des élèves en situation de handicap à l'école ordinaire, il apparaît que la réforme mise en œuvre par la loi du 11 février 2005 est un succès, tant sur le plan des idées que sur celui des faits.

a. La non remise en cause du droit des enfants handicapés à être admis en classe ordinaire

La loi de 2005 est d'abord une réussite sur le plan des idées. La sénatrice Claire-Lise CAMPION dit qu'elle a « *un mérite indéniable : elle a entraîné un changement d'état d'esprit et permis de porter un regard différent sur le handicap* »³⁴.

En effet, si elle s'inscrit dans la continuité de la loi de 1975, elle institutionnalise le principe de l'inclusion des élèves handicapés. Ainsi, les enfants en situation de handicap relèvent du droit commun et ont accès, comme tous, à l'école ordinaire. Au-delà de cette accessibilité, il s'agit de considérer l'école non plus comme une fin en soi mais comme un moyen de réussir sa vie professionnelle : « *on passe du droit à la scolarisation au droit à la scolarité, et par delà, au droit à la formation* », précise un récent rapport au Ministre de l'Éducation Nationale³⁵.

Dès lors, si dans les faits l'accueil d'enfants handicapés dans une classe ordinaire peut générer des craintes et des hésitations, le principe de leur droit à l'inclusion n'est plus remis en cause. « *Le droit s'est imposé et le principe de l'accueil est communément admis* », rapporte le même rapport. Ceci est le fruit d'une lente évolution des mentalités qui a débuté avant 2005 mais que la loi a permis d'asseoir et de renforcer.

Cette évolution est observée et vécue par les acteurs intervenant auprès des élèves handicapés. L'évolution des chiffres de l'inclusion scolaire au cours des 8 dernières années l'illustre

³⁴ « Réussir 2015. Accessibilité des personnes handicapées aux logements, aux établissements recevant du public, aux transports, à la voirie et aux espaces publics », par Claire-Lise CAMPION, sénatrice. Mars 2013. P. 3.

³⁵ « La mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 dans l'Éducation Nationale ». Inspection générale de l'Éducation Nationale et Inspection générale de l'administration de l'Éducation Nationale et de la Recherche. Note n°2012-100. Juillet 2012. P. 7.

également.

b. L'augmentation des effectifs d'enfants handicapés en milieu ordinaire

Au niveau national, la part d'élèves en situation de handicap en milieu ordinaire a augmenté de +39 % entre 2005, année de la loi institutionnalisant l'inclusion, et 2011. Cela représente environ 10 000 élèves supplémentaires chaque année, soit une progression annuelle moyenne de +6,3 %.

	2005	2011
1^{er} degré		
Nombre élèves handicapés	104 824	130 517
Population scolaire	6 357 204	6 657 700
% élèves handicapés	1,6 %	2 %
2^{ème} degré		
Nombre élèves handicapés	46 699	79 878
Population scolaire	5 485 400	5 384 500
% élèves handicapés	0,9 %	1,5 %
1^{er} et 2^{ème} degrés		
Nombre élèves handicapés	151 523	210 395
Population scolaire	11 842 604	12 122 000
% élèves handicapés	1,3 %	1,7 %

Sources : « La scolarisation des enfants handicapés », rapport au Président de la République par M. Paul BLANC, sénateur des Pyrénées Orientales, mai 2011 et « Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche – RERS 2012 ». Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance. Septembre 2012.

Ainsi, à la rentrée, 2011, les élèves handicapés en scolarisation ordinaire, qu'elle soit individuelle ou collective, représentaient 1,7 % du total des élèves, soit 2 % dans le 1^{er} degré et 1,5 % dans le second.

1^{er} degré	En milieu ordinaire				En milieu spécialisé			TOTAL
	Scol. Individuelle	Scol. Collective	Total	% scol. Individ.	Etb hospitaliers	EMS	Total	
2005	64 994	39 830	104 824	62,0%	4 177	50 849	55 026	159 850
2011	86 089	44 428	130 517	66,0%	5 389	62 700	68 089	198 606
2005-2011	32%	12%	25%		29%	23%	24%	24%
2^{ème} degré	En milieu ordinaire				En milieu spécialisé			TOTAL
	Scol. Individuelle	Scol. Collective	Total	% scol. Individ.	Etb hospitaliers	EMS	Total	
2005	38 934	7 765	46 699	83,4%	2 005	19 309	21 314	68 013
2011	56 719	23 159	79 878	71,0%	2 442	6 449	8 891	88 769
2005-2011	46%	198%	71%		22%	-67%	-58%	31%
Total	En milieu ordinaire				En milieu spécialisé			TOTAL
	Scol. Individuelle	Scol. Collective	Total		Etb hospitaliers	EMS	Total	
2005	103 928	47 595	151 523	68,6%	6 182	70 158	76 340	227 863
2011	142 808	67 587	210 395	67,9%	7 831	69 149	76 980	287 375
2005-2011	37%	42%	39%		27%	-1%	1%	26%

Sources : « La scolarisation des enfants handicapés », rapport au Président de la République par M. Paul BLANC, sénateur des Pyrénées Orientales, mai 2011,
« La scolarisation des jeunes handicapés » La Note d'information. Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (DEPP). 12.10, mai 2012,
« Repères et Références Statistiques sur les Enseignements, la Formation et la Recherche – RERS 2012 ». Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance. Septembre 2012.

Sur l'ensemble des modes de scolarisation, ordinaire ou spécialisée, et sur les deux degrés

confondus, la population d'élèves en situation de handicap scolarisés est passée de 227 863 à 287 375 élèves entre 2005 et 2011, soit une hausse de 26 %. Ces élèves représentent 2,4 % de la population scolaire en 2011.

La scolarisation dans le premier degré en milieu ordinaire a surtout augmenté concernant la scolarisation individuelle³⁶, avec une croissance de 32 % des effectifs. La scolarisation individuelle constitue, en 2011, 66 % des effectifs d'élèves handicapés en milieu ordinaire, contre 62 % en 2005. La scolarisation collective en milieu ordinaire, dans les Classes d'Intégration Scolaire (CLIS), a vu ses effectifs augmenter de 12 % au cours de ces 6 années.

La scolarisation en second degré en milieu ordinaire est moins généralisée que pour le premier degré, mais elle enregistre toutefois une croissance bien supérieure : les effectifs d'élèves handicapés ont augmenté de 71 % dans le second degré depuis 2005, contre 25 % dans le premier degré.

Dans le second degré, les effectifs en scolarisation individuelle connaissent une croissance de 46 %. Parmi les 56 719 élèves scolarisés individuellement en classe ordinaire en 2011, 15 788, soit 28 %, sont scolarisés en SEGPA³⁷. La scolarisation collective, dans les ULIS, a vu ses effectifs progresser de 198 %, passant de 7 765 élèves en 2005 à 23 159 en 2011. Cette croissance s'est accompagnée du fort développement des UPI/ULIS³⁸. A la rentrée 2006, 1 009 UPI étaient ouvertes. A la rentrée 2011, ce nombre avait plus que doublé pour atteindre 2 297 ULIS, soit une progression de +128 %.

Au cours de ces six années marquées par une forte croissance de l'inclusion scolaire en milieu ordinaire, la scolarisation en milieu spécialisé connaît une stabilisation de ses effectifs, avec 76 340 élèves en 2005 et 76 980 en 2011. Une forte baisse est observée pour la scolarisation en deuxième degré au sein des établissements médico-sociaux, avec une diminution de 12 860 élèves, soit une chute de 67 %. En effectifs, cette baisse est quasiment compensée par l'augmentation de la scolarisation en premier degré au sein des établissements médico-sociaux qui concerne 11 851 nouveaux élèves.

La scolarisation partagée, entre milieu ordinaire et milieu spécialisé, demeure relativement stable depuis 2008, avec autour de 6 500 élèves concernés.

Les raisons de l'augmentation continue de l'inclusion sont principalement de deux ordres. Il s'agit d'une part de la prise de conscience généralisée du droit de tous les élèves à fréquenter une école ordinaire. D'autre part, la loi du 11 février 2005 a élargi la notion de handicap à de nouvelles catégories. Ainsi, les handicaps cognitifs et psychiques sont venus compléter les catégories existantes.

Progression du nombre d'élèves reconnus handicapés



Source : « La mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 dans l'Éducation Nationale ». Inspection générale de l'Éducation Nationale et Inspection générale de l'administration de l'Éducation Nationale et de la Recherche. Note n°2012-100. Juillet 2012. p. 17.

³⁶ Voir les définitions des scolarisations individuelle et collective en page 17.

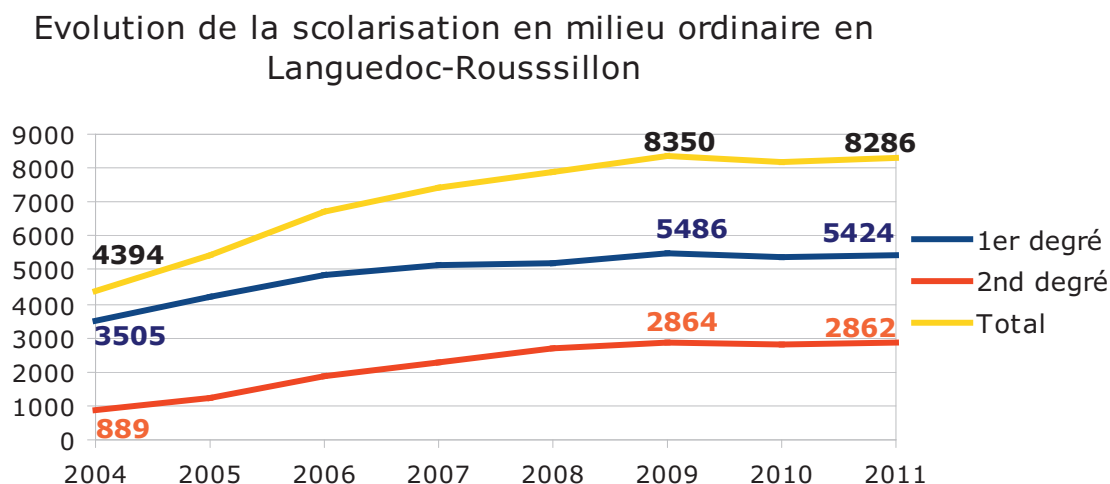
³⁷ Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté

³⁸ Jusqu'au 1^{er} septembre 2010, les Unités Locales d'Inclusion Scolaire (ULIS) étaient appelées Unités Pédagogiques d'Intégration (UPI).

En 2011/2012, 66 % des écoles, 90 % des collèges 82 % des lycées professionnels (LP) et 67 % des lycées généraux et technologiques (LEGT) accueillent au moins un élève handicapé, contre 57 % des écoles, 70 % des collèges, 49 % des LP et 47 % des LEGT en 2006³⁹.

En région Languedoc-Roussillon, on constate également une forte croissance de l'inclusion scolaire. Par rapport à la rentrée 2005, les effectifs d'enfants scolarisés en milieu ordinaire, en premier degré, ont augmenté de +28 %, contre +25 % au niveau national.

En second degré, les élèves en milieu ordinaire sont passés de 1 220 en 2005 à 2 862 en 2011, ce qui représente une hausse de +135 %. Une stagnation des effectifs est toutefois observée depuis 2009.



sources : Données Académie de Montpellier, Dossier de presse – Journée nationale de sensibilisation au handicap dans les établissements scolaires.

L'augmentation de la scolarisation des élèves en situation de handicap dans les écoles ordinaires, qu'il s'agisse d'une scolarisation individuelle ou collective, constitue une avancée significative dans la prise en charge du handicap. Toutefois, l'accroissement des effectifs masque des évolutions différenciées selon les types de handicap et les différents âges et niveaux des élèves.

2. L'inclusion en milieu ordinaire, une avancée non généralisée

L'augmentation incontestable de l'inclusion scolaire n'est pas une réalité pour tous les enfants et adolescents porteurs de handicap. En effet, il s'agit d'une évolution qui bénéficie à certains types de handicap plus qu'à d'autres et qui n'atteint pas tous les niveaux de scolarité.

a. Tous les types de handicaps ne sont pas concernés par l'inclusion en milieu ordinaire

Une première réserve à l'évolution de la scolarisation en milieu ordinaire est constituée par la part d'enfants et adolescents en situation de handicap qui ne sont pas du tout scolarisés. Selon le rapport Blanc, ils seraient environ 20 000 en France⁴⁰.

³⁹ « La scolarisation des jeunes handicapés » La Note d'information. Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (DEPP). 12.10, mai 2012.

⁴⁰ « La scolarisation des enfants handicapés », rapport au Président de la République par M. Paul BLANC,

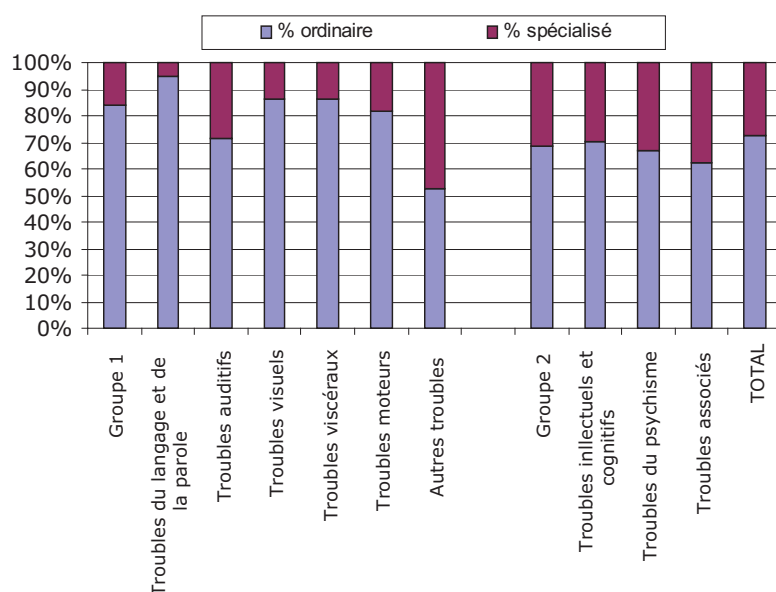
Ensuite, il apparaît que deux tiers des élèves porteurs de handicap scolarisés en milieu ordinaire sont des garçons⁴¹, ce qui est directement lié au fait que, pour les enfants, le handicap est plus présent chez les garçons.

Par ailleurs, le regroupement des handicaps par groupes tel que détaillé dans la première partie du rapport⁴² présente des écarts en termes de type de scolarisation.

Ainsi, pour la rentrée 2011/2012, les élèves porteurs d'un handicap classé dans le groupe 1 sont scolarisés en milieu ordinaire à hauteur de 84,2 %. Ce sont les troubles du langage et de la parole qui bénéficient le plus d'une scolarisation en milieu ordinaire, avec un taux de 94,9 %. Les troubles auditifs, à l'inverse, sont scolarisés en milieu ordinaire à hauteur de 71,2 %.

Les élèves souffrants d'un handicap classé dans le groupe 2 sont plus souvent scolarisés dans le milieu spécialisé. Ainsi, ils sont en moyenne 68,4 % à suivre une scolarité en milieu ordinaire. Pour les troubles intellectuels et cognitifs, les plus nombreux, 30 % des élèves sont scolarisés en milieu spécialisé.

Répartition des modes de scolarisation en France par type de handicap en 2011/2012



Source : « Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche – RERS 2012 ». Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance. Septembre 2012, p. 29.

Les troubles du langage et de la parole sont reconnus comme handicap depuis la loi du 11 février 2005 qui les inclue dans la catégorie des troubles cognitifs. Si les porteurs de ces troubles sont largement intégrés en classe ordinaire, leur handicap est difficilement pris en charge. En effet, les enseignants doivent adapter leur pédagogie pour les savoirs élémentaires que sont la lecture et l'écriture. De plus, ces handicaps sont peu « visibles » (ne sont pas immédiatement perçus par les personnes non informées) et peuvent conduire à des présomptions de favoritisme dans le cas d'un accompagnement spécifique ou d'une prise en compte du handicap lors des examens.

Si les effectifs d'élèves scolarisés en milieu spécialisé n'ont pas diminué, il apparaît que les troubles qui font aujourd'hui l'objet d'une inclusion scolaire, ont été remplacés, dans le milieu spécialisé, par des handicaps plus lourds.

sénateur des Pyrénées Orientales, mai 2011, p. 15.

⁴¹ « Rapport d'information fait au nom de la commission sénatoriale pour le contrôle de l'application des lois sur l'application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », par Mmes Claire-Lise CAMPION et Isabelle DEBRE, p. 53.

⁴² Voir détail des groupes p. 17

b. L'accueil en milieu ordinaire est peu développé après le collège

L'inclusion scolaire dans le premier degré n'est pas la principale avancée de la loi de 2005. En effet, dès 1982, des circulaires sur l'intégration⁴³ avaient ouvert la voie de l'accès à l'école ordinaire pour les élèves handicapés. La création des CLIS dès 1991⁴⁴ avait conforté cette évolution. Mais les modalités d'inclusion ont été améliorées, avec notamment des outils tels que le Projet Personnalisé de Scolarisation ou le recours aux AVS.

La principale évolution quantitative demeure encore dans l'accès des élèves handicapés au collège. Ainsi, entre 2006 et 2011, le nombre d'élèves handicapés scolarisés en collège a pratiquement doublé, passant de 34 582 à 63 648 élèves, soit une progression de +84 %. Cette évolution est en corrélation avec l'accroissement des élèves scolarisés en milieu ordinaire en premier degré qui continuent leur scolarité dans les mêmes conditions. Le rattachement de l'enseignant référent à un collège participe également à faciliter l'accueil plus fréquent des élèves handicapés dans ces établissements.

Qui est l'enseignant référent ?

L'enseignant référent est l'acteur « pivot » du dispositif : il assure la mise en œuvre concrète et le suivi du Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS). Relevant de l'Éducation Nationale, il est donc en relation avec la Maison Départementale des Personnes Handicapées, l'équipe enseignante, les services et personnels de santé. Sans charge d'élèves, il n'a aucune autorité hiérarchique ou administrative sur les autres enseignants mais il est la première personne qu'un enseignant doit pouvoir contacter lorsqu'il le juge nécessaire.

L'enseignant référent assure également une mission d'information aux parents. En effet, l'arrêté et la circulaire n° 2006-176 du 17 août 2006, qui définissent les missions de l'enseignant référent, font de lui l'interlocuteur privilégié des parents dont l'enfant, en situation de handicap, fréquente un établissement dans son secteur d'intervention.

L'enseignant référent est compétent, que l'enfant soit scolarisé dans un établissement du milieu ordinaire ou dans un établissement de santé ou médico-social. L'enseignant référent devrait suivre un enfant tout au long de sa scolarité, quelle que soit son orientation, en établissement ordinaire et/ou médico-social, dès lors que l'enfant demeure dans son territoire de référence. Son rôle est particulièrement déterminant lors des étapes clés de la scolarité.

L'enseignant référent réunit les équipes de suivi de la scolarisation, veille aux conditions matérielles des réunions, fournit les informations nécessaires aux membres et s'assure que chacun puisse exprimer son point de vue. Il occupe une position de neutralité bienveillante, seulement attachée à l'intérêt de l'élève. Enfin, il lui appartient d'établir les conclusions des réunions des équipes de suivi de la scolarisation.

L'enseignant référent est ainsi en lien direct avec l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, devant laquelle il présente les propositions d'évolution des PPS, lorsqu'il s'agit de modifications notables.

Enfin, il faut souligner le succès des ULIS et des SEGPA, pour lesquels les effectifs ont progressé de respectivement 130,6 % et 108,5 % entre 2006 et 2011.

⁴³ Circulaire 82-2 et 82-048 du 29 janvier 1982 et circulaire 83-082, 83-4 et 3/83/S du 29 janvier 1983

⁴⁴ Circulaire n° 91-304 du 18 novembre 1991

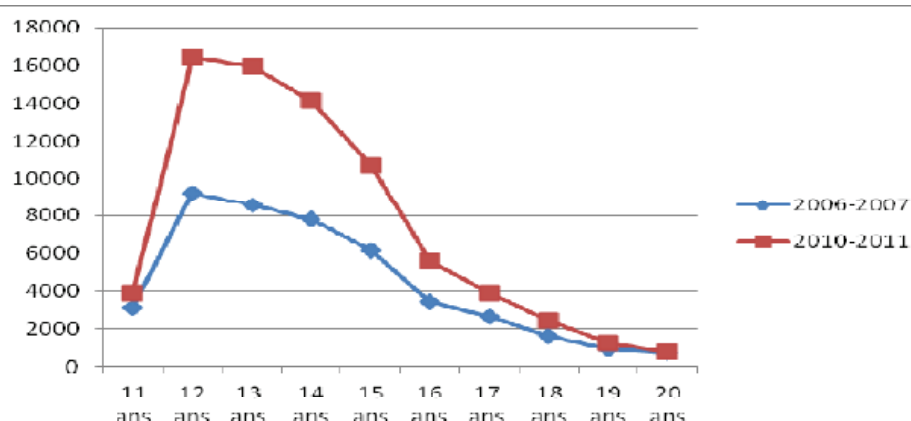
Evolution de la scolarisation des élèves handicapés au collège entre 2006 et 2011 en France

Sources : « Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche – RERS ». Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance. 2007 (p. 139) et 2012 (p. 137).

	2006	2011	Evolution	
Classe ordinaire	18 330	27 843	9 513	51,9%
SEGPA	7 571	15 788	8 217	108,5%
UPI/ ULIS	8 681	20 017	11 336	130,6%
Total	34 582	63 648	29 066	84,0%

Si les entrées au collège d'élèves handicapés sont de plus en plus nombreuses, des ruptures de scolarité ont lieu tout au long de la scolarité, dès l'âge de 12 ans.

Nombre d'élèves handicapés scolarisés en France dans le second degré



Source : « La mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 dans l'Éducation Nationale ». Inspection générale de l'Éducation Nationale et Inspection générale de l'administration de l'Éducation Nationale et de la Recherche. Note n°2012-100. Juillet 2012, p. 32.

Ces ruptures peuvent avoir pour cause une réorientation en milieu spécialisé où les effectifs atteignent un pic chez les adolescents de 13 à 16 ans⁴⁵. La fin de la scolarité obligatoire à 16 ans est marquée également. A partir de cet âge, la scolarisation en milieu ordinaire n'a pas beaucoup évolué depuis 2006.

Evolution de la scolarisation des élèves handicapés au lycée entre 2006 et 2011 en France

	2006	2011	Evolution	
Classe ordinaire	8 057	10 940	2 883	35,8%
Lycée général et technologique	5 212	5 887	675	13,0%
Lycée professionnel	2 845	5 053	2 208	77,6%
UPI/ ULIS	666	3 029	2 363	354,8%
Lycée général et technologique	340	847	507	149,1%
Lycée professionnel	326	2 182	1 856	569,3%
Total	8 723	13 969	5 246	60,1%

Sources : « Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche – RERS ». Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance. 2007 (p. 139) et 2012 (p. 137)

La scolarisation des élèves handicapés en milieu ordinaire a progressé de 60 % au lycée, soit 24 points de moins que pour le collège.

⁴⁵ Voir graphique p. 21

Si la scolarisation individuelle a augmenté de 35,8 %, c'est surtout la scolarisation collective qui a connu une forte progression, avec des effectifs multipliés par 4,5. Les lycées professionnels sont désormais ceux qui accueillent le plus d'élèves handicapés, avec 7 235 élèves en 2011, soit près de 52 % des effectifs.

L'inclusion scolaire au lycée ne bénéficie pas de la présence des enseignants référents dont profite le collège. Une politique volontariste doit faire évoluer les effectifs, notamment à travers l'orientation des élèves. Comme pour l'ensemble des établissements scolaires, l'implication des chefs d'établissement est un facteur important pour l'accueil d'élèves en situation de handicap.

Le lycée est donc encore peu ouvert au handicap alors qu'il constitue une étape déterminante. En effet, l'orientation des élèves s'y dessine le plus souvent et il est sanctionné par un examen, le baccalauréat, décisif pour la poursuite d'études. De plus, en matière de handicap, il correspond à une classe d'âge au cours de laquelle apparaissent certains troubles psychologiques ou psychiatriques, tels que la schizophrénie ou la bipolarité. Des troubles de l'alimentation sont également fréquents lors de l'adolescence, période de grande fragilité psychique. La sensibilisation et la formation des équipes enseignantes de l'Education Nationale en lycée est donc particulièrement importante, ainsi que la généralisation de modes de coopération avec les équipes médicales et socio-médicales dédiées.

Même si l'évolution est globalement positive, l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap connaît des progrès différenciés. Toutefois, une inclusion réussie ne se limite pas à l'accès aux classes ordinaires ; elle nécessite également la mise en œuvre des meilleures conditions d'apprentissage.

B. L'accessibilité et la compensation, principes incontestés de la loi de 2005, nécessitent une meilleure mise en œuvre

Si l'inclusion scolaire, objectif principal de la loi de 2005, connaît une application plutôt imparfaite, les moyens d'y parvenir nécessitent une analyse propre. En effet, la loi érige les principes d'accessibilité et de compensation comme modalités d'action en faveur de l'inclusion. En matière scolaire, ces principes sont donc à la base des pratiques et des outils institués par la loi de 2005. Si leur mise en œuvre relève d'une volonté politique forte de faire de l'inclusion scolaire une réalité pour tous les élèves en situation de handicap, il apparaît que les conditions de leur application se révèlent encore insatisfaisantes, tant au niveau national que régional.

1. Une volonté forte pour rendre l'école ordinaire et le savoir à la portée de tous

Les acteurs de l'inclusion scolaire tels que les enseignants référents et les auxiliaires de vie scolaire agissent pour que les élèves en situation de handicap, quelle que soit la nature de celui-ci, bénéficient d'une scolarité en milieu ordinaire adaptée à leurs besoins propres. Cette nécessaire compensation du handicap s'accompagne d'une exigence d'accessibilité des établissements prévue par la loi de 2005.

a. Une meilleure accessibilité des établissements scolaires

Les dispositions prévues par la loi du 11 février 2005 reposent en grande partie sur la mise en œuvre du principe d'accessibilité. Or, celui-ci se traduit en premier lieu par l'accessibilité physique qui peut être contrainte par des situations de handicap, notamment les handicaps moteurs et sensoriels.

Le principe d'accessibilité énoncé par la loi doit être mis en œuvre grâce à deux grandes catégories d'obligations :

- les locaux d'habitation, les établissements recevant du public (ERP), les installations ouvertes au public et les lieux de travail doivent être accessibles à tous, notamment les personnes handicapées, quel que soit le handicap subi.
- La chaîne de déplacement, comprenant le cadre bâti, la voirie, les aménagements de l'espace public, les systèmes de transport et leur intermodalité, doit permettre, par son organisation, l'accessibilité dans sa totalité aux personnes en situation de handicap ou à mobilité réduite.

Cette obligation d'accessibilité est assortie d'une échéance : le 1^{er} janvier 2015. Pour beaucoup d'observateurs, cette date n'est pas tenable tant l'ampleur des travaux et des investissements serait importante pour mettre aux normes l'existant, en termes de bâtiments comme de voirie. Un rapport d'octobre 2011, de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, du Conseil Général de l'Environnement et du Développement Durable et du Contrôle Général Économique et Financier⁴⁶ faisait ce même constat. Plus récemment, le rapport de la sénatrice Claire-Élise CAMPION confirme que la date butoir de 2015 ne pourra certainement pas être respectée, faute de « *l'absence de réel portage politique et technique* »⁴⁷. Le retard accumulé ne devrait toutefois pas conduire à remettre en cause la date fixée, afin de maintenir une dynamique. Le rapport préconise la mise en œuvre d'agendas programmés de mise en accessibilité.

Les établissements d'enseignement constituent des ERP et sont donc soumis à l'obligation d'accessibilité, condition essentielle à l'inclusion scolaire. Celle-ci s'applique ainsi aux bâtiments abritant une crèche ou une garderie, une école, un collège ou un lycée. Il en est de même pour les établissements destinés à l'enseignement supérieur, aux internats et aux campus universitaires.

Le rapport 2012 de l'Observatoire National de la Sécurité et de l'Accessibilité des établissements d'enseignement⁴⁸ publie les données 2011/2012 de l'Enquête Sécurité de l'Observatoire Pour les Établissements d'Enseignement (base ESOPE) renseignées par les chefs d'établissement ou les gestionnaires. Selon les résultats, dans le secondaire, plus de 50% des établissements n'ont pas réalisé de travaux dans l'année qui vient de passer ni en ont programmés. Il s'agit de près de 60% des collèges et lycées professionnels et de plus de 50% des lycées généraux. Selon les estimations liées à cette enquête, seul 20% des lycées seraient accessibles en France en 2015.

Des travaux d'accessibilité ont-ils été réalisés cette année ou sont-ils programmés dans votre établissement ?
ETABLISSEMENTS

	Oui		Non		Total	
	N	%	N	%	N	%
Collège	276	41.8%	385	58.2%	661	100.0%
Lycée	82	48.8%	86	51.2%	168	100.0%
Lycée professionnel	49	42.6%	66	57.4%	115	100.0%

Source : Rapport 2012 de l'Observatoire National de la Sécurité et de l'accessibilité des établissements d'enseignement, p. 148.

⁴⁶ « Les modalités d'application des règles d'accessibilité du cadre bâti pour les personnes handicapées », BELLUROT Nadine, DEBIESSE Georges, RAYMOND Michel, CHAIN Philippe, RENAUDIN Noël. Inspection Générale des Affaires Sociales, septembre 2012.

⁴⁷ « Réussir 2015. Accessibilité des personnes handicapées aux logements, aux établissements recevant du public, aux transports, à la voirie et aux espaces publics », par Claire-Lise CAMPION, sénatrice. Mars 2013, p. 28.

⁴⁸ <http://ons.education.gouv.fr/Rapport-ONS-2012-conference-de-presse.pdf>

Pour les lycées, la question de l'accessibilité peut être plus préoccupante qu'au collège car elle peut remettre en cause l'orientation de l'élève. En effet, certaines options au baccalauréat ne sont pas proposées partout et le choix d'un lycée peut donc être directement relié à une orientation professionnelle. Ainsi, si un lycée n'est pas accessible ou que l'internat correspondant n'est pas adapté à l'accueil d'élèves handicapés, l'élève devra éventuellement revoir ses souhaits professionnels.

La Région Languedoc-Roussillon a inscrit la nécessaire accessibilité des lycées à l'ensemble des élèves dans sa Charte Handicap⁴⁹. Dans une décision du 12 octobre 2012⁵⁰, le Conseil Régional a décidé de débiter la réhabilitation pour mise en conformité des lycées existants par les 18 lycées régionaux accueillant une Unité Locale d'Inclusion Scolaire (ULIS). Un diagnostic d'accessibilité mené en 2011 et 2012 par un bureau d'études révèle que le niveau moyen d'accessibilité des lycées régionaux atteint 30% pour le handicap moteur, 40% pour le handicap visuel, 65% pour le handicap auditif et 45% pour le handicap cognitif. Le coût estimé des travaux restant à réaliser est de 55 millions d'euros, soit en moyenne 650 000 euros pour chacun des 82 lycées⁵¹.

L'accessibilité des établissements doit être accompagnée d'une accessibilité des transports scolaires. Mais au-delà de l'accès physique aux lieux d'enseignement, les élèves en situation de handicap ont besoin de compenser les conséquences de leurs troubles afin de bénéficier d'un apprentissage de qualité.

b. Des outils de compensation largement utilisés

Les principes d'accessibilité et de compensation, énoncés par la loi du 11 février 2005, se traduisent par plusieurs mesures d'aides à l'inclusion scolaire, notamment celles veillant à la mise à disposition d'aides matérielles ou humaines, individuelles ou collectives, pour faciliter l'apprentissage.

Les équipements pédagogiques

La scolarisation d'élèves en situation de handicap en milieu ordinaire peut nécessiter des aménagements, comme l'apport de matériel pédagogique adapté. C'est l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation des besoins qui apprécie l'utilité de la mise à disposition de tels équipements. Il s'agit notamment de matériel informatique, tel que les claviers en braille ou des logiciels spécifiques. Ces équipements sont financés par l'État, au titre du budget de l'Éducation Nationale. L'élève qui bénéficie de ce type de matériel en conserve l'usage tout au long de sa scolarité, même s'il change d'école, d'établissement ou même de département.

En Languedoc-Roussillon, une demande croissante de matériel adapté est observée avec un besoin plus marqué pour les élèves scolarisés en collège et lycée.

⁴⁹ Charte « Région Languedoc-Roussillon handicap » adoptée en février 2006, p. 22.
http://www.laregion.fr/uploads/Document/f7/WEB_CHEMIN_5680_1221721438.pdf

⁵⁰

<http://www.laregion.fr/uploads/Deliberations/ConseilRegional/2012/10/12/DELIBERATION/D0LJS.pdf>

⁵¹ Données de la Direction de l'Éducation du Conseil Régional Languedoc-Roussillon

Recours à du matériel adapté	2009/2010	2010/2011
1 ^{er} degré	7,60%	10%
2nd degré	19%	23,40%

Source : Données de l'Inspecteur de l'Éducation Nationale – ASH (Adaptation et Scolarisation du handicap)
- Académie de Montpellier

L'organisation des concours et examens

Afin que la situation des élèves et étudiants lors de concours ou d'examens ne soit pas défavorisée par leur handicap, des adaptations peuvent être mises en œuvre. Il peut s'agir par exemple de temps majoré, de modalité d'accès au locaux ou encore de mise à disposition de matériel spécialisé. La demande faite par l'élève est adressée à un médecin désigné par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées au sein de la MDPH. L'avis du médecin est ensuite communiqué à l'autorité organisatrice de l'examen ou du concours qui décide des aménagements à apporter sur sa base⁵². Ces adaptations peuvent faire l'objet de difficultés d'organisation.

Les Auxiliaires de Vie Scolaire

L'accompagnement des élèves handicapés vers l'autonomie en milieu ordinaire, qui demeure l'objectif principal de la loi du 11 février 2005, nécessite parfois la présence d'un Auxiliaire de Vie Scolaire, ou AVS.

Le besoin d'un accompagnement, pour réaliser certains gestes ou tâches de la vie quotidienne à l'école, émerge lors de l'évaluation des besoins de l'enfant par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Il s'agit alors de favoriser la situation d'apprentissage dont est responsable l'enseignant. L'AVS doit donc travailler en étroite collaboration avec celui-ci, afin de préparer et anticiper les situations d'apprentissage à accompagner. En effet, si les interventions de l'AVS sont prévues dans le Projet Personnalisé de Scolarisation, la coordination des actions de l'AVS et de l'enseignant nécessitent un travail commun.

De plus, la présence de l'AVS ne doit pas conduire à isoler l'enfant en situation de handicap en classe ordinaire par des activités pédagogiques trop en décalage avec celles des autres élèves. De la même façon, la posture de l'AVS ne doit pas faire obstacle à la mission pédagogique de l'enseignant.

Il existe deux sortes d'auxiliaires de vie scolaire :

Les auxiliaires de vie scolaire « collectifs », ou AVS-co. Ils interviennent dans des structures ou des dispositifs collectifs de scolarisation des élèves handicapés, tels que les Classes d'Intégration Scolaire (CLIS) dans le premier degré, ou les Unités Locales d'Insertion Scolaire (ULIS) dans le second degré. L'AVS apporte alors une aide générale et multiforme à l'enseignant.

Les auxiliaires de vie scolaire « individuels », ou AVS-i. Ils interviennent auprès d'un élève lorsque l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation des besoins le juge nécessaire et que la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) le décide.

Les AVS ont été institués avant la loi du 11 février 2005, par la loi n° 2003-400 du 30 avril 2003 puis par les circulaires n° 2003-092 du 11 juin 2003 et n° 2004-117 du 15 juillet 2004.

⁵² Circulaire n° 2006-215 du 26 décembre 2006.

<http://www.education.gouv.fr/bo/2007/1/MENE0603102C.htm>

Plus récemment, un décret⁵³ vient préciser la distinction entre l'aide mutualisée et l'aide individuelle. Il indique que l'aide individuelle s'adresse aux élèves qui « *requièrent une attention soutenue et continue, sans que la personne qui apporte l'aide puisse concomitamment apporter son aide à un autre élève handicapé* ». L'aide individualisée intervient donc lorsque l'aide mutualisée n'est pas suffisante pour répondre aux besoins de l'élève.

L'aide mutualisée ne correspond pas aux AVS « collectifs » car il s'agit d'une aide décidée par la CDAPH et qui concerne des élèves nommément désignés. L'attribution d'une aide mutualisée dépend donc de la MDPH mais l'organisation du travail de l'accompagnant, c'est à dire notamment la quotité horaire auprès de chaque élève et son emploi du temps, est fixée au sein de l'établissement dans lequel il intervient, en fonction du PPS des élèves concernés.

Les auxiliaires de vie scolaire assurent quatre types d'activités :

- des interventions dans la classe définies en concertation avec l'enseignant, ou en dehors des temps d'enseignement, comme lors des interclasses ou des repas,
- des participations aux sorties de classes, qu'elles soient occasionnelles ou régulières. L'AVS permet ainsi à l'élève handicapé de participer aux activités qui enrichissent les apprentissages reçus en classe,
- l'accomplissement de gestes techniques, dès lors que ceux-ci ne requièrent pas de qualification médicale ou paramédicale,
- une collaboration au suivi des Projets Personnalisés de Scolarisation.

Il existe également un accompagnement proposé plus particulièrement pour l'Aide à la Scolarisation des Elèves Handicapés (ASEH) en école maternelle. Recrutés par des contrats aidés, ces personnels aident à l'évaluation des besoins de l'enfant et apportent une aide d'ordre général à l'équipe pédagogique, proche de celle des AVS-co.

Le recours aux Auxiliaires de Vie Scolaire est en forte progression. A la rentrée 2012, 1 500 postes d'AVS individuels ont été créés, portant leur nombre à 24 500⁵⁴. En effet, si le nombre d'élèves bénéficiant d'une aide humaine a plus que doublé entre 2006 et 2011, c'est l'aide individuelle qui a le plus progressé (+138%). Ainsi, dans le primaire, six élèves en situation de handicap sur dix bénéficient d'une aide individuelle. Ils sont un sur quatre dans le secondaire⁵⁵.

Le nombre d'élèves accompagnés est plus important dans le 1^{er} degré que dans le second, avec une plus forte progression pour le second degré, ces évolutions étant calquées sur celles de l'inclusion en milieu ordinaire.

En Languedoc-Roussillon, une part plus importante d'élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire bénéficie d'un AVS-i dans le premier degré (38,3 % en 2010/2011) que dans le second degré (18,5%). Toutefois, dans les deux cas, la part d'élèves bénéficiant de ce type d'accompagnement est en croissance. La plus forte croissance est toutefois enregistrée pour les élèves du second degré.

⁵³ Décret n° 2012-203 du 23 juillet 2012

⁵⁴ Données Éducation Nationale : <http://www.education.gouv.fr/cid61272/annee-scolaire-2012-2013-dossier-de-rentree.html>

⁵⁵ « *L'accompagnement des élèves en situation de handicap. Les prescriptions : état des lieux – propositions* ». Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'Éducation Nationale et Inspection générale de l'administration de l'Éducation Nationale et de la Recherche. Rapport n°2012-162, mars 2013, p.9.

	2008/2009	2009/2010	2010/2011	Evol 2008/2010
1^{er} degré				
AVS-co	1430	1537	1481	+3,6%
	27,5 %	28 %	27,5 %	
AVS-i	1685	2003	2100	+24,6%
	33,1 %	33,7 %	38,3 %	
2nd degré				
AVS-co	634	688	692	+9,1%
	23,5 %	24 %	24 %	
AVS-i	324	401	504	+55,6%
	12 %	14,9 %	18,5 %	

Source : Données de l'Inspecteur de l'Éducation Nationale – ASH (Adaptation et Scolarisation du handicap)
- Académie de Montpellier

La part d'élèves suivis par des auxiliaires de vie scolaire « collectifs » (AVS-co) est plus importante dans le premier degré, avec 27,5 %, mais l'écart avec le second degré est moindre que dans le cas des AVS-i.

Le recours croissant aux AVS, s'il est clairement établi, ne constitue toutefois pas la garantie d'une prise en charge de qualité. En effet, la présence d'un AVS en classe ordinaire peut constituer un facteur d'isolement pour l'élève handicapé ou encore nuire à son autonomie.

Ainsi, la mise en œuvre de l'accessibilité et de la compensation demeure une condition essentielle à l'inclusion scolaire des enfants handicapés. Une analyse quantitative permet d'observer que cette mise en œuvre est effective en France, surtout pour ce qui concerne la compensation du handicap. Toutefois, une analyse qualitative est nécessaire pour nuancer les effets de ces dispositifs sur l'inclusion.

2. Des conditions de mise en œuvre qui demeurent insatisfaisantes

La mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 a bien permis de favoriser l'inclusion scolaire des élèves handicapés. Toutefois, réaliser un bilan de ses dispositions implique de s'interroger sur la satisfaction des besoins des enfants. De ce point de vue, plusieurs nuances sont à apporter, qu'il s'agisse de la qualité de travail des MDPH, institution centrale du dispositif, de la formation des acteurs au contact des élèves ou encore de la cohérence des parcours scolaires.

a. Les MDPH peinent à suivre le rythme des demandes et manquent d'harmonisation

Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) connaissent une forte montée en charge depuis leur création. Cette évolution est due à la fois au développement de leurs missions originelles et à l'attribution de nouvelles tâches. Ainsi, les demandes adressées aux MDPH ne cessent d'augmenter, comme le note la CNSA dans sa synthèse annuelle des rapports d'activités des MDPH⁵⁶. Seule l'année 2011 voit cette progression ralentir légèrement,

⁵⁶ « MDPH : Au carrefour des politiques publiques » Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Décembre 2012. p. 5.

avec une augmentation de +6,4 %⁵⁷ par rapport à 2010, contre +15,2 % entre 2009 et 2010. Il apparaît même que 23,2 % des MDPH ont observé une baisse des demandes en 2011.

En Languedoc-Roussillon, c'est le cas de la Lozère qui enregistre une légère baisse des demandes mais pour un taux pour 1 000 habitants élevé, de près de 70⁵⁸. Cette charge de travail a des conséquences en termes de délai de traitement des demandes. Pour les demandes relatives aux enfants, le délai moyen national est de 3,1 mois. Pour la Lozère, ce délai a augmenté, passant de plus de 2 mois en 2010 à 4 mois en 2011. A l'inverse, le délai moyen de traitement d'une demande pour un enfant dans l'Hérault est passé de plus de 5 mois en 2010 à moins de 3 mois en 2011⁵⁹.

Toutefois, en Languedoc-Roussillon, la part des demandes relatives à des enfants dans le total des demandes déposées est inférieure à la moyenne nationale de 19,4 %, dans tous les départements à l'exception du Gard, où cette part avoisine les 27 %⁶⁰.

L'augmentation des demandes aux MDPH est constituée pour une grande part de demandes d'accompagnement par des Auxiliaires de Vie Scolaire « individuels », ou AVS-i. Or, cette croissance ininterrompue des demandes constitue un frein à l'examen approfondi des dossiers. En effet, il est demandé aux MDPH de réaliser un traitement de masse avec des réponses personnalisées. Les équipes pluridisciplinaires éprouvent donc des difficultés à élaborer des Projets Personnalisés de Scolarisation de qualité. Au nombre croissant des demandes s'ajoute le problème du retard de réception des dossiers complétés, qu'il s'agisse d'une première demande ou d'un renouvellement, qui permet difficilement de rendre les décisions d'orientation avant la rentrée scolaire.

Il est à noter que toutes les MDPH ne font pas état de l'élaboration systématique de Plans Personnalisés de Compensation (PPC) ni de Projets Personnalisés de Scolarisation (PPS). Ces derniers, bien que constituant la feuille de route de la scolarisation de l'enfant, ne constituent pas une pratique généralisée. La synthèse des rapports d'activité des MDPH de 2010⁶¹ précisait que les PPC n'existaient en moyenne que pour un tiers des personnes ayant fait une demande à la MDPH. Les rapports d'activités de 2011 font état d'une pratique encore minoritaire. Lorsqu'ils existent, les PPS ont un contenu très variable qui relève souvent de la notification administrative, sans description du projet individuel de l'enfant⁶². Un rapport de l'Inspection Générale de l'Éducation Nationale (IGEN) et de l'Inspection Générale de l'Administration de l'Éducation Nationale et de la Recherche (IGAENR), en date de juillet 2012, fait le même constat : « *Dans un certain nombre de départements, il n'y a pas de PPS (de document identifié comme tel), dans d'autres existent des formulaires variés, parfois produits par l'inspection d'académie elle-même, appelés « projets personnalisés de scolarisation » ou « actualisation du PP » mais ne correspondant pas à l'outil prévu par la loi* ». Le rapport rajoute que « *certains acteurs interrogés dans les écoles et les établissements secondaires ignorent même l'existence et la fonction de ce dispositif* »⁶³.

Les évaluations par les équipes pluridisciplinaires se font à 81 % sur dossier en 2011, c'est-à-

⁵⁷ Moyenne calculée par la CNSA sur la base de 82 rapports d'activités.

⁵⁸ Voir le graphique 1 sur le taux de demande pour 1 000 habitants en annexe 6.

⁵⁹ Voir le graphique 2 sur le délai moyen de traitement des demandes enfants en annexe 6.

⁶⁰ Voir le graphique 3 sur le délai moyen de traitement des demandes enfants en annexe 6.

⁶¹ « *MDPH : 5 ans déjà !* ». Synthèse des rapports d'activité 2010 des maisons départementales des personnes handicapées. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Décembre 2011. p. 58.

⁶² « *La scolarisation des enfants handicapés* », rapport au Président de la République par M. Paul BLANC, sénateur des Pyrénées Orientales, mai 2011. p. 29.

⁶³ « *La mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 dans l'Éducation Nationale* ». Inspection générale de l'Éducation Nationale et Inspection générale de l'administration de l'Éducation Nationale et de la Recherche. Note n°2012-100. Juillet 2012. p. 19.

dire sans rencontre ni contact téléphonique avec la personne et donc sans visite sur le lieu de vie. Ce mode d'évaluation est en augmentation puisqu'il concernait en moyenne 77 % des cas en 2010. Certaines MDPH ont même élaboré des barèmes d'attribution d'AVS-i en fonction des handicaps, sans prise en compte réelle de la situation individuelle de l'enfant ni de ses besoins propres.

Il découle de ces conditions de fortes disparités de traitement des demandes selon les MDPH, notamment pour l'élaboration des PPS, qui peuvent, lorsqu'ils existent, ne constituer que de simples notifications administratives.

De manière générale, l'analyse des rapports d'activité annuels des MDPH permet d'observer une grande hétérogénéité des modes de fonctionnement et des résultats qualitatifs et quantitatifs atteints. Par exemple, en 2009, le taux d'accord d'accompagnement de l'enfant par un AVS-i varie de 75 % à 100 % d'un département à un autre. Un rapport de mars 2013 confirme la diversité des fonctionnements et des modes d'organisation des MDPH⁶⁴. Une mission d'harmonisation des pratiques est dévolue à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

Qu'est ce que la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) ?

La CNSA a été créée en 2004 mais la loi du 11 février 2005 a élargi ses missions.

C'est en premier lieu une caisse : elle participe au financement de la Prestation de Compensation du Handicap, des établissements médico-sociaux et de l'aide à domicile.

La CNSA a également une mission d'agence. Au sein du réseau des MDPH, elle encourage les échanges de bonnes pratiques, favorise l'harmonisation des procédures par l'élaboration de référentiels et l'organisation de formations décentralisées.

Les missions d'harmonisation et de pilotage dévolues aux MDPH souffrent toutefois de l'absence d'un système d'information fiable, complet et actualisé. Partagée avec les directions de l'Education Nationale, cette base de données permettrait aux services d'avoir une vision commune et de développer un pilotage national unifié.

La loi n°2011-901 du 28 juillet 2011, dite loi « Blanc », vient préciser le fonctionnement des MDPH et confirme notamment leur statut de groupement d'intérêt public⁶⁵. Son décret d'application, en date du 18 décembre 2012, est entré en vigueur trop récemment pour faire l'objet d'un bilan.

De plus, les MDPH devraient être intégrées dans le dispositif prévu par une loi à venir pour l'autonomie. Cette loi, attendue pour 2014, viserait à réunir, au sein d'une même institution, les services destinés aux personnes handicapées et ceux pour les personnes vieillissantes dépendantes⁶⁶.

b. Les équipes scolaires, enseignants et auxiliaires de vie scolaire, manquent de formation adaptée pour la prise en charge du handicap

La formation des enseignants recevant des élèves en situation de handicap demeure un facteur essentiel pour la qualité pédagogique des enseignements reçus. En effet, la situation de chacun des élèves nécessite une adaptation de leur prise en charge.

⁶⁴ « L'accompagnement des élèves en situation de handicap. Les prescriptions : état des lieux – propositions ». Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'Éducation Nationale et Inspection générale de l'administration de l'Éducation Nationale et de la Recherche. Rapport n°2012-162, mars 2013, p.16s et 28.

⁶⁵ Voir les principales dispositions de la loi en annexe n°7.

⁶⁶ <http://www.lagazettedescommunes.com/156381/mdph-la-decentralisation-est-abandonnee-pour-le-moment/>

Les enseignants spécialisés, dont les enseignants référents, bénéficient d'une formation spécifique⁶⁷.

Les professeurs des écoles bénéficient d'une formation initiale régie par un référentiel de compétences⁶⁸ constitué de 10 compétences parmi lesquelles la prise en compte de la diversité des élèves, ce qui implique de savoir « *participer à la conception d'un « projet personnalisé de scolarisation » et d'un « projet d'accueil individualisé » pour les élèves à besoins particuliers et les élèves handicapés ou malades en s'appuyant sur des démarches et outils adaptés et sur les technologies de l'information et de la communication* ».

Il apparaît toutefois que cette formation initiale des professeurs, prodiguée par l'Université, ne réunit pas les conditions d'une formation de niveau suffisant ou uniforme pour la prise en charge du handicap.

Dès lors, la formation continue des enseignants peut permettre d'acquérir les compétences nécessaires à l'accueil d'élèves handicapés. Les Plans Académiques de Formation présentent l'offre globale. Pour l'Académie de Montpellier, hormis la formation des Auxiliaires de Vie Scolaire et des enseignants spécialisés, les formations proposées pour la prise en charge du handicap sont deux cercles d'étude : « EPS adapté et Handicap » de 24 heures et « Handicap et Pratique de l'aéronautique », de 12 heures. Parmi les offres de formations collectives, quatre formations sont proposées sous le chapitre « Élèves à besoin spécifique » mais aucune ne fait explicitement référence au handicap⁶⁹.

Des modules de formation à distance pour les enseignants des classes ordinaires sont à disposition sur le site de l'Éducation Nationale depuis la rentrée 2012⁷⁰. Ils sont actuellement au nombre de trois et sont destinés à fournir rapidement à l'enseignant les caractéristiques principales du handicap rencontré en termes de troubles, de besoins de l'élève et d'adaptations pédagogiques préconisées.

L'INSHEA, ou Institut National Supérieur de formation et de recherche pour l'éducation des jeunes Handicapés et les Enseignements Adaptés propose également des formations. Toutefois, la formation des enseignants à la prise en charge du handicap relève encore du volontariat.

Or, avec des classes de plus en plus chargées, les enseignants qui ne bénéficient pas d'une préparation adéquate éprouvent des craintes à accueillir un élève en situation de handicap. De plus, une prise en charge non adaptée aux besoins de l'enfant peut conduire à aggraver ses propres difficultés d'apprentissage.

Ainsi, les enfants scolarisés en milieu ordinaire peuvent bénéficier d'un accompagnement dispensé par un Auxiliaire de Vie Scolaire, en classe collective (CLIS et ULIS) par un AVS-co ou en classe ordinaire par un AVS-i.

Les AVS-co et les AVS-i sont recrutés sous condition de diplôme, à niveau baccalauréat. Ils bénéficient d'une formation obligatoire de 60 heures, assurée par des prestataires extérieurs, ESMS ou IUFM, ou par des associations de parents d'élèves.

⁶⁷ Voir la formation des enseignants référents en annexe n°8.

⁶⁸ Arrêté du 10 mai 2010 portant définition des compétences à acquérir par les professeurs, documentalistes et conseillers principaux d'éducation pour l'exercice de leur métier. Journal officiel du 18 juillet 2010.

⁶⁹ « Offre académique de formation 2012-2013 », académie de Montpellier. p. 124.
<http://www.ac-montpellier.fr/sections/personnels/formation-personnels/plan-academie/downloadFile/file/oaf1213.pdf>

⁷⁰ <http://eduscol.education.fr/cid61219/modules-de-formation-a-distance-pour-les-enseignants.html>

Ainsi, l'Académie de Montpellier, en partenariat avec l'Institut Régional de Travail Social (IRTS), les Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Éducation Actives (CEMEA) et les GRETA⁷¹ de la région, propose depuis six ans, le module obligatoire d'adaptation à l'emploi de 60 heures.

Toutefois, ces formations s'avèrent peu suffisantes et trop hétérogènes selon les académies. De plus, les AVS, individuels et collectifs, sont recrutés sur la base de contrats d'assistants d'éducation, c'est-à-dire des contrats de droit public à durée déterminée de 3 ans, renouvelables une fois.

De plus, depuis 2005, afin de faire face au besoin exponentiel d'AVS, le Ministère de l'Éducation Nationale a eu largement recours à des contrats aidés. Les contrats « Emploi de Vie Scolaire », ou EVS, sont des contrats à durée déterminée, d'une durée maximale de 24 mois, destinées aux personnes rencontrant les plus grandes difficultés d'intégration. Si l'objectif du gouvernement est bien de remplacer les contrats aidés par des contrats d'assistants d'éducation⁷², au 30 juin 2012, près des deux tiers des EVS, soit près de 31 000 contrats, avaient encore pour mission l'accompagnement des élèves handicapés⁷³. Quel que soit le type de contrat utilisé, la question de la carrière des auxiliaires de vie scolaire se pose. Sans perspective professionnelle à l'issue des contrats, les effectifs subissent un *turn-over* important et les missions souffrent de l'absence d'expérience des acteurs qui s'ajoute à leur manque de formation.

Afin de réfléchir à cette problématique et proposer un accompagnement de qualité, un groupe interministériel a été mis en place le 16 octobre 2012 et qui s'intitule « *Professionaliser les accompagnants pour la réussite des enfants et des adolescents en situation de handicap* ». Il devra définir un référentiel métier de l'accompagnant, valable pour le milieu ordinaire mais aussi pour le milieu médico-social. Ce groupe devrait rendre ses conclusions au cours du premier trimestre 2013.

Ce groupe fait suite aux travaux d'un groupe interministériel et interassociatif, mis en place en 2009, qui a permis l'élaboration d'un référentiel de fonctions et d'activités ainsi qu'un référentiel de compétences. Il a toutefois été interrompu en 2010 faute d'accord entre les participants sur le niveau de qualification des AVS et la nécessité de créer un nouveau métier AVS-i ou de le rattacher à un cadre d'emploi existant⁷⁴.

c. Les élèves handicapés ne bénéficient pas d'un véritable parcours de formation

L'une des principales avancées de la loi du 11 février 2005 est l'ambition de proposer aux élèves handicapés un parcours cohérent de formation. En effet, la multiplicité des possibilités de scolarisation permet d'élaborer un parcours « sur mesure » à partir du projet de vie de l'enfant et de l'évaluation de ses besoins. Le Projet Personnalisé de Scolarisation est le document qui justifie et rend compte du parcours de formation.

L'Équipe de Suivi de la Scolarité, et notamment l'enseignant référent, doivent suivre l'élève au cours de sa scolarité, que celle-ci se fasse uniquement en milieu ordinaire ou protégé ou en

⁷¹ Les Greta sont les structures de l'Éducation Nationale qui organisent la formation continue dans la plupart des métiers.

⁷² « *Afin d'améliorer la qualité de l'accompagnement, les contrats aidés seront progressivement remplacés par des contrats d'assistants d'éducation.* » Circulaire du 4 juillet 2011, disponible sur : <http://www.ac-lyon.fr/assistants-de-scolarisation,341360,fr.html>

⁷³ Voir le projet de loi de finances pour 2013 relatif à l'enseignement scolaire : <http://www.senat.fr/rap/a12-152-3/a12-152-31.html>

⁷⁴ « *Rapport d'information fait au nom de la commission sénatoriale pour le contrôle de l'application des lois sur l'application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* », par Mmes Claire-Lise CAMPION et Isabelle DEBRE, Sénatrices. p. 59.

combinant ces deux modes de scolarisation. L'enseignant référent doit donc suivre les élèves handicapés inscrits dans les établissements de son secteur, qu'il s'agisse d'établissements d'enseignement publics ou privés ou encore d'établissements de santé ou médico-sociaux.

L'article 10 du décret 2005-1752 du 30 décembre 2005 relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap⁷⁵ définit ce champ d'action :

« (...) Le secteur d'intervention des enseignants référents pour la scolarisation des élèves handicapés est fixé par décision de l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale. Il comprend nécessairement des écoles et des établissements du second degré, ainsi que les établissements de santé ou médico-sociaux implantés dans ce secteur, de manière à favoriser la continuité des parcours de formation. »

Toutefois, il apparaît que le passage d'un type de scolarisation à l'autre manque de cohérence en France. En effet, comme il a été précisé plus haut, l'élaboration d'un PPS n'est pas une pratique adoptée partout. De plus, le rôle de l'enseignant référent est très variable selon les Académies. Ainsi, dans l'Académie de Montpellier, il a été décidé que l'enseignant référent ne suivait plus les élèves dès lors qu'ils intègrent l'enseignement spécialisé⁷⁶, décision allant à l'encontre des dispositions législatives. Cette limitation du champ d'action de l'enseignant référent pose un réel problème de suivi des parcours, dans un système français qui entend proposer aux élèves des possibilités de passage d'un mode à l'autre de scolarisation.

La volonté de créer des parcours permettant à l'élève handicapé de passer dans le milieu qui lui correspond le mieux aux différents moments de sa scolarité se heurte également au déficit de culture commune entre les équipes de l'Éducation Nationale, celles du secteur médico-social et les professionnels médicaux. Les formations sont différentes, les valeurs et les priorités peuvent parfois être discordantes.

Une enquête réalisée par l'Observatoire de la scolarisation des jeunes en situation de handicap en Midi-Pyrénées⁷⁷ illustre ces différences. L'étude porte sur la scolarisation en milieu adapté et croise les regards de trois types d'acteurs : les familles, les enseignants et les équipes médico-sociales. Chaque groupe voit un objectif prioritaire différent dans la prise en charge d'un enfant handicapé par un établissement médico-social. Pour les familles, il s'agit d'abord de l'apprentissage des savoirs et la formation à un métier, qui recueille 46% des réponses. Pour les enseignants, l'objectif prioritaire doit être l'accompagnement éducatif (41%), avant l'apprentissage des savoirs (33%) et le soin (27%). Pour les membres d'équipes médico-sociales, l'accompagnement éducatif arrive également en première place (50%), mais il est suivi du soin (34%) puis de l'apprentissage des savoirs (16%). Cet écart des perceptions sur ce que doit apporter en priorité la prise en charge d'un enfant handicapé par un établissement médico-social illustre les différences d'approches à concilier.

Par ailleurs, le secret médical peut être invoqué pour justifier le manque de communication sur la nature des troubles entre les équipes médicales des MDPH et les équipes enseignantes de

75

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000456016&dateTexte=&categorieLi en=id#JORFARTI0000002468332>

⁷⁶ Témoignage de M. Michel FOURNIER, enseignant référent auditionné par les membres de la Commission du CESER.

⁷⁷ « Enquête de l'Observatoire de la scolarisation des jeunes en situation de handicap en Midi-Pyrénées », par l'Association Agir Soigner Éduquer Insérer (ASEI), l'Association Régionale pour la Sauvegarde de l'Enfant, de l'Adolescent et de l'Adulte (ARSEAA) et l'Association Départementale de parents et amis de personnes handicapées mentales (ADAPEI) Haute-Garonne, juillet 2011.

l'Education Nationale.

La loi du 11 février 2005 a fait de l'accompagnement à la scolarité une activité pluridisciplinaire. Toutefois, elle ne prévoit que des outils à destination de l'Education Nationale, sans aborder le fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS). Ceux-ci doivent s'adapter à un rôle nouveau : les handicaps reçus sont plus lourds, puisque les autres sont plus souvent accueillis en milieu ordinaire, et les entrées en ESMS sont plus tardives. Cette adaptation est toutefois laissée aux établissements, selon leur volonté propre et les moyens dont ils disposent. De plus, le travail commun entre des professionnels de culture différente demande du temps et des mesures favorisantes. Ainsi, la réflexion actuelle sur la professionnalisation des AVS dans un cadre d'emploi commun de l'accompagnement à la scolarité constitue une avancée positive. Si les mêmes accompagnants, bénéficiant d'une formation identique et des mêmes compétences, pouvaient passer d'un milieu à l'autre, ils permettraient de créer du lien entre deux mondes qui aujourd'hui ne se parlent pas ou peu.

Le manque de cohérence et de fluidité dans les parcours des jeunes en situation de handicap se fait également ressentir entre le lycée et l'Université. Aucune articulation n'existe aujourd'hui entre ces deux types d'enseignement. Ainsi, les élèves handicapés qui sortent du lycée ne sont pas préparés au mode d'enseignement propre à l'Université qui demande beaucoup d'autonomie. Ils sont d'autant plus pénalisés que l'Université n'est pas avertie de leur arrivée. Il en résulte des difficultés importantes en début de cursus pour ces élèves. Les Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS) sont un relais pour ces étudiants. Le SUMPPS de l'Université Montpellier 1 est à l'écoute des étudiants handicapés et fait preuve d'efficacité dans l'accompagnement du handicap. Toutefois, il apparaît là également un cloisonnement, car les services des différentes Universités ne sont pas en lien et les dossiers des élèves ne sont pas suivis en cas de passage d'une Université à une autre.

3. Problématiques d'orientation et d'insertion professionnelle

La loi du 11 février 2005 réaffirme l'obligation d'emploi d'au-moins 6% de travailleurs handicapés pour les entreprises de 20 salariés ou plus. Cette disposition, accompagnée de sanctions et de mesures incitatives, n'est pourtant pas suffisante pour garantir une vie professionnelle à l'ensemble des personnes et pour tous les types de handicap. Aux limites posées du fait du handicap lui-même, la formation et la maîtrise des savoirs impliquent directement la capacité à s'insérer dans le marché du travail. Des structures comme Cap Emploi se dédient spécifiquement à l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap.

L'aide à l'orientation dont bénéficient ces personnes au cours de leur scolarité est un facteur important intervenant sur les débouchés qui leur sont offerts. Parmi eux, l'apprentissage est une voie privilégiée pour laquelle le Conseil Régional Languedoc-Roussillon investit particulièrement.

a. L'orientation des élèves en situation de handicap

La scolarisation des élèves handicapés, qu'elle ait lieu en milieu spécialisé, ordinaire ou qu'elle alterne des passages de l'un à l'autre, doit permettre au jeune adulte de s'insérer dans la vie active. Or, des problématiques spécifiques sont à prendre en compte par les professionnels qui aident les élèves à s'orienter en matière scolaire et professionnelle.

Du point de vue scolaire, les chiffres montrent que les élèves en situation de handicap sont plutôt orientés vers des lycées professionnels, pour des cycles courts. Les ULIS accueillent, en 2011, 2 353 élèves dont 1 858 en lycée professionnel. A l'heure actuelle, à l'issue d'une scolarisation collective de ce type, rien n'est prévu ensuite pour ces élèves. Ils peuvent continuer leurs études dans le supérieur, apprendre un métier par apprentissage ou encore intégrer le

milieu protégé du travail.

Un travail coopératif est nécessaire pour aider les adolescents et jeunes adultes à mener à bien leur parcours scolaire jusqu'à leur intégration dans la vie professionnelle. Sur cette question, l'Unité de soin pour Jeunes Adultes de l'Hôpital La Colombière du CHU de Montpellier, spécialisée dans le traitement des troubles psychiques des 16-25 ans, a développé une expertise particulière qui implique la mise en place d'un lien structuré et fort entre les professionnels de santé et ceux de l'éducation qui interviennent auprès de la jeune personne. Une utilisation *ad hoc* des différents outils prévus notamment par la loi de 2005 sont utilisés pour permettre de trouver des solutions « sur-mesure » aux besoins de l'adolescent. Ainsi, la scolarité peut avoir lieu en totalité ou en partie dans l'établissement de soin par le biais notamment d'un SAPAD, le Service d'Assistance Pédagogique à Domicile, dispositif de l'Education Nationale⁷⁸. Elle peut également être organisée avec une Ecole régionale de la deuxième chance ou encore un micro-lycée⁷⁹.

Le travail de l'Unité Jeunes Adultes à l'hôpital La Colombière (Montpellier)

L'équipe pluridisciplinaire travaille sur 3 axes en lien avec la socialisation, dont un est la scolarité et un autre est l'accès au monde du travail. Une large partie du travail repose sur le lien des équipes médicales avec les établissements de l'Education Nationale qui envoient des élèves en consultation et sont invités à réintégrer des élèves dès lors que l'équipe médicale le considère bénéfique.

Un travail de suivi très régulier est alors nécessaire, travail réalisé par une assistante sociale membre de l'équipe. Ce lien est réalisé toutes les semaines ou tous les 15 jours en fonction des besoins, par courriel ou par téléphone, avec également des rencontres dans l'établissement. La communication entre les professionnels est un facteur essentiel de réussite dès lors que le travail engagé vise la trajectoire globale du sujet.

L'unité a été organisée dans l'objectif de parvenir à réaliser et maintenir les liens et ce fonctionnement démontre son efficacité. Porté par une volonté forte, il est bien sûr contraint par des considérations financières, mais peut être reproduit au sein d'autres services médicaux ou médico-sociaux accueillant des enfants et adolescents.

L'orientation professionnelle des personnes handicapées peut les conduire à intégrer le secteur professionnel adapté, notamment au sein d'un ESAT, Etablissement ou Service d'Aide par le Travail. Cette option doit parfois s'accompagner d'un accompagnement psychologique d'acceptation et permettre ainsi de faire le deuil d'un projet de vie professionnelle plus ambitieux. Cette démarche existe également dans certains établissements spécialisés, comme le CESDA 34 qui accompagne en amont et de façon personnalisée les jeunes mal-entendants à trouver un projet professionnel qui concilie leurs envies et les limites liées à leur handicap⁸⁰.

⁷⁸ Pour présentation des SAPAD : <http://www.integrascoll.fr/fichepedago.php?id=19>

⁷⁹ Les Ecoles de la deuxième chance sont des dispositifs régionaux qui s'adressent à des jeunes de 18 à 25 ans, en rupture scolaire et professionnelle. Elles leur confèrent un enseignement individualisé et pluridisciplinaire. Depuis 2006, la Région Languedoc-Roussillon a ouvert 9 Ecoles de la deuxième chance. Les micro-lycées s'inscrivent dans la lutte contre le décrochage scolaire et s'adressent à des élèves qui ont dû interrompre leur parcours scolaire, comme c'est souvent le cas pour les élèves en situation de handicap. A la rentrée 2011, un « micro-lycée » a été créé au sein du lycée Georges Pompidou, à Castelnau-le-Lez, dans l'Hérault.

⁸⁰ Témoignage de M. GILBERT, chef de service au CESDA 34 et M. FRISCOURT, élève malentendant, auditionnés par les membres de la commission du CESER.

b. L'insertion professionnelle : les enjeux de l'apprentissage

L'apprentissage constitue une voie privilégiée pour les personnes en situation de handicap dans l'acquisition et la maîtrise d'un savoir-faire professionnel. Un contrat d'apprentissage aménagé a été créé pour les jeunes travailleurs handicapés. Il permet notamment d'étendre la durée maximale du contrat de 3 à 4 ans, de mettre en place des aménagements pédagogiques ou des cours par correspondance. Des Centres de Formation par Apprentissage (CFA) adaptés au handicap sont conventionnés par l'Etat ou la Région.

En Languedoc-Roussillon, le service d'apprentissage du Conseil Régional intervient à travers deux dispositifs :

- une subvention de fonctionnement pour le Centre de Formation d'Apprentis Spécialisé⁸¹ (CFAS). Le CFAS est une structure hors murs, présente dans 9 CFA régionaux. Il propose à chaque apprenti en situation de handicap un accompagnement socioprofessionnel individualisé. Depuis 2004, les effectifs du CFAS ont progressé de 55%. En 2011, il comptait 239 apprentis.

- La mise en œuvre d'une plate-forme régionale Synergie Handicap qui constituera un guichet unique pour faciliter l'accès des personnes handicapées aux CFA, hors CFAS, en diffusant une information complète, cohérente et lisible ainsi qu'un accompagnement facilité par les différents acteurs existants. Cette plate-forme sera portée par l'association gestionnaire du CFA Spécialisé Languedoc-Roussillon et devra permettre, d'ici 2015, la formation de plus d'une centaine d'apprentis en situation de handicap dans des CFA traditionnels. Cette plate-forme est financée par la Région, l'Etat, le Fond Social Européen, l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH) et le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP).

⁸¹ Voir le site du CFAS : <http://www.cfes-languedocroussillon.fr/presentation-generale.html>

Partie 3. Préconisations

Axe 1 : Accompagner les familles

1. Faciliter l'accompagnement vers le diagnostic et dans la compréhension de celui-ci, en proposant systématiquement aux parents, y compris dans le cadre scolaire, un accompagnement pluridisciplinaire (associations, groupes de parole...) pour une aide à la compréhension et à la mise en relation ainsi que des informations sur les aides existantes.
2. Garantir le rôle des parents dans le dispositif d'accompagnement de l'élève, notamment au sein de l'Equipe de Suivi de la Scolarisation, afin que leur expérience du handicap soit prise en considération.

Axe 2 : Professionnaliser l'accompagnement du handicap

3. Favoriser l'implication des chefs d'établissement à l'accueil d'élèves en situation de handicap par des actions de sensibilisation et des formations.
4. Compléter la formation initiale des Professeurs des Écoles et des Professeurs de collège et de lycée par un module spécifique sur la prise en charge du handicap. Mettre en place, en début d'année, pour les enseignants qui reçoivent un élève handicapé, une formation complémentaire sur le handicap de l'élève et renforcer la présence d'un accompagnement dans la classe en soutien à l'enseignant, en fonction des besoins particuliers de l'élève.
5. Créer pour les auxiliaires de vie scolaire (AVS) un référentiel métier inscrit au Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP) dans le cadre du développement d'une filière des métiers de l'accompagnement. Proposer aux AVS des possibilités d'évolution de carrière et des temps complets pour éviter le *turn-over*. Prévoir avec suffisamment d'anticipation les besoins en recrutements d'AVS, selon les handicaps concernés, afin de favoriser des formations adéquates en préparation des rentrées scolaires.
6. Soutenir l'accueil des enfants et des jeunes en situation de handicap dans les centres de loisirs et les Ecoles régionales de la deuxième chance. Promouvoir la formation et la professionnalisation des intervenants, professionnels ou bénévoles, à l'accueil des publics handicapés.

Axe 3 : Favoriser l'inclusion au lycée

7. Renforcer les moyens d'accès, accessibilité et acceptation, des élèves en situation de handicap dans les lycées, y compris dans leurs structures d'internat. Avoir une communication régulière sur les indicateurs permettant de mesurer l'efficacité de la politique régionale de mise en accessibilité des lycées.
8. Mieux utiliser les nouvelles technologies, outils compensateurs du handicap, notamment LoRdi, qui peuvent être des supports de formation et d'information mais aussi intégrer des logiciels adaptés pour les élèves handicapés.
9. Valoriser les acquisitions concrètes et les expériences pratiques pour qualifier les élèves handicapés dans les Unités Locales pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) des lycées professionnels.
10. Mettre en place dans les lycées un service équivalent à celui existant dans les Universités (Service Universitaire de Médecine Préventive et de Prévention de la Santé) ou une équipe mobile par bassin et créer des liens entre les services du lycée et ceux de l'Université.

Axe 4 : Garantir la cohérence du parcours d'éducation et d'insertion professionnelle

11. Améliorer et renforcer les possibilités de scolarisation diversifiées afin que les enfants et adolescents puissent bénéficier d'une prise en charge adaptée à la nature et à la gravité de leurs troubles.
12. Favoriser une souplesse et une cohérence du parcours des élèves entre le milieu ordinaire et le milieu spécialisé par un suivi assuré par l'enseignant référent à tous les niveaux de l'enseignement scolaire ordinaire et lors de l'intégration en milieu spécialisé, conformément à l'article 10 du décret n°2005-1752 du 30 décembre 2005.
13. S'assurer d'une coordination effective garantissant, en fonction de l'évolution des besoins de l'élève, les passages du milieu ordinaire vers le milieu protégé, et vice-versa.
14. Réaliser une évaluation partagée des compétences et apprécier les difficultés de l'élève en situation de handicap, notamment au moment de l'orientation. Faciliter la transition entre le milieu scolaire et le milieu professionnel, en particulier entre le collège, le lycée et les structures pré-professionnelles pour assurer l'orientation des élèves handicapés.
15. Assurer la continuité du suivi des dossiers administratifs et médicaux au sein des différentes structures et établissements, avec la mise en place d'un livret de suivi, dans le respect de la déontologie.
16. Affirmer la nécessité d'une continuité éducative au delà de l'école pour les enfants et adolescents en situation de handicap et soutenir les structures, notamment associatives, qui y contribuent.

Axe 5 : Contribuer à une meilleure connaissance et une plus grande acceptation du handicap

17. Communiquer et informer sur la diversité des handicaps, notamment ceux dont les manifestations sont parfois moins visibles, afin de favoriser une prise de conscience des besoins spécifiques.

18. Initier et soutenir des programmes de recherche sur l'efficacité des différents systèmes de scolarisation des personnes en situation de handicap.

19. Accompagner les employeurs pour faciliter l'accueil et le tutorat de jeunes en situation de handicap lors de stages en entreprises.

20. Établir une réunion annuelle pour faire un bilan sur l'accès des jeunes handicapés à la formation, afin de mesurer les progrès et d'adopter les éventuelles mesures d'ajustement nécessaires avec une plus grande réactivité, dans le cadre de l'Observatoire Régional de la Jeunesse.

Table des annexes :

ANNEXE 1. LISTE DES ABRÉVIATIONS	51
ANNEXE 2. LES HUIT MISSIONS DES MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES.....	53
ANNEXE 3. LES CATÉGORIES DES CLIS ET LES SPÉCIALITÉS DES ULIS	54
ANNEXE 4. LES CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX EN FRANCE	55
ANNEXE 5. OFFRE RÉGIONALE DE STRUCTURES SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES.....	56
ANNEXE 6. GRAPHIQUES COMPARATIFS RELATIFS AU FONCTIONNEMENT DES MDPH	57
ANNEXE 7. LES PRINCIPALES DISPOSITIONS DE LA LOI « BLANC »	59
ANNEXE 8. LA FORMATION DES ENSEIGNANTS RÉFÉRENTS.....	60

Annexe 1. Liste des abréviations

2CA-SH :	Certificat complémentaire pour l'adaptation scolaire et la scolarisation des élèves handicapés
AGEFIPH :	Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées
BEP :	Besoins Éducatifs Particuliers
CAPA-SH :	Certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap
CDAPH :	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDES :	Commission Départementale de l'Éducation Spéciale
CEMEA :	Centre d'Entraînement aux Méthodes d'Éducation Active
CFA :	Centre de Formation d'Apprentis
CFAS :	Centre de Formation d'Apprentis Spécialisé
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CIF :	Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la santé
CIH :	Classification Internationale des Handicaps : déficiences, incapacités, désavantages.
CLIS :	Classe pour l'Inclusion Scolaire
CNSA :	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COTOREP :	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CRA :	Centre de Ressources Autisme
DDJS :	Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports
EMS :	Établissement médico-social
EPS :	Éducation Physique et Sportive
ERP :	Etablissements Recevant du Public
ESAT :	Etablissement ou Service d'Aide par le Travail
ESMS :	Établissement social ou médico-social
ESS :	Équipe de Suivi de la Scolarisation
FIPHFP :	Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées
IGEN :	Inspection Générale de l'Education Nationale

IGAENR :	Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche
IME :	Institut Médico-Éducatif
IMP :	Institut Médico-Pédagogique
IMPRO :	Institut Médico-Professionnel
INSHEA :	Institut National Supérieur de formation et de recherche pour l'éducation des jeunes Handicapés et les Enseignements Adaptés
IRTS :	Institut Régional de Travail Social
ITEP :	Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique
IUFM :	Institut Universitaire de Formation des Maîtres
MDPH :	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PCH :	Prestation de Compensation du Handicap
PPC :	Plan Personnalisé de Compensation
PPS :	Projet Personnalisé de Scolarisation
SAPAD :	Services d'Assistance Pédagogique à Domicile.
SEGPA :	Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté
SESSAD :	Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile
ULIS :	Unités Locales pour l'Inclusion Scolaire

Annexe 2. Les huit missions des Maisons Départementales des Personnes Handicapées

Les objectifs d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseils assignés aux MDPH se traduisent par huit missions décrites par la loi :

1. Informer et accompagner les personnes handicapées et leur famille dès l'annonce du handicap.
2. Mettre en place et organiser l'équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de la personne sur la base de son projet de vie et propose un plan personnalisé de compensation.
3. Assurer l'organisation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) et le suivi de la mise en œuvre de ses décisions, ainsi que la gestion du fonds départemental de compensation du handicap.
4. Recevoir les demandes de droits ou de prestations relevant de la compétence de la CDAPH.
5. Organiser une mission de conciliation par des personnes qualifiées.
6. Suivre la mise en œuvre des décisions prises.
7. Organiser des actions de coordination avec les dispositifs sanitaires et médico-sociaux et désigner en son sein un référent pour l'insertion professionnelle.
8. Mettre en place un numéro téléphonique pour les appels d'urgence et une équipe de veille pour les soins infirmiers.

Annexe 3. Les catégories des CLIS et les spécialités des ULIS

– Les Classes pour l'inclusion scolaire (CLIS) dans le premier degré

Les CLIS 1, les plus nombreuses, sont destinées aux élèves qui présentent des troubles des fonctions cognitives ou mentales. Celles-ci intègrent les troubles envahissant du développement (TED) ainsi que les troubles spécifiques du langage et de la parole.

Les CLIS 2 accueillent des élèves souffrant d'un handicap auditif, avec ou sans troubles associés.

Les CLIS 3 sont réservées aux élèves en situation de handicap visuel, avec ou sans troubles associés.

Enfin, les CLIS 4 concernent les élèves présentant un handicap moteur, ce qui inclue les troubles dyspraxiques, avec ou sans troubles associés, ainsi que les élèves en situation de polyhandicap.

– Les Unités locales pour l'inclusion scolaire (ULIS) dans le second degré

Les ULIS proposent les spécialités suivantes :

- ◆ TFC : trouble des fonctions cognitives ou mentales (dont les troubles spécifiques du langage écrit et de la parole)
- ◆ TED : trouble envahissant du développement (dont l'autisme)
- ◆ TFM : trouble des fonctions motrices (dont troubles dyspraxiques)
- ◆ TFA : trouble de la fonction auditive
- ◆ TFV : trouble de la fonction visuelle
- ◆ TMA : troubles multiples associés (pluri-handicap ou maladie invalidante)

Annexe 4.

Les catégories d'établissements et services sociaux et médico-sociaux en France

1. Etablissements

les établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients intellectuels : les jardins d'enfants spécialisés, les instituts médico-éducatifs (IME), les instituts médico-pédagogiques (IMP), les instituts médico-professionnels (IMPro) ;

les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (Itep), spécialisés dans l'accueil d'enfants présentant des troubles du caractère et du comportement ;

les établissements pour déficients moteurs, qui ont pour mission d'assurer des soins, une éducation spécialisée ainsi qu'une formation générale ou professionnelle aux enfants déficients moteurs ou moteurs-cérébraux ;

les instituts d'éducation sensorielle, qui comprennent les établissements pour déficients auditifs, les instituts pour déficients visuels et les instituts d'éducation sensorielle pour enfants sourds et/ou aveugles ;

les établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés qui accueillent des jeunes atteints de handicaps graves à expressions multiples.

2. Services

Le Service d'Education Spéciale et de Soin à Domicile (SESSAD) est un service autonome ou rattaché à un établissement d'éducation spéciale qui assure trois principales missions :

- le soutien à l'intégration scolaire et à l'acquisition de l'autonomie,
- le conseil et l'accompagnement de la famille et, plus largement, de l'entourage,
- l'aide au développement psychomoteur.

Annexe 5. Offre régionale de structures sociales et médico-sociales

Enfance et jeunesse handicapée Nombre d'établissements et de services, places proposées et taux d'équipement

Source : « Statistiques et indicateurs de la santé et du social – STATISS 2011 ». Agence Régionale de Santé Languedoc-Roussillon

	Languedoc-Roussillon	Aude	Gard	Hérault	Lozère	Pyrénées-Orientales	France métropolitaine
Instituts médico-éducatifs (I.M.E.)							
Nombre d'établissements	44	8	12	16	2	6	1 122
Nombre de places	2 115	368	513	707	90	417	66 749
Etablissements enfants et adolescents polyhandicapés							
Nombre d'établissements	12	0	3	5	1	3	183
Nombre de places	364	0	77	136	30	121	5 270
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (I.T.E.P.)							
Nombre d'établissements	18	3	7	4	2	2	389
Nombre de places	617	115	244	283	75	100	14 820
Etablissements pour déficients moteurs (I.E.M.)							
Nombre d'établissements	3	0	2	0	1	0	129
Nombre de places	264	0	46	52	135	31	7 324
Etablissements pour déficients sensoriels							
Nombre d'établissements	3	0	2	1	0	0	111
Nombre de places	132	0	42	90	0	0	7 167
SESSAD (*)							
Nombre de services	84	8	18	23	2	13	1 482
Nombre de places	1 635	127	443	681	30	354	40 408
Taux d'équipement global en établissements pour enfants handicapés (hors SESSAD)							
pour 1 000 jeunes de - 20 ans	6,1	6,4	5,4	5,2	20,5	6,7	6,6
Taux d'équipement global en SESSAD							
pour 1 000 jeunes de - 20 ans	2,7	1,6	2,6	2,8	1,9	3,5	2,6

LA NOTION DE PLACES REGROUPE LES LITS EN INTERMITTENT ET LES PLACES EN PERMANENCE DE JOUR
(*) : 1 service éducatif itinérant

Source : DREES - ARS - FINES

Places installées au 1^{er} janvier 2011 par catégories de patients (enfance et jeunesse) en établissement spécialisé

	Languedoc-Roussillon	Aude	Gard	Hérault	Lozère	Pyrénées-Orientales	France métropolitaine
Déficients intellectuels	1 853	324	479	579	90	381	58 794
Polyhandicapés	344	23	77	136	30	78	7 868
Déficients psychiques	861	115	244	327	75	100	16 162
Déficients moteurs	264	0	46	52	135	31	7 118
Déficients sensoriels	132	0	42	90	0	0	7 072
Autres déficiences (1)	155	41	34	32	0	48	4 896

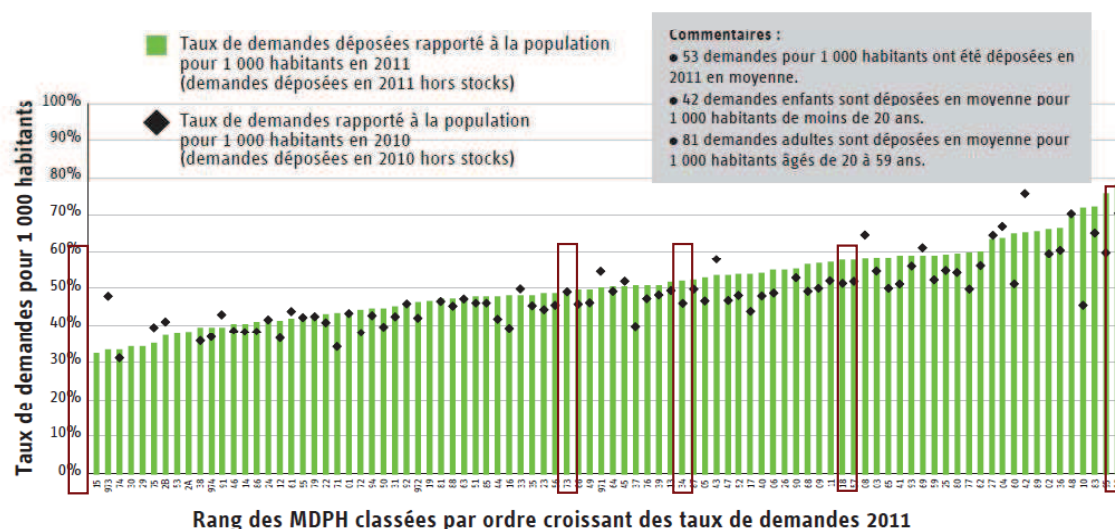
(1) MALADIES INVALIDANTES DE LONGUE DUREE, EPILEPSIES, TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES ...

Sources : DREES - ARS - FINES

Annexe 6. Graphiques comparatifs relatifs au fonctionnement des MDPH

Graphique 1 :

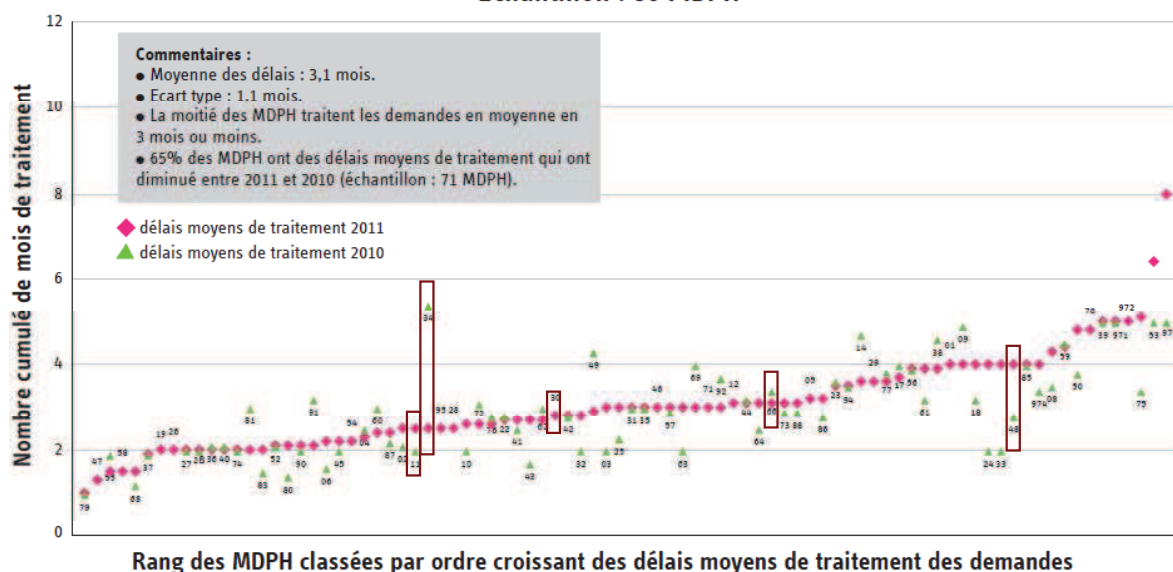
Le taux moyen de demandes pour 1 000 habitants varie de 31 à près de 79 selon les MDPH
En moyenne, il est en augmentation par rapport à 2010 (+ 5 points)
Échantillon : 90 MDPH



Source : Échanges annuels départements/CNSA

Graphique 2 :

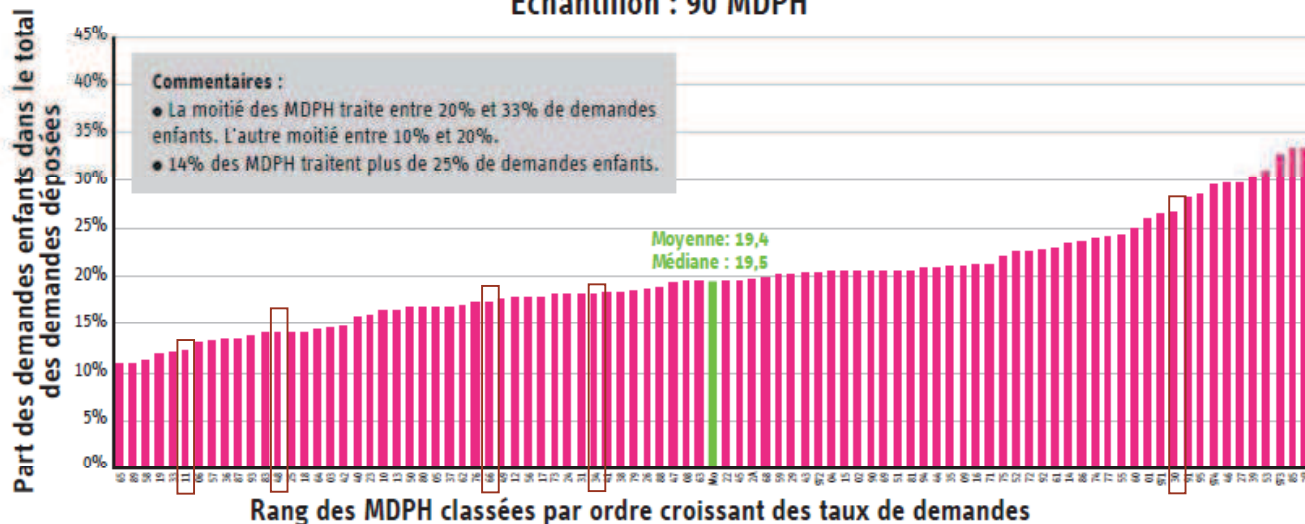
Délais moyens de traitement des demandes enfants en 2011 comparés aux délais moyens de traitement des demandes 2010
Échantillon : 86 MDPH



Source : Échanges annuels départements/CNSA

Graphique 3 :

La part des demandes enfants dans le total des demandes déposées en 2011 varie de 10 % à 33 %
En moyenne, elle est de 19,4 %
Échantillon : 90 MDPH



Source : Échanges annuels départements/CNSA

Source : « MDPH : Au carrefour des politiques publiques ». Synthèse des rapports d'activité 2011 des maisons départementales des personnes handicapées. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Décembre 2012.

Annexe 7. Les principales dispositions de la loi « Blanc »

Loi n° 2011-901 du 28 juillet 2011 relatives à l'amélioration du fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées

Le fonctionnement général des MDPH

- la MDPH devient officiellement un Gip à durée indéterminée ;
- le directeur de l'agence régionale de santé (ARS) ou son représentant devient membre de la commission exécutive ;
- une convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens (Cpom) conclue entre la MDPH et les différents membres du Gip est annexée à la convention constitutive. Elle fixe notamment le montant de la subvention de fonctionnement versée par l'Etat. Elle est accompagnée d'un avenant financier annuel précisant, en cohérence avec les missions et objectifs, les moyens alloués chaque année par les différents contributeurs. Ces conventions devront être signées au plus tard le 1er janvier 2013 ;
- la Cpom précise la manière dont la MDPH organise son activité, et notamment, fixe ses horaires d'ouverture et d'accès à la permanence téléphonique.

Le statut des personnels

- de nouvelles règles encadrent les mises à disposition d'agents de la fonction publique d'Etat : mise à disposition de cinq ans renouvelable et préavis de six mois. Un décret viendra préciser les conditions dans lesquelles les agents concernés pourront mettre fin à leur mise à disposition ;
- les contractuels de droit public pourront être recrutés en CDI ;
- tous les personnels, quel que soit leur statut, sont placés sous l'autorité du directeur de la MDPH et sont soumis à ses règles d'organisation et de fonctionnement ;
- le centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) devient l'organisme compétent pour la formation des personnels des MDPH quel que soit leur statut. Les formations à destination de ces personnels sont définies en partenariat avec la CNSA.

La compétence territoriale des MDPH

- la MDPH compétente pour évaluer les demandes et attribuer les prestations est la MDPH du département constituant le domicile de secours du demandeur. Lorsqu'il y a disjonction entre le lieu de résidence et le domicile de secours, notamment pour les personnes en établissement, la MDPH du domicile de secours peut déléguer, par convention, l'évaluation à la MDPH du lieu de résidence ;
- les Français de l'étranger doivent déposer leur demande auprès de la MDPH qui leur a antérieurement attribué des droits ou prestations. Pour les premières demandes, ils peuvent s'adresser à la MDPH de leur choix.

La commission départementale des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)

- les formations restreintes chargées de la procédure simplifiée doivent comporter au moins un tiers de représentants associatifs ;
- les sections locales ou spécialisées de la CDAPH disposent d'un pouvoir de décision ;
- le code de la sécurité sociale est mis à jour pour expliciter la compétence des tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI) pour certaines décisions de la CDAPH ;
- le médecin de la MDPH doit transmettre au médecin expert du TCI ou de la cour nationale de l'incapacité et de la tarification (Cnitaat) le rapport médical ayant contribué à la fixation du taux d'incapacité ou à la décision contestée.

Annexe 8. La formation des enseignants référents

Pour être enseignant référent, l'enseignant doit être titulaire du CAPA-SH, « Certificat d'Aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap ». Il s'agit d'un examen professionnel qui atteste de la qualification d'un enseignant du premier degré à exercer dans une école, un établissement ou un service recevant des élèves à besoins éducatifs particuliers, liés notamment à une situation de handicap. Il existe sept spécialisations du CAPA-SH en fonction des troubles ou des besoins. La formation est dispensée par l'Institut Universitaire de Formation des Maîtres (IUFM) et l'Institut National Supérieur de formation et de recherche pour l'éducation des jeunes handicapés et les enseignements adaptés (INSHEA).

Pour les enseignants du second degré, le Certificat complémentaire pour l'adaptation scolaire et la scolarisation des élèves handicapés, (2CA-SH), permet d'acquérir, par une formation de 150 heures, les compétences nécessaires à l'enseignement auprès de publics en situation de handicap.

Références : Code de l'éducation Articles D 351-12 et D 351-13

Bibliographie

Rapports et documents de travail :

- « *Avis présenté au nom de la commission des affaires culturelles et de l'éducation sur le projet de loi de finances pour 2013. Tome IV, Enseignement scolaire* ». Par M. Michel Ménard, député. N° 252, octobre 2012.
- « *Définition de l'accessibilité – Une démarche interministérielle* » Délégation interministérielle aux Personnes Handicapées. Septembre 2006.
- « *Ecole et Handicap : de la séparation à l'inclusion des enfants en situation de handicap* ». Institut National de Recherche Pédagogique, Dossier d'actualité n°52, mars 2010.
- « *L'accompagnement des élèves en situation de handicap. Les prescriptions : état des lieux – propositions* ». Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'Éducation Nationale et Inspection générale de l'administration de l'Éducation Nationale et de la Recherche. Rapport n°2012-162. Mars 2013.
- « *La mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 dans l'Éducation Nationale* ». Inspection générale de l'Éducation Nationale et Inspection générale de l'administration de l'Éducation Nationale et de la Recherche. Note n°2012-100. Juillet 2012.
- « *La scolarisation des élèves en situation de handicap en Europe* », Hélène BEAUCHER, Centre de ressources et d'ingénierie documentaire, juillet 2012.
- « *La scolarisation des élèves handicapés. Formation et accompagnement des équipes dans le second degré* ». Inspection générale de l'Éducation Nationale. Rapport n°2008-067. Juillet 2008.
- « *La scolarisation des enfants en situation de handicap dans les pays européens. Quelles voies de réforme pour la France ?* » Centre d'analyse stratégique. La Note d'Analyse, Questions sociales, n°314, janvier 2013.
- « *La scolarisation des enfants handicapés* », rapport au Président de la République par M. Paul BLANC, sénateur des Pyrénées Orientales, mai 2011.
- « *Le projet Académique 2013-2016* », Académie de Montpellier, Ministère de l'Éducation Nationale, Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche.
- « *Les modalités d'application des règles d'accessibilité du cadre bâti pour les personnes handicapées* », BELLUROT Nadine, DEBIESSE Georges, RAYMOND Michel, CHAIN Philippe, RENAUDIN Noël. Inspection Générale des Affaires Sociales, septembre 2012.
- « *Rapport annuel 2012* » de l'Observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité des établissements d'enseignement.

- « *Rapport d'information fait au nom de la commission sénatoriale pour le contrôle de l'application des lois sur l'application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* », par Mmes Claire-Lise CAMPION et Isabelle DEBRE, Sénatrices. N°635, enregistré à la Présidence du Sénat le 4 juillet 2012.
- « *Rapport du gouvernement au Parlement sur la mise en œuvre de la politique nationale en faveur des personnes handicapées* », Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. La Documentation française, février 2012.
- « *Réussir 2015. Accessibilité des personnes handicapées aux logements, aux établissements recevant du public, aux transports, à la voirie et aux espaces publics* », par Claire-Lise CAMPION, sénatrice. Mars 2013.
- « *Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale* » Agence Régionale de Santé Languedoc-Roussillon, mars 2012.
- « *Scolariser les élèves handicapés* », Ministère de l'Éducation Nationale, Direction générale de l'Enseignement scolaire. Centre national de documentation pédagogique, collection Repères Handicap, janvier 2008.
- « *Traitement du handicap : éléments de comparaison internationale* », Concertation sur la refondation de l'école de la République, Ministère de l'Éducation Nationale.

Études/ statistiques :

- Dossier de presse de l'Académie de Montpellier. Journée nationale de sensibilisation au handicap dans les établissements scolaires, 2 décembre 2011.
- « *Enquête de l'Observatoire de la scolarisation des jeunes en situation de handicap en Midi-Pyrénées* », par l'Association Agir Soigner Éduquer Insérer (ASEI), l'Association Régionale pour la Sauvegarde de l'Enfant, de l'Adolescent et de l'Adulte (ARSEAA) et l'Association Départementale de parents et amis de personnes handicapées mentales (ADAPEI) Haute-Garonne, juillet 2011
- « *Evolution des prestations compensatrices du handicap de 2006 à 2012* ». Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), Études et Résultats n°829, janvier 2013.
- « *L'accueil des enfants handicapés dans les établissements et services médico-sociaux en 2010* » Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), Études et Résultats n°832, février 2013.
- « *La scolarisation des élèves handicapés dans l'Académie de Montpellier en 2011-2012* », Direction de la Prospective, des moyens et des enseignements, Académie de Montpellier. Note d'information n°11-09, juin 2012.
- « *La scolarisation des enfants et adolescents handicapés* ». Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), Études et Résultats n°564, mars 2007.

- « *La scolarisation des jeunes handicapés* » La Note d'information. Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (DEPP). 12.10, mai 2012.
- « *Les effectifs du premier degré à la rentrée 2011* », Direction de la Prospective, des moyens et des enseignements, Académie de Montpellier. Note d'information n°11-01, décembre 2011.
- « *Les élèves du second degré à la rentrée 2011 dans les établissements publics et privés* » La Note d'information. Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (DEPP). 11.27, décembre 2011.
- « *MDPH : 5 ans déjà !* ». Synthèse des rapports d'activité 2010 des maisons départementales des personnes handicapées. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Décembre 2011.
- « *MDPH : Au carrefour des politiques publiques* ». Synthèse des rapports d'activité 2011 des maisons départementales des personnes handicapées. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Décembre 2012.
- « *Mots clés de l'aide à l'autonomie : Accessibilité* » Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- « *Mots clés de l'aide à l'autonomie : Compensation* » Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- « *Mots clés de l'aide à l'autonomie : Évaluation* » Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- « *Repères et Références Statistiques sur les Enseignements, la Formation et la Recherche – RERS 2007* ». Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance. Septembre 2007.
- « *Repères et Références Statistiques sur les Enseignements, la Formation et la Recherche – RERS 2012* ». Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance. Septembre 2012.
- « *Schéma Régional d'organisation médico-sociale* », Agence Régionale de Santé Languedoc-Roussillon, mars 2012.
- « *Statistiques et indicateurs de la santé et du social - STATISS 2011* ». Agence Régionale de Santé Languedoc-Roussillon.