



Les personnes en situation de handicap mental, psychique ou cognitif et l'usage des transports

Rapport final Projet POTAS - Tome 2

Juin 2010

Aline ALAUZET (INRETS/LESCOT)

Fanny CONTE (INRETS/LESCOT)

Jésus SANCHEZ (CTNERHI)

Dominique VELCHE (CTNERHI)



Appel à projets 2007 « Le handicap, nouvel enjeu de Santé Publique »

Sommaire

Avant-propos	1
Introduction	3
1. Que sont les handicaps mental, psychique et cognitif ?.....	5
1.1 Une catégorisation récente	5
1.2 La classification des troubles mentaux et du comportement par l’OMS	6
1.3 Le handicap mental.....	9
1.3.1 Définition.....	9
1.3.2 La déficience intellectuelle.....	9
1.4 Le handicap psychique	10
1.4.1 Origine du terme	10
1.4.2 Définition.....	11
1.4.3 La schizophrénie.....	12
1.4.4 Les troubles de l’humeur – la dépression.....	13
1.4.5 Les troubles anxieux.....	14
1.4.6 Les personnes en situation de handicap psychique.....	15
1.5 Le handicap cognitif	15
1.5.1 Origine du terme	15
1.5.2 Définition.....	16
1.5.3 L’autisme	17
1.5.4 Les troubles spécifiques du développement du langage	19
2. Aspects méthodologiques pour l’analyse de l’usage des transports.....	21
2.1 Les handicaps mental, psychique et cognitif dans l’enquête HID.....	21
2.1.1 Les déficiences liées aux handicaps d’ordre mental	21
2.1.2 Les incapacités liées aux handicaps d’ordre mental	23
2.1.3 Les travaux réalisés à partir de HID autour des handicaps d’ordre mental	24
2.2 L’enquête de terrain réalisée dans le cadre du projet POTAS	25
2.2.1 Objectif et méthode.....	25
2.2.2 Le questionnaire de l’enquête	25
2.2.3 Les associations rencontrées et les données recueillies	27
3. Les personnes en situation de handicap mental, psychique ou cognitif et l’usage des transports	29
3.1 L’émergence lente de la prise en compte des difficultés d’utilisation des moyens de transport par ces personnes	29

3.2	Spécificités, pratiques et difficultés des groupes de personnes ayant des déficiences d'ordre mental, avec HID-1999	32
3.2.1	Identification de la population des personnes ayant un handicap d'ordre mental	32
3.2.2	Pratiques des transports par les personnes ayant un handicap d'ordre mental	38
3.3	Une investigation de terrain en 2010	59
3.3.1	Les personnes ayant un handicap mental.....	59
3.3.2	Les personnes ayant un handicap psychique	66
3.3.3	Les personnes ayant un handicap cognitif	68
3.4	Quel bilan dresser pour adapter les transports ?	70
4.	Conclusion et perspectives	77
	Bibliographie.....	81
	Annexes.....	85
Annexe 1	Tableaux et figures des analyses sur HID de la partie 3.2.1	87
Annexe 2	Tableaux et figures des analyses sur HID de la partie 3.2.2.....	99
Annexe 3	Tableau et figures concernant l'enquête de terrain (partie 3.3.1)	137
Annexe 4	Liste des associations et personnes rencontrées pour l'enquête de terrain	141

Avant-propos

Le présent rapport rend compte d'une partie du travail réalisé dans le cadre du projet de recherche POTAS, mené en réponse à l'appel à projets lancé en 2007 par l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP), intitulé « Le handicap, nouvel enjeu de santé publique », qui visait à contribuer au développement de recherches sur le handicap, ciblées notamment sur les questions liées aux limitations d'activité et aux restrictions de participation.

En réponse à cet appel, notre proposition a porté sur une composante clé de la participation sociale des individus : la possibilité de se déplacer. Le projet POTAS avait en effet pour objectif d'analyser les limitations d'activités et les restrictions de participation à la vie sociale des personnes en situation de handicap, en se centrant sur la composante transport et déplacements. Il visait à identifier les personnes en situation de handicap dans les transports, à analyser leurs pratiques de déplacement (ou de non déplacement), à identifier les modes de transports qu'elles utilisent ou non, et ce en fonction de leurs caractéristiques physiques, socio-démographiques et environnementales.

Les sources de données qui ont été utilisées dans le cadre du projet POTAS sont en premier lieu les grandes enquêtes transport (enquêtes nationales et enquête Ile-de-France EGT) ainsi que l'enquête HID (Handicap Incapacités Dépendances). Le 1^{er} tome du rapport du projet POTAS (intitulé « Les personnes qui rencontrent des situations de handicap dans les transports et leurs pratiques de déplacement ») décrit la problématique, les grandes enquêtes utilisées, la méthodologie adoptée ainsi que les résultats obtenus concernant les différents groupes de personnes en situation de handicap dans les transports.

Afin de compléter et d'approfondir les résultats de l'analyse de ces grandes enquêtes, une enquête de terrain sur la région lyonnaise a également été réalisée dans le cadre du projet POTAS, auprès des personnes en situation de handicap mental, psychique ou cognitif. Le présent rapport s'appuie notamment sur les résultats de cette enquête ; il est consacré à l'analyse de l'usage des transports par les personnes en situation de handicap mental, cognitif ou psychique, du point de vue de leurs pratiques de déplacement et des difficultés qu'elles rencontrent dans l'usage des transports ; il constitue le 2^{ème} tome du rapport de recherche présentant les résultats du projet POTAS.

Introduction

Parmi les handicaps sources de frein à l'intégration sociale et au plein accès aux pratiques telles que l'usage des transports, la catégorie des « handicaps mentaux » est particulière. En effet, si la différence que constitue de manière générale le handicap stigmatise l'individu - au sens de Goffman (Goffman, 1975), et conditionne ses interactions avec les autres individus en le situant hors du « cadre de référence social général », cette stigmatisation se renforce dans le cas des handicaps d'ordre « mental ». En l'absence d'une perception objective basée sur la connaissance de la question, les individus porteurs de ces handicaps risquent en effet de relever dans l'imaginaire collectif de la catégorie du « fou », dont Michel Foucault (Foucault, 1972) a montré qu'il est passé, dans l'histoire récente des sociétés occidentales, du statut d'un être occupant une place acceptée, sinon reconnue, dans l'ordre social, à celui d'un exclu, enfermé et confiné entre quatre murs. Du « fou » au « fou dangereux », il n'y a qu'un pas, qui peut être franchi dans l'imaginaire collectif et renforcé par la surmédiation des quelques cas d'agressions malheureusement parfois meurtrières, survenus notamment « en pleine rue ». Peur, amalgames et rejet peuvent donc conditionner le regard porté sur ces handicaps, avec ce qui constitue à la fois la cause et la conséquence de ces attitudes : la méconnaissance de la réalité de ce type de troubles et de leurs conséquences sur les individus qui en sont atteints. Ces peurs et ce rejet portent aussi atteinte à la santé des personnes concernées, ainsi qu'à celle de leurs proches. Cet état de fait est très loin de faciliter leur intégration sociale et leur présence dans l'espace social, notamment dans les transports. D'où l'enjeu, afin de respecter le droit de ces personnes à une intégration sociale, d'un travail d'explication, d'information, qui passe en premier lieu par une clarification des termes utilisés pour désigner ces types de handicap et différencier des cas qui ne renvoient ni aux mêmes troubles, ni aux mêmes conséquences. Cet objectif de clarification, de définition et de reconnaissance a été l'un des objectifs des travaux qui ont précédé et accompagné l'élaboration de la loi sur le handicap de février 2005¹, avec l'apogée constituée par le texte de la loi, qui, dans sa définition du handicap différencie les altérations des fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques². La catégorie des handicaps d'ordre mental³, dont nous parlons ici relève d'altérations des fonctions mentales, cognitives ou psychiques, qui peuvent coexister pour une même personne, mais nous verrons plus loin (0) que l'introduction de ces termes dans la loi (notamment les termes « fonctions cognitives » et « fonctions psychiques ») a été faite - notamment sous la pression de certaines associations - pour que soient reconnus et différenciés le handicap mental, le handicap psychique et le handicap cognitif, chacun relevant d'une altération prédominante des fonctions du même terme. L'enjeu de cette distinction est que les personnes concernées soient reconnues dans leur spécificité et que la société leur propose des aides à l'intégration adaptées à leurs caractéristiques, selon qu'elles ont besoin ou non d'une aide aux apprentissages, d'une intégration en établissement spécialisé, de soins réguliers, d'un aménagement dans le cadre du travail ou de la scolarité.

Le parti que nous avons pris ici est de nous appuyer sur ces tendances terminologiques à l'œuvre dans les sphères d'influence concernant la prise en compte du handicap (politiques publiques, milieux médico-social et scientifique, associations), qui visent à rendre compte au plus près de la réalité de ce que vivent les personnes en situation de handicap - même si ces tendances restent l'écho de représentations du handicap qui sont encore différentes selon les sphères et ne font certainement pas

¹ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

² La loi sur le handicap de février 2005 ajoute à l'Article L.114 du « Code de l'action sociale et des familles » la définition suivante : « 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. »

³ Nous utilisons le terme de « handicap d'ordre mental » dans ce rapport pour désigner de manière globale les handicaps mental, psychique et cognitif, lorsqu'il n'est pas pertinent de les distinguer.

consensus. Nous avons donc choisi dans ce travail d'interroger la distinction entre handicap mental, handicap psychique et handicap cognitif et d'analyser sa pertinence vis-à-vis du handicap rencontré dans les situations de transport. La première partie de ce rapport tente une définition de chacun de ces types de handicaps, en décrivant les troubles dont il est question pour chaque type, et en évoquant les difficultés rencontrées de manière générale dans leur vie quotidienne par les personnes qui en souffrent. La question des situations de handicap rencontrées dans les transports par les personnes en situation de handicap mental, psychique et cognitif est ensuite abordée, dans un premier temps par la question de leurs pratiques de déplacement, puis par celle des difficultés qu'elles rencontrent dans les transports. Un chapitre est consacré à la description de la méthode que nous avons utilisée pour les investigations menées dans le cadre du projet POTAS sur ces différents aspects.

1. Que sont les handicaps mental, psychique et cognitif ?

1.1 Une catégorisation récente

Comme nous l'avons évoqué en introduction, la distinction entre le handicap mental, le handicap psychique et le handicap cognitif est récente, avec un point remarquable dans l'évolution de l'usage des termes, constitué par le texte de la loi sur le handicap de février 2005, qui introduit les fonctions psychiques et les fonctions cognitives dans la liste des fonctions dont l'altération peut être facteur de handicap. Le terme de « handicap mental » est le plus anciennement utilisé, bien qu'il ait pendant longtemps véhiculé des sens différents et fait référence à des situations différentes, tandis que la notion de « handicap psychique » s'est constituée avant la loi de 2005, notamment avec le rapport Charzat (Charzat, 2002), et que le terme de « handicap cognitif » est apparu plus récemment, notamment à l'initiative des associations de défense des droits des personnes ayant des troubles de l'apprentissage et des associations de défense des droits des traumatisés crâniens, qui s'appuient sur les termes de la loi de 2005.

Cette évolution constituée par la distinction des termes « mental », « psychique » et « cognitif » se situe au cœur d'une autre évolution de concepts, avec la diffusion du modèle environnemental et social du handicap. En effet, au moment de la loi de 1975⁴, c'est le modèle individuel et médical qui prévaut. Ainsi, la loi de juin 1975 ne cite aucun type de handicap en particulier et tout au long de la loi, le handicap est pensé sur le modèle médical ; l'article 1^{er} évoque par exemple le « dépistage » du handicap, comme le souligne Milano (Milano, 2009). Par la suite, les travaux de Philip Wood introduisant la distinction entre la déficience, l'incapacité et le désavantage, en 1980, se diffusent progressivement en France (plus particulièrement à la fin des années 80) ; cette diffusion a notamment fortement inspiré la réforme du barème d'évaluation des handicaps, entreprise dès 1987 (Milano, 2009). La loi de février 2005 se rapproche du modèle environnemental et social, pour lequel le handicap résulte de l'interaction entre les caractéristiques d'un individu et celle de l'environnement dans lequel il évolue (en suivant ainsi le modèle sur lequel se base la CIF, que nous évoquons plus loin en 1.2). Ainsi, elle définit le handicap comme une limitation de la participation sociale, subie par la personne dans son environnement, et qui résulte de l'altération de certaines de ses fonctions. Elle met donc en avant les conséquences des troubles plutôt que les troubles eux-mêmes. Dans le cadre de l'application de cette loi, un certain nombre d'associations militent pour distinguer les différents types de handicap d'ordre mental, en insistant sur le caractère handicapant d'un type de trouble pris isolément, sur ses conséquences sur la vie quotidienne et sur les possibilités d'intégration sociale, éclairant ainsi la réflexion sur les modalités spécifiques d'accompagnement et d'éventuelle prise en charge des personnes concernées.

Par ailleurs, un autre élément de contexte permet de mieux expliciter l'évolution des concepts et l'apparition de nouvelles catégories, notamment s'agissant des handicaps d'ordre mental : c'est la fermeture accélérée des institutions psychiatriques, qui a été amorcée dans les années 1980 et qui, n'étant pas rapidement compensée par la mise en place de structures de petite taille et de proximité intégrées dans la ville, a conduit au fait qu'un grand nombre de personnes se sont retrouvées « à la rue », ce qui a engendré une mobilisation des associations pour sensibiliser les pouvoirs publics aux problèmes de ressources, de logement et de solitude de ces personnes et conduisant par la suite à l'identification d'un nouveau type de handicap : le handicap psychique (Milano, 2009).

⁴ Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

Nous allons préciser par la suite ce que recouvrent ces nouvelles catégories du handicap mental, du handicap psychique et du handicap cognitif, en tentant d'en cerner les contours tels qu'ils apparaissent, plus ou moins stabilisés, au travers des travaux récemment publiés et des prises de position des associations.

Il faut ajouter que ces catégories ont été créées, sous la pression notamment des associations, avec l'objectif de faire valoir les droits des personnes concernées par l'un de ces types de handicap, mais que la réalité n'est pas complètement recouverte par ces seules catégories disjointes. Cette catégorisation reste en effet dans une certaine mesure artificielle, dans la mesure où les « frontières » entre les catégories sont floues. Le rapport Charzat (Charzat, 2002) souligne par exemple que les troubles graves des fonctions psychiques retentissent sur les capacités intellectuelles (dont la déficience est associée au handicap mental) et sur les apprentissages (alors que les troubles de l'apprentissage relèvent du handicap cognitif) et que par ailleurs la déficience intellectuelle est assez fréquemment associée à des troubles psychiques.

Que le handicap soit mental, psychique, ou cognitif, il peut aussi être associé au handicap physique. Le rapport Charzat (Charzat, 2002) souligne ainsi que les troubles psychiques, notamment l'anxiété et la dépression, peuvent constituer des facteurs de sur-handicap pour des personnes handicapées physiques, et qu'il n'est pas rare que les personnes handicapées psychiques soit aussi handicapées physiques, à la suite d'accidents notamment.

Enfin, les définitions de ces catégories étant portées par des approches différentes, elles peuvent avoir des intersections dues aux définitions elles-mêmes, un même trouble relevant alors suivant les définitions de l'un ou l'autre des handicaps : c'est le cas par exemple de l'autisme, qui relève, selon les partis pris de classification, soit du handicap psychique, soit du handicap cognitif.

1.2 La classification des troubles mentaux et du comportement par l'OMS

La distinction entre handicap mental, handicap psychique et handicap cognitif que nous essayons d'interroger dans ce rapport correspond à une tendance observée en France. Notre objectif n'est pas ici de réaliser une analyse comparative avec ce qui se passe ailleurs concernant l'usage et l'évolution des termes désignant les différents types de handicap d'ordre mental, mais de dresser un tableau rapide du contexte international en termes de classification des handicaps, afin de donner quelques éléments permettant de repérer la manière dont sont codés les troubles mentaux et du comportement, et les handicaps résultant de ces troubles, dans les différentes classifications en vigueur.

De manière générale, pour répertorier les différentes formes de troubles et de handicaps associés, au niveau international il existe actuellement deux systèmes de classification, l'un pour la codification des maladies, l'autre pour celle du handicap, tous deux publiés par l'OMS. Ces systèmes de classification ne sont ni disjointes ni indépendants, mais complémentaires, comme nous allons l'expliquer brièvement ici.

En ce qui concerne la classification des maladies, la CIM-10 - version publiée en 2006 par l'OMS, de la CIM, Classification internationale des maladies - fournit une codification des causes de morbidité et de mortalité, afin de permettre les comparaisons internationales. Le chapitre V de la CIM-10 est consacré aux « Troubles mentaux et du comportement ». Ce chapitre comprend les groupes principaux suivants (chacun étant détaillé en sous-groupes) :

- F00-F09 Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques
- F10-F19 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives
- F20-F29 Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants

- F30-F39 Troubles de l'humeur [affectifs]
- F40-F48 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
- F50-F59 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
- F60-F69 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
- F70-F79 Retard mental
- F80-F89 Troubles du développement psychologique
- F90-F98 Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
- F99 Trouble mental, sans précision

Un autre chapitre de la CIM, le chapitre XVIII, consacré aux « Symptômes, signes et résultats anormaux d'exams cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs », contient un groupe intitulé « Symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception, l'humeur et le comportement ». Dans la mesure où il existe aussi d'autres chapitres de la CIM qui comportent certains facteurs que l'on peut relier aux troubles mentaux qui dépassent le cadre du diagnostic des troubles (facteurs socio-économiques, familiaux ou psychosociaux), Marie Cuenot et Pascale Roussel (Cuenot & Roussel, 2009) soulignent qu'un diagnostic réalisé à l'aide de la CIM apparaîtrait finalement comme « élaboré sous la forme d'une somme de symptômes qui s'apparentent aux fonctions psychiques et aux limitations d'activités ou de participation sociale incluses dans la CIF » - CIF que nous décrivons plus loin dans cette partie.

Les troubles décrits dans la CIM sont détaillés en fonction de leur importance statistique ; les évolutions de la codification prennent aussi en compte l'évolution des connaissances et de la terminologie concernant les pathologies et les troubles de santé, mais cette prise en compte est forcément sur une échelle de temps très longue.

En ce qui concerne les troubles mentaux et du comportement repérés à l'aide de la CIM, le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde (OMS, 2001) souligne que « une personne sur quatre, soit 25 % des individus, présente un ou plusieurs troubles mentaux ou du comportement au cours de la vie, dans les pays développés comme dans ceux en développement. ». Parmi les troubles les plus courants, le rapport cite : « la dépression, les toxicomanies, la schizophrénie, l'épilepsie, la maladie d'Alzheimer, le retard mental et les troubles de l'enfance et de l'adolescence ».

En ce qui concerne la classification du handicap, l'OMS a adopté en 1980 la « Classification Internationale du handicap » (CIH), puis en 2001 la « Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé » (CIF).

La CIH était inspirée des travaux de Philip Wood, introduisant l'idée que la situation de handicap vécue par une personne était une conséquence des maladies dont elle était atteinte, et que cette conséquence était multifactorielle, puisqu'elle s'exprimait sur trois plans différents : celui des déficiences corporelles résultant de la maladie (ou d'un traumatisme), celui des incapacités - c'est-à-dire des difficultés ou impossibilités concernant la réalisation des actions physiques ou des activités de base -, résultant de ces déficiences, et enfin celui des désavantages - c'est-à-dire des difficultés ou impossibilités concernant les rôles sociaux que la personne peut être amenée à jouer (par exemple exercer un travail). En ce qui concerne les déficiences d'ordre mental, la CIH distinguait un ensemble de « déficiences intellectuelles », incluant les déficiences de la mémoire, de l'intelligence et de la pensée et un ensemble intitulé « autres déficiences du psychisme » incluant les déficiences de la conscience et de l'état de veille, de la perception et de l'attention, ainsi que les déficiences des fonctions émotives, de la volonté et du comportement.

La CIF a une portée plus générale que la CIH, puisqu'elle vise à décrire l'ensemble des composantes de l'humain dans son environnement, en décrivant l'« univers du bien-être », où le *bien-être* est défini comme « un terme général englobant la totalité des domaines de la vie humaine, y compris ses

aspects physiques, psychiques et sociaux, qui concourent à ce que l'on peut appeler une "vie heureuse". Les domaines de la santé ou concourant au bien-être sont un sous-ensemble de domaines qui constituent l'univers total de la vie humaine ». Chaque composante de la CIF est décrite par des domaines, à l'intérieur desquels on trouve les catégories, qui sont les unités de classification. *L'état de la santé* et *l'état connexe de la santé* d'une personne sont notés à l'aide de codes « précisant l'étendue ou l'ampleur du fonctionnement ou du handicap » dans chaque catégorie, « ou la mesure dans laquelle un facteur environnemental est un facilitateur ou un obstacle ». Ainsi, la CIF ne décrit pas les personnes, mais la situation de la personne dans un ensemble de domaines de la santé ou connexes de la santé.

Par rapport à la CIH, la CIF rajoute donc notamment la composante environnementale influant sur la situation de handicap - facteurs environnementaux pris au sens large, incluant les aspects techniques, humains et sociaux. Ainsi, pour la CIF « *Handicap* est un terme générique désignant les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation. Il désigne les aspects négatifs de l'interaction entre un individu (ayant un problème de santé) et les facteurs contextuels face auxquels il évolue (facteurs personnels et environnementaux). » ; *Problème de santé* est « une expression générique désignant une maladie (aiguë ou chronique), un trouble, une lésion ou un traumatisme. Ce terme peut également faire allusion à d'autres situations telles que la grossesse, le vieillissement, le stress, une anomalie congénitale ou une prédisposition génétique. Les problèmes de santé sont codés à l'aide de la CIM-10. ». Dans la définition du handicap adoptée avec la CIF, le terme limitations d'activité remplace le terme incapacités utilisé dans la CIH, tandis que le terme restrictions de participation remplace le terme désavantages utilisé dans la CIH. On peut souligner que ce sont ces termes qui ont été repris dans la définition du handicap dans la loi française sur le handicap de février 2005 (définition citée en introduction de ce rapport).

L'arborescence de la CIF distingue deux parties :

- Le fonctionnement et le handicap, avec deux *composantes* :
 - o L'une incluant deux *domaines* : les fonctions organiques et les structures anatomiques
 - o L'autre traitant des activités et de la participation, différenciant les domaines de la vie
- Les facteurs contextuels, avec deux composantes affectant le fonctionnement et le handicap :
 - o Les facteurs environnementaux (facteurs externes)
 - o Les facteurs personnels (facteurs internes)

Dans cette arborescence, on retrouve les fonctions mentales parmi les fonctions organiques, séparées en *fonctions mentales globales* (notamment fonctions de la conscience, du tempérament et de la personnalité, fonctions de l'énergie et des pulsions, ...) et *fonctions mentales spécifiques* (notamment fonctions de la pensée, de l'attention, expérience de soi-même, ...). Parmi les domaines de la vie décrivant les *activités* et la *participation*, on retrouve par exemple les *apprentissages et application des connaissances*, la *communication*, les *activités et relations avec autrui*, qui sont des domaines pertinents pour décrire les conséquences des troubles d'ordre mental.

Ainsi, la distinction entre handicap mental, handicap psychique et handicap cognitif que nous analysons ici pourrait être explicitée avec la CIF en utilisant pour décrire chacun de ces types de handicap, d'une part les sous-catégories des fonctions mentales - pour désigner les atteintes des différentes fonctions concernées pour chaque type de handicap, mais aussi les différents domaines de la vie pour lesquels on décrirait des *performances* et des *capacités* (au sens de la CIF). On pourrait d'ailleurs se demander si des « Core sets »⁵ (liste de catégories de la CIF pertinentes pour la plupart des patients ayant un problème spécifique de santé) spécifiques pour les trois catégories du handicap mental, du handicap psychique et du handicap cognitif ne pourraient pas être construits.

⁵ Terme utilisé suite aux travaux de Stucki G. et de son équipe sur l'utilisation de la CIF pour décrire un certain nombre de problèmes spécifiques de santé.

1.3 Le handicap mental

Les définitions reprises ici sont basées essentiellement sur (Rogé & Chabrol, 2003).

1.3.1 Définition

Les personnes en situation de handicap mental rencontrent des limitations du fait d'un déficit du fonctionnement intellectuel (retard mental ou intellectuel) et du comportement adaptatif. Les causes du retard mental sont diverses : syndromes de Down, d'Angelman ou encore de l'X fragile, autres Trisomies. Les personnes avec une déficience intellectuelle ne sont pas malades, mais peuvent être confrontées à des conséquences durables de leur état de santé sur leur fonctionnement adaptatif et leurs capacités d'autonomie. Elles ont besoin d'informations simples et facilement compréhensibles, d'éducation et d'entraînements pour vivre en société.

1.3.2 La déficience intellectuelle

- Nature du handicap

Il s'agit ici d'un fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne, en regard des normes établies (le Quotient Intellectuel étant évalué à partir de bilans psychologiques), associé à des déficits de l'adaptation et se manifestant avant l'âge adulte. Ce déficit intellectuel est plus ou moins prononcé avec différents degrés d'atteinte : léger, moyen, sévère ou profond. En fonction du degré d'atteinte, la personne aura plus ou moins de difficultés. En effet, les personnes ayant un retard mental profond présentent des retards massifs du développement avec des troubles neurologiques prédominants.

- Tableau clinique

Le retard mental implique des altérations du fonctionnement adaptatif dans au moins deux des domaines suivants : la communication (acquisition du langage oral et écrit, difficultés de compréhension d'une information complexe), l'autonomie personnelle (l'hygiène), l'autonomie domestique (nettoyer, préparer un repas) les habiletés sociales et interpersonnelles (compréhension des règles sociales), l'utilisation des ressources de la communauté (savoir utiliser les transports en commun), l'auto-détermination (la capacité à prendre une décision), la santé (repérer ses troubles), le travail, les loisirs, et la sécurité. Aux symptômes cités ci-dessus, s'ajoutent des caractéristiques comportementales, physiques ou l'association de complications : épilepsie, hypotonie... .

Rogé et Chabrol (Rogé & Chabrol, 2003) caractérisent ainsi les différents degrés d'atteinte :

- Retard mental léger : les apprentissages sont un peu laborieux pour ces personnes. Le fonctionnement sensori-moteur est peu affecté. Une intégration professionnelle est possible.
- Retard mental moyen : les apprentissages et le fonctionnement cognitif sont limités. L'apprentissage de la vie sociale nécessite une éducation spécialisée. L'autonomie est limitée.
- Retard mental sévère : le retard touche tous les secteurs du développement de la personne. Celle-ci aura besoin d'une assistance durant toute la vie. Cependant, ce sont des personnes qui s'adaptent aisément au milieu institutionnel.
- Retard mental profond : les retards de développement sont massifs et associés à des troubles neurologiques. Les personnes concernées sont en situation de polyhandicap et ont besoin de soins à tous les niveaux.

- Prévalence

Selon Rogé et Chabrol (Rogé & Chabrol, 2003), il y aurait 1 à 2 % de personnes présentant une déficience intellectuelle par rapport à la population générale, dans les pays industrialisés. Parmi les déficiences, la déficience légère est la plus représentée (à 85 %). De manière générale, Guidetti et

Tourrette (Guidetti & Tourrette, 1999) affirment que les déficients mentaux représentent la catégorie la plus importante parmi tous les handicaps.

- Comorbidité⁶

Les troubles liés au handicap mental touchent le fonctionnement émotionnel et moteur. Les personnes en situation de retard mental léger souffrent parfois de dépression. Quant aux personnes en situation de retard mental moyen, elles montrent une certaine vulnérabilité et peu de capacités d'adaptation. Bien souvent, les troubles du comportement chez ces personnes sont liés aux difficultés qu'elles ont à communiquer. Enfin, de manière générale, des troubles d'ordre psychiatrique peuvent être associés au handicap mental.

- Conditions de vie

Avec un retard mental léger à l'âge adulte, la personne peut prétendre à une intégration professionnelle avec une aide.

- Soins

La prise en charge de ces personnes, selon Rogé et Chabrol (Rogé & Chabrol, 2003) doit être pluridisciplinaire et associée à un travail éducatif.

- Evolution

Le caractère adaptatif des comportements varie en fonction des compétences cognitives de la personne, des opportunités d'apprentissage, de la motivation, du soutien du milieu social, et bien sûr du degré d'atteinte.

1.4 Le handicap psychique

1.4.1 Origine du terme

Le handicap psychique est une catégorie dont la « reconnaissance légale » est récente. C'est de fait la loi sur le handicap de Février 2005, qui, par ses termes, valide l'utilisation de la notion de « handicap psychique » pour désigner les manifestations des troubles psychiques dans la vie quotidienne, si l'on suit ce que disent Jacqueline Delbecq et Florence Weber dans la présentation du dossier sur le handicap psychique qu'elles ont coordonné (Delbecq & Weber, 2009). Selon Milano, l'un des auteurs de ce dossier (Milano, 2009), l'apparition des fonctions psychiques, dans le 1^{er} article du texte de la loi, au sein de la liste des fonctions dont l'altération peut être facteur de handicap, revient à « reconnaître » le handicap psychique, alors qu'il était considéré dans la loi de 1975 comme une maladie relevant de la psychiatrie - même si le terme « handicap psychique » n'est pas explicitement employé dans la nouvelle loi.

Le rapport Charzat (Charzat, 2002), « Rapport pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches » a largement inspiré cette entrée du handicap psychique dans la loi. Il soulignait le fait que jusque là, « l'écoute à l'égard du handicap psychique [avait] été alignée sur les autres handicaps, la réalité de sa spécificité n'ayant pas été reconnue ». Il existait même des réticences à attribuer le « statut de handicapé » aux malades mentaux, notamment chez les soignants en psychiatrie, avec l'idée que cela constituerait une gêne pour la démarche de soins. Comme l'usage en France réservait le terme de « handicap mental » aux handicaps résultant de la déficience mentale, les associations de patients en psychiatrie et de familles de malades ont proposé le terme de « handicap psychique » pour désigner les handicaps résultant de déficiences des fonctions psychiques. Faisant état de la

⁶ La comorbidité est la présence d'un ou de plusieurs troubles associés à un trouble ou une maladie primaire.

nécessité de reconnaître la spécificité de ce handicap et de ses conséquences, le rapport Charzat prônait notamment la coordination des actions des secteurs hospitalier et médico-social pour aider à la réinsertion sociale, en réalisant une prise en charge individuelle dans un dispositif général.

Notons enfin que la catégorie des troubles psychiques se retrouve encore dans un usage restreint du terme « santé mentale », les « troubles de santé mentale » pouvant faire référence aux troubles de nature psychique. Par exemple, une brochure publiée par l'OCDE (OCDE/FIT, 2009) s'intéressant aux déficiences d'ordre mental dans l'usage des transports désigne ces déficiences par le terme « déficience cognitive et santé mentale ». Le terme de « problèmes de santé mentale » a été aussi longtemps utilisé pour désigner plus largement l'ensemble des troubles mentaux, par exemple par l'OMS. Mais la définition du terme « santé mentale » a évolué puisque maintenant pour l'OMS la santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles.

1.4.2 Définition

Deux approches se sont succédées quant à la définition du handicap psychique, d'après Marie Cuenot et Pascale Roussel (Cuenot & Roussel, 2009). L'une, correspondant notamment à l'origine à la position des associations de malades psychiques ainsi que de nombreux psychiatres, considérait que le handicap psychique concernait uniquement les personnes souffrant de schizophrénie et de troubles bipolaires ayant un impact important sur la vie quotidienne. L'autre, résultant de la mise en avant des conséquences des maladies plutôt que des maladies elles-mêmes pour définir le handicap, considère que peuvent être susceptibles d'être concernées par le handicap psychique toutes les personnes dont les maladies sont porteuses de graves conséquences en terme de handicap, c'est-à-dire les psychoses et notamment la schizophrénie, les troubles dépressifs graves et les troubles maniaco-dépressifs, les troubles obsessionnels et compulsifs graves, l'autisme et les syndromes autistiques, les syndromes frontaux, séquelles de traumatismes crâniens et de lésions cérébrales, la maladie d'Alzheimer et les autres démences liées ou non à l'âge. C'est le rapport Charzat (Charzat, 2002) qui a largement diffusé cette approche « par les conséquences sociales », qui s'impose maintenant, bien que l'approche plus restrictive, basée sur une communauté des déficiences et des incapacités définie par la maladie, perdure encore parfois.

Les personnes en situation de handicap psychique n'ont pas de déficiences intellectuelles permanentes, mais des troubles comportementaux et affectifs, se traduisant par des difficultés à acquérir ou exprimer des habiletés psychosociales. Le handicap psychique n'affecte pas directement les capacités intellectuelles mais plutôt leur mise en œuvre. Il est toujours associé à des soins⁷. Ce qui est caractéristique de ce handicap est le caractère variable des troubles, ainsi que leur possible évolution, contrairement au handicap mental ou cognitif.

Suite à la loi sur le handicap de février 2005, les Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) sont chargées de reconnaître et de compenser le handicap psychique de toute personne qui en fait la demande. Le rapport Charzat (Charzat, 2002) relevait diverses causes possibles (troubles dépressifs graves, états psychotiques ou névrotiques, états limites, détérioration mentale liée à l'âge, à des intoxications ou à des affections neurologiques) et diverses déficiences à l'origine potentielle d'un handicap psychique. Ces déficiences peuvent être un trouble de la pensée (idées obsessionnelles, délire...), un trouble de la perception (hallucinations...), un trouble de la communication et du langage, un trouble intellectuel (difficultés de conceptualisation et d'abstraction, troubles de la mémoire, de l'orientation spatio-temporelle...), entre autres.

⁷ Selon « L'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique », Document disponible sur le site de l'UNAFAM : www.unafam.org.

Afin d'illustrer plus précisément ce que peut recouvrir le handicap psychique, nous évoquons ici deux cas de figure qui peuvent être à l'origine de ce type de handicap : la schizophrénie et les troubles de l'humeur.

1.4.3 La schizophrénie

- Nature du handicap

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique d'évolution chronique, débutant généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

- Tableau clinique

La symptomatologie, selon Chabrol (Chabrol, 2004), se divise en deux aspects. D'une part les hallucinations (surtout auditives) et la désorganisation de la pensée, des affects et du comportement. Le DSM-IV (Guelfi, 2004) parle de dissociation mentale c'est-à-dire une perte de lien entre les actes, les pensées et les émotions, qui est caractéristique de la schizophrénie. Les personnes souffrant de ce trouble peuvent avoir des gestes théâtraux, impulsifs, sans lien spécifique avec les émotions. Les idées ne sont pas cohérentes, ce qui peut donner lieu à un discours mystérieux et des comportements insolites. D'autre part, les personnes atteintes de schizophrénie présentent un appauvrissement du discours, des émotions et du comportement. Le DSM-IV évoque à ce propos une réduction de l'élan vital, de l'intérêt pour la vie, et de l'affect, qui se manifeste par une absence de dynamisme, une indifférence et une froideur apparente. Il existe différentes formes de schizophrénies.

- Prévalence

Selon l'OMS, dans le monde, environ 24 millions de personnes souffrent de schizophrénie (OMS, 2001). Selon la Haute Autorité Sanitaire (HAS, 2007), la prévalence de la schizophrénie en France est d'environ 1 % dans la population générale, ce qui représente environ 400 000 sujets malades en France et 10 000 nouveaux cas par an.

- Participation à la vie sociale et qualité de vie

Lysaker et Hammersley (Lysaker & Hammersley) ont montré que les personnes schizophrènes ont des difficultés dans leur vie sociale. Plus précisément, les personnes souffrant d'hallucinations et ayant des dysfonctionnements de la pensée ont peu de ressources pour nouer des relations sociales et ressentent d'autant plus d'anxiété. La santé et les relations personnelles sont les domaines les plus préoccupants pour les personnes souffrant de schizophrénie, que ce soit en termes d'intensité ou de fréquence dans la vie quotidienne (Prouteau et al., 2009). Les personnes schizophrènes présentent également des déficits dans les habiletés sociales, et ces dernières sont corrélées (associées à leurs déficits de mémoire) avec leur qualité de vie (Matsui et al., 2008). L'insatisfaction que ressentent les personnes schizophrènes concerne surtout les relations interpersonnelles. C'est un domaine où les sujets expérimentent de manière particulièrement négative leur handicap (Prouteau et al., 2009).

- Soins

Les traitements antipsychotiques restaurent la capacité à penser et à interagir avec le monde extérieur, et rendent possible un travail thérapeutique (Chabrol, 2004).

- Evolution

Selon le DSM-IV, les signes permanents de la perturbation schizophrénique persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois comprend une période de symptômes hallucinatoires et de désorganisation de la pensée et du comportement (1 mois), et une période où les personnes présentent uniquement une réduction de l'élan vital et un appauvrissement du discours et du comportement.

Plus de la moitié des personnes présentant une schizophrénie bénéficient de soins pluridisciplinaires, ce qui permet de réduire les symptômes et le risque de rechute et rend possible une réhabilitation.

1.4.4 Les troubles de l'humeur – la dépression

- Nature du handicap

Il s'agit de perturbations importantes de l'humeur ayant des retentissements sur le fonctionnement général de la personne. Les troubles de l'humeur regroupent notamment les troubles dépressifs et les troubles maniaco-dépressifs (alternance d'épisodes dépressifs et d'épisodes maniaques, soit une humeur élevée de façon anormale, d'excitation).

- Tableau clinique de la dépression

Il existe plusieurs syndromes dépressifs. Les symptômes prédominants de la dépression sont l'humeur dépressive ou l'irritabilité, et la réduction d'intérêt ou de plaisir pour toutes ou presque toutes les activités. La forme la plus intense et la plus grave des états dépressifs est la mélancolie : douleur morale et désinvestissement, désir de mort, idées délirantes.

Selon Guelfi (Guelfi, 2004), la personne traversant un épisode dépressif présente une humeur dépressive, une diminution de l'intérêt ou du plaisir pour la plupart des activités, une perte d'appétit, une insomnie, un ralentissement psychomoteur, une fatigue ou perte d'énergie, un sentiment de dévalorisation, une diminution de l'aptitude à penser, à se concentrer ou une indécision, et des pensées de mort récurrentes.

La dépression peut être causée par une coalition de facteurs familiaux négatifs, par des événements de vie négatifs ou des facteurs personnels (Chabrol, 2004). Selon Leroux et Morin (Leroux & Morin, 2006), les troubles dépressifs sont étroitement liés à la situation conjugale et notamment au fait d'avoir vécu une rupture, ainsi qu'à la situation professionnelle. Les chômeurs déclarent un épisode dépressif plus souvent que les actifs occupés.

- Prévalence

Selon Chabrol (Chabrol, 2004), la dépression concernerait 4 à 8 % des adolescents. Les troubles dépressifs apparaissent généralement entre 25 et 45 ans, et de manière majoritaire chez les adolescentes. Selon l'enquête Santé Mentale en population générale réalisée entre 1999 et 2003, une personne sur dix souffre d'un épisode dépressif. Les hommes souffrent moins souvent que les femmes d'épisodes dépressifs (8,7 % contre 12,9 %), bien qu'il puisse s'agir d'un biais de sous-déclaration chez les hommes et de sur-déclaration chez les femmes (Morin, 2008). L'analyse de l'effet de l'âge sur la dépression est complexe. A situation sociodémographique identique, selon l'enquête SMPG et le baromètre Santé, l'âge n'a pas d'effet en deçà de 50 ans (Leroux & Morin, 2006) - la prévalence supérieure à la moyenne pour les 18-29 ans s'expliquant par une situation conjugale moins stable et une situation professionnelle plus précaire. Au-delà de 60 ans la dépression est particulière, fortement liée aussi à la situation sociodémographique. Si à sexe, formation, situation conjugale et professionnelle identiques, les personnes âgées de 60 à 75 ans sont moins vulnérables aux troubles dépressifs que les plus jeunes (sans que l'on sache si cela est vrai aussi pour les personnes en institution), la prévalence de l'épisode dépressif croît de nouveau à partir de 80 ans, particulièrement chez les femmes (Leroux & Morin, 2006). Enfin, après 60 ans, 48 % des épisodes dépressifs sont dits « isolés », c'est-à-dire sans autres troubles psychiques repérés, même s'il s'agit d'épisodes récurrents, contre 37 % pour l'ensemble des dépressifs (Morin, 2008).

- Comorbidité

La dépression à l'adolescence est fréquemment associée à des troubles anxieux, à la consommation de substances et à des troubles du comportement et de la personnalité (Chabrol, 2004). A l'âge adulte, elle est associée à des troubles du comportement alimentaire, aux suicides. L'anxiété est très

souvent associée à la dépression (c'est le cas, selon l'enquête SMPG de 1999-2003 pour 58 % des personnes ayant un épisode dépressif repéré), les troubles anxieux les plus répandus chez les dépressifs étant l'anxiété généralisée (31 %), les troubles paniques (16 %), la phobie sociale (12 %) et l'agoraphobie (7 %) (Morin, 2008).

- Conditions de vie

Selon Morin (Morin, 2008), la dépression a un retentissement important dans la vie de tous les jours. Dans certaines définitions de la maladie, cet aspect est une des conditions de diagnostic. Parmi les personnes ayant un épisode dépressif repéré, 68 % ont déclaré que ces problèmes les gênent dans la vie de tous les jours. D'ailleurs, un certain nombre de personnes dépressives ont le sentiment « d'être malade » (Morin, 2008). Le sentiment d'être malade ou non renseigne sur la gravité perçue du trouble, mais aussi sur la façon dont la personne s'approprie sa dépression. Ce dernier aspect permet d'envisager plus facilement une démarche de soins.

- Soins

Les psychothérapies pour traiter la dépression peuvent être de différentes approches (cognitives-comportementales, analytiques...), et associée à la prise d'antidépresseurs.

- Evolution

La dépression est une maladie qui dure dans le temps, avec un risque de rechute important sans traitement et de complications (Chabrol, 2004). Pourtant, une majorité de la population considère qu'un dépressif peut guérir, et même guérir totalement (Morin, 2008).

1.4.5 Les troubles anxieux

- Nature du handicap

Les troubles anxieux sont très fréquents chez l'enfant et l'adolescent. Ils peuvent être sous forme de panique ou anxiété, de phobies (sociale, agoraphobie...), ou de troubles obsessionnels-compulsifs, entre autre. On considère qu'un trouble anxieux existe lorsque le fonctionnement de l'individu est perturbé par des réponses anxieuses extrêmes et disproportionnées (Chabrol, 2004).

- Tableau clinique

Selon Guelfi (Guelfi, 2004), les phobies se caractérisent par une peur intense, excessive et persistante par rapport à un objet avec comme conséquence un évitement de la rencontre avec cet objet. Cet évitement perturbe de façon importante les habitudes de la personne et ses activités professionnelles. Les troubles obsessionnels-compulsifs sont composés d'idées obsessionnelles et de compulsions : pour le premier, il s'agit de pensées ou représentations qui sont obsédantes et ressenties comme intrusives car elles s'imposent dans la propre activité mentale de la personne (par exemple la peur d'être contaminé par des maladies). Les compulsions sont des comportements répétitifs que la personne se sent poussée à accomplir. Ces actes ont pour but de réduire le stress lors de situations angoissantes (par exemple, le lavage des mains ou la mise en place de rituels conjuratoires). La personne souffrant de ces troubles peut en avoir honte, s'isoler socialement.

- Prévalence

Selon Chabrol (Chabrol, 2004), les troubles anxieux concernent 5 à 10 % des adolescents. Selon Bellamy et coll. (Bellamy et al., 2004), l'anxiété concerne 13 % des personnes interrogées lors de l'enquête Santé mentale en population générale. Les femmes et les personnes séparées ou divorcées sont plus souvent identifiées comme ayant connu un trouble anxieux généralisé.

- Comorbidité

La comorbidité des troubles anxieux entre eux est forte, ainsi qu'avec la dépression (Chabrol, 2004). En effet, plus d'un quart des personnes repérées comme manifestant des symptômes d'anxiété généralisée ont aussi connu un épisode dépressif (Bellamy et al., 2004).

- Soins

Chabrol (Chabrol, 2004) préconise des thérapies intégrées pour les troubles anxieux, et des thérapies cognitives-comportementales pour les phobies sociales associées à un travail plus profond sur les origines des symptômes.

1.4.6 Les personnes en situation de handicap psychique

Ainsi, du fait de leurs troubles psychiques, les personnes en situation de handicap psychique ont des difficultés importantes à s'intégrer dans la vie sociale.

De manière générale, les personnes qui ont une déficience d'origine psychique représentent 25 % des demandeurs d'AAH⁸ et 28 % des AAH accordées, d'après l'enquête réalisée par la DREES auprès des demandeurs de l'AAH en 2007 (Demoly, 2008), dans laquelle on voit aussi que les demandeurs d'AAH ayant une déficience psychique font partie, avec les personnes ayant une déficience intellectuelle, des demandeurs d'AAH qui travaillent le moins en milieu ordinaire.

Outre leurs difficultés à gérer les relations sociales, et à avoir une activité professionnelle, les personnes en situation de handicap psychique souffrent de stigmatisation. Concernant les représentations associées à la maladie mentale, Bellamy et coll. (Bellamy et al., 2004) font état des résultats de l'enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG) menée auprès de 36000 personnes âgées de 18 ans et plus, en France entre 1999 et 2003. Dans les représentations qu'a la population des problèmes de santé mentale, les termes de « fou » et de « malade mental » restent le plus souvent associés à des comportements violents. Si 45 % des personnes interrogées pensent que commettre un meurtre est associé au fait d'être un « fou » et 30 % « malade mental », seulement 55 % des personnes pensent qu'on peut guérir un « fou » et 69 % un « malade mental ». Concernant les représentations sociales notamment, Castillo et coll. (Castillo et al., 2008) soulèvent la nécessité de travailler sur les représentations liées à la schizophrénie, tant auprès de la population générale qu'auprès des patients eux-mêmes. En effet, leur étude montre que s'il y a eu une évolution au sein des représentations de la maladie (la population peut considérer que la personne schizophrène souffre de dysfonctionnements et non plus seulement qu'elle est folle), ces représentations de la maladie véhiculées par la population générale ne sont pas sans conséquences sur les patients. Par un phénomène d'internalisation de représentations stigmatisantes, les personnes elles-mêmes atteintes de schizophrénie partagent ces représentations de la maladie. Les auteurs concluent que les schizophrènes s'approprient les représentations stigmatisantes qu'ils supposent chez autrui.

1.5 Le handicap cognitif

1.5.1 Origine du terme

Le handicap cognitif est un terme revendiqué en France par des associations de personnes souffrant de dysfonctionnements d'ordre neuropsychologique. Plus précisément, ce sont des membres des associations UNAFTC⁹ (concernant les Traumatisés Crâniens) et CORIDYS¹⁰ (concernant les

⁸ L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est un minimum social destiné à apporter une aide financière aux personnes handicapées, attribué sous conditions de ressources, selon le taux d'incapacité reconnu pour la personne. Suite à la loi de février 2005, depuis janvier 2006 les demandes d'AAH sont examinées par les Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), situées au sein des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et qui déterminent le taux d'incapacité de la personne ainsi que l'accord ou non d'une AAH.

⁹ UNAFTC (Union Nationale des Associations de Familles de Traumatisés Crâniens)

¹⁰ CORIDYS (Coordination des intervenants auprès des personnes souffrant de dysfonctionnements neuropsychologiques)

personnes atteintes de troubles du langage et des apprentissages ainsi que de troubles apparentés, tels que les dyslexies-dysorthographies, les dyscalculies-dysgraphies, les troubles attentionnels, les dyspraxies, l'hyperactivité, les dysphasies) qui revendiquent avoir été à l'origine de l'introduction du terme « fonctions cognitives » dans le texte de la loi sur le handicap de février 2005, dans le cadre des travaux préparatoires à son élaboration¹¹. Ces tenants de l'approche neuropsychologique et cognitive demandent que le terme « handicap cognitif » désigne clairement la conséquence commune des troubles tels que les troubles du langage et des apprentissages, la dyspraxie, le déficit de l'attention ou l'hyperactivité, ainsi que les troubles cognitifs liés à l'épilepsie, au traumatisme crânien, à l'IMC, à certaines myopathies, et même à la surdité. L'enjeu est une reconnaissance administrative spécifique au handicap cognitif (par les commissions des MDPH), afin de pouvoir faire bénéficier les personnes identifiées comme atteintes de ce type de troubles, de mesures telles par exemple que les aménagements spécifiques d'aide à la scolarité dans les cadres scolaires et universitaires.

Sur le plan international, pour désigner les déficiences d'ordre mental on trouve le terme générique « déficience(s) cognitive(s) » (« cognitive impairment »), utilisé en complément du terme « problèmes de santé mentale » (« mental health problems ») qui désigne ce que nous avons repéré ici sous le terme « handicap psychique » (voir notamment (OCDE/FIT, 2009)).

1.5.2 Définition

Les personnes en situation de handicap cognitif ont des difficultés pour percevoir, organiser et intégrer l'information. Elles n'ont pas de déficience intellectuelle, mais partagent avec les personnes en situation de handicap mental le caractère durable du handicap. Les difficultés cognitives qui sont à l'origine de ce handicap, sont spécifiques (comme la dysphasie) ou multiples (comme dans les troubles envahissants du développement). Selon Rode et coll. (Rode et al., 2005), les troubles cognitifs sont le plus souvent multiples, volontiers associés à des déficiences motrices et sensorielles, ce qui correspond aux situations cliniques les plus fréquemment rencontrées en rééducation. L'incapacité sera donc la conséquence de l'ensemble des déficiences existantes et de leur intrication et non pas de la juxtaposition d'incapacités spécifiques de chaque déficit. Par ailleurs, le contexte, l'environnement jouent un rôle déterminant dans la nature et la sévérité des incapacités secondaires à un déficit cognitif.

Nous décrivons plus loin (parties 1.5.3 et 1.5.4) deux pathologies neuro-développementales - l'autisme et la dysphasie - dont les troubles cognitifs sont sévères, et associés à plusieurs déficiences. Notons que l'autisme est pour certains auteurs inclus dans la catégorie du handicap psychique - c'est le cas notamment pour Charzat (Charzat, 2002).

Nous reprenons ici aussi quelques éléments sur la dyspraxie, puisque ce trouble a fait partie de nos recueils auprès des associations de personnes atteintes de troubles dits « dys ». Les paragraphes sur la dyspraxie figurant ci-dessous sont extraits d'une page du site de l'Inserm¹² consacrée aux troubles de l'apprentissage.

La dyspraxie développementale est un trouble des apprentissages spécifiques. Les enfants dyspraxiques ont des difficultés à planifier, à programmer et à coordonner des gestes complexes, intentionnels et orientés vers un but, à élaborer le programme moteur qui leur permettra de réaliser un geste conscient, à prendre en compte les feedbacks internes et externes pour modifier leur mouvement. Leur cerveau n'intègre pas la séquence motrice qui sous-tend l'automatisation d'un geste. La prévalence de la dyspraxie est élevée : 5 à 7 % des enfants de 5 à 11 ans, selon le Haut

¹¹ Selon la note du président de CORIDYS, sur le site www.coridys.asso.fr, intitulée « Handicap cognitif - Mieux prendre en compte les aspects neuropsychologiques et cognitifs dans le Guide d'évaluation multidimensionnelle et l'Arrêté relatif au Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées ».

¹² <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/troubles-des-apprentissages-dyslexie-dysorthographie-dyscalculie>

Comité de santé publique. Tous les enfants sont loin d'être repérés aujourd'hui, bien que cette pathologie pourrait concerner plus de 250 000 d'entre eux en primaire (près d'un enfant par classe).

Les gestes complexes nécessitant un apprentissage, comme l'écriture, ne deviennent jamais automatiques chez les enfants dyspraxiques, qui doivent tout au long de leur existence prêter une attention importante à des gestes que les autres enfants apprennent peu à peu à réaliser de manière automatique. Dans la majeure partie des cas, ces difficultés de coordination des praxies sont associées à des troubles oculomoteurs. Cette difficulté à acquérir des stratégies de regard efficaces est extrêmement pénalisante puisqu'elle compromet l'accès aux informations présentées visuellement. Parce que ces perturbations apparaissent en l'absence de lésion cérébrale avérée, elles ont trop souvent par le passé été mises sur le compte d'une immaturité de l'enfant, d'un trouble affectif ou d'un manque de stimulations. Elles sont en fait le reflet d'un dysfonctionnement du cerveau.

Les difficultés à appréhender les perturbations induites par ce handicap invisible, à comprendre et à mettre en œuvre les adaptations nécessaires des supports scolaires qui permettraient aux élèves dyspraxiques d'accéder aux compétences de leur classe d'âge conduisent chaque année des dizaines de milliers d'enfants d'intelligence normale et même bien souvent supérieure à la moyenne vers un échec scolaire. Une coopération étroite entre l'équipe pédagogique, les intervenants médicaux et paramédicaux (ergothérapeute, psychomotricien...) et les parents est indispensable à la mise en œuvre de moyens de compensation au sein de l'école (remplacement de l'écriture manuscrite par la frappe au clavier d'ordinateur, par exemple).

1.5.3 L'autisme

D'abord, rappelons brièvement que l'autisme constitue l'un des syndromes des Troubles Envahissants du Développement (TED). Ces syndromes sont variés, en ce qui concerne les manifestations cliniques, les déficiences associées, l'âge du début des troubles ou l'évolution.

L'autisme est un trouble qui empêche très précocement - durant la petite enfance - la mise en place des fonctions qui sous-tendent l'adaptation dans tous les secteurs d'activité. Ce trouble entrave le développement de l'enfant et engendre, sa vie durant, des handicaps sévères et lourds de conséquence pour lui-même et la vie familiale. L'origine de ce trouble commence à être identifiée. D'après Peeters et coll. (Peeters et al., 2008), il existe une origine génétique du syndrome autistique identifiable chez environ 15 % des personnes présentant ces troubles. Les formes d'autisme non syndromique seraient quant à elles d'origine polygénique.

- Description de l'autisme

D'après le DSM-IV¹³ (Guelfi, 2004), le trouble autistique regroupe au moins deux des symptômes suivants :

- une altération qualitative des interactions sociales, c'est-à-dire que les comportements permettant d'entrer en contact avec autrui sont absents, ou déviants : mauvaise utilisation du regard, expression faciales pauvres, limitation du partage social, difficultés dans les rôles sociaux.

- une altération qualitative de la communication : difficultés dans la communication non verbale, retard ou absence totale de développement de langage oral et écrit, compréhension limitée et expressions particulières : écholalies¹⁴, langage idiosyncrasique¹⁵.

¹³ Le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) est un manuel de classification des troubles mentaux, publié aux Etats-Unis par l'American Psychiatric Association (APA). Cette classification évolue. Le DSM-IV est la 4^{ème} révision, publiée en 1994.

¹⁴ Echolalie : répétition systématique immédiate ou différée de phrases, parties de phrases ou mots.

¹⁵ Langage idiosyncrasique : la personne autiste détourne le sens d'une phrase pour l'utiliser dans un autre contexte inadapté. C'est un langage propre à la personne.

- des comportements et intérêts restreints, stéréotypés et répétitifs : préoccupations persistantes pour certaines parties d'objets, maniérismes moteurs stéréotypés.

Selon Rogé et Chabrol (Rogé & Chabrol, 2003), un retard de développement cognitif, des troubles du sommeil, et des problèmes sensoriels sont également caractéristiques de l'autisme.

- Prévalence de l'autisme

Selon Rogé et Chabrol (Rogé & Chabrol, 2003), ce handicap concernerait un enfant pour 1000, et dans la proportion de quatre garçons pour une fille. L'enquête ES¹⁶ de 2001 recensait environ 5000 personnes atteintes d'autisme ou de syndromes apparentés, accueillies au sein d'établissements pour adultes handicapés (Barreyre et al., 2005a).

- Comorbidité

Selon Barreyre et coll. (Barreyre et al., 2005a) près de 80 % des adultes pris en charge en établissement et qui sont atteints d'autisme ou de syndromes apparentés présentent une déficience intellectuelle, mais avec plus souvent la présence de déficiences associées, telle qu'une déficience du langage, une épilepsie. Selon Rogé et Chabrol (Rogé & Chabrol, 2003), l'autisme est souvent associé à des troubles obsessionnels compulsifs (chez l'adulte), des troubles de l'humeur ou de l'hyperactivité.

- Conditions de vie et nature des soins

Les enfants autistes sont rarement scolarisés : 64 % d'entre eux n'ont accès à aucune forme d'apprentissage scolaire (en 2001, au moment de l'enquête), en raison notamment d'une autonomie plus limitée dans la plupart des activités quotidiennes (Barreyre et al., 2005b). Environ 4500 enfants ou adolescents présentant un autisme ou des syndromes apparentés étaient suivis fin 2001 dans des structures médico-sociales ou dans des établissements pour enfants handicapés. D'après l'enquête ES 2001 (Barreyre et al., 2005b), 78 % des enfants autistes étaient accueillis dans des établissements pour déficients intellectuels et 86 % étaient pris en charge, le plus souvent en externat, dans le département de domiciliation de leurs parents. L'enquête répertorie les principaux établissements et services accueillant des enfants et adolescents souffrant d'autisme ou de syndromes apparentés : les Services d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD) qui sont des structures ambulatoires d'accompagnement éducatif, pédagogique et thérapeutique, les établissements pour enfants déficients intellectuels, les Instituts de Rééducation - ils accueillent des jeunes dont les manifestations et les troubles du comportement rendent nécessaire, malgré les capacités intellectuelles normales ou quasi-normales, la mise en œuvre de moyens médico-éducatifs spécialisés - , et les établissements pour enfant polyhandicapés.

Selon Barreyre et al. (Barreyre et al., 2005a), 75 % des adultes autistes sont accueillis dans des structures destinées à des personnes handicapées sans capacité de travail, dont une majorité dans des établissements ayant vocation à accueillir des adultes lourdement handicapés (26 % sont accueillis en Maison d'Accueil Spécialisé et 19 % en Foyer d'Accueil Médicalisé).

- Evolution des personnes avec autisme

Selon Gattegno (Gattegno, 2008), il n'existe pas à l'heure actuelle de traitement curatif de l'autisme. Cependant, quand les personnes atteintes d'autisme, ayant bénéficié d'un diagnostic et d'une prise en charge précoce, ont accès à une éducation individualisée et des traitements efficaces, elles sont alors plus en mesure d'apprendre, de communiquer et d'acquérir des compétences d'autonomie. Pour Rogé et Chabrol (Rogé & Chabrol, 2003), le soin consiste en une démarche pluridisciplinaire associant le médical, l'éducatif, le psychologique et le social, avec un soutien apporté aux familles.

¹⁶ Enquête sur les Etablissements et Services pour enfants et adultes handicapés, réalisée par la DREES.

A partir du mois de mars 1994, l'autisme est devenu une priorité en matière de Santé Publique (Chapireau et al., 1997). Plusieurs rapports concernant la prise en charge des enfants, adolescents et adultes autistes ont été commandités à cette époque. Plus récemment, un « plan autisme » a été mis en place par le gouvernement sur la période 2008-2010, et la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié un document destiné à constituer un socle de connaissances (Dhénain, 2010).

1.5.4 Les troubles spécifiques du développement du langage

Selon Delahaie (Delahaie, 2004), la notion de troubles spécifiques du développement du langage est définie par toute apparition retardée ou tout développement ralenti du langage qui ne peuvent être mis en relation avec un déficit sensoriel, avec des troubles moteurs des organes de la parole, avec une déficience mentale, avec des troubles psychopathologiques, avec des carences socio-affectives graves, avec un dysfonctionnement ou une lésion cérébrale évidente. En français, le terme dysphasie continue à n'être utilisé que pour différencier le retard des « troubles spécifiques du langage ». En effet, la dysphasie est un trouble d'organisation du développement du langage oral (Rabeyron, 2008).

- **Tableau clinique de la dysphasie**

Selon Gérard (Gérard, 1991), la dysphasie se définit par l'existence d'un déficit durable des performances verbales, significatif en regard des normes établies pour l'âge, non lié à une déficience intellectuelle, ni un trouble envahissant du développement, ni l'ensemble des déficits évoqués plus haut. Ainsi, la dysphasie est un trouble structurel, spécifique et durable. Bien que plusieurs classifications de la dysphasie aient été proposées (Ajuriaguerra et al., 1958), (Rapin & Allen, 1983), aucune d'entre elles ne fait encore consensus et n'a été adoptée sur le plan international. Certains auteurs souhaitent y inclure tous les troubles de la communication y compris les troubles envahissants du développement et l'autisme (Bishop, 2008), d'autres sont plus restrictifs (DSM IV, CIM 10, (Rapin & Allen, 1983) ; certains voudraient utiliser des critères objectifs permettant d'établir un seuil sous lequel la fonction du langage chez un enfant serait significativement inférieure aux autres aspects de son développement même si celui-ci est affecté (Billard, 2003), d'autres excluent d'emblée la déficience intellectuelle (CIM 10). La taxonomie de Rapin et Allen semble encore celle qui est la plus utilisée par les chercheurs et les cliniciens. Leur classification s'appuie sur une approche neurolinguistique qui permet l'identification des pathologies par l'observation de symptômes 1) touchant les sons et leur organisation à l'intérieur des mots (phonologie) ; 2) se rapportant au vocabulaire de référence (lexique) ; 3) concernant les marques grammaticales modifiant les mots (morphologie) ; 4) se rapportant à l'organisation des mots dans la phrase (syntaxe) ; 5) donnant une signification aux mots du réel (sémantique) ; 6) permettant l'utilisation du langage comme instrument de communication de manière adaptée (pragmatique).

Les causes de la dysphasie restent encore inconnues mais les hypothèses neurodéveloppementales d'origine génétique sont avancées (Bishop, 2009).

- **Prévalence**

Selon Delahaie (Delahaie, 2004), les troubles spécifiques du langage affectent, dans leurs formes sévères, près de 1 % de la population d'âge scolaire.

- **Comorbidité**

Selon Pierart (Pierart, 2008), les divers tableaux sémiologiques révèlent une très fréquente association entre les troubles dysphasiques et l'hyperactivité ainsi que des troubles attentionnels. Beaucoup d'enfants dysphasiques présentent des déficits de coordination motrice, des dyspraxies, et notamment des dyspraxies de la sphère oro-faciale.

- **Soins**

D'après Pierart (Pierart, 2008), l'appétence à la communication chez les enfants dysphasiques est intacte mais les difficultés importantes dont ils témoignent pour s'exprimer et parfois pour comprendre imposent une éducation spécialisée. L'enseignant suivra une méthodologie spécifique et l'enfant bénéficiera de nombreuses interventions orthophoniques/logopédiques¹⁷ et psychomotrices, sous la supervision d'une équipe médicale et psychologique.

¹⁷ La logopédie est une discipline paramédicale traitant des problèmes de communication, ce terme est utilisé dans les pays francophones belges et suisses.

2. Aspects méthodologiques pour l'analyse de l'usage des transports

Nos objectifs étant d'une part d'essayer de délimiter la « population » des personnes en situation de handicap d'ordre mental (en différenciant les handicaps mental, psychique et cognitif), d'autre part de cerner leur usage des transports (pratiques de déplacement et difficultés rencontrées), nous avons choisi dans un premier temps d'utiliser dans la mesure du possible les données de l'enquête HID, puis de compléter les investigations avec une enquête de terrain. L'idée était d'obtenir une image des pratiques de déplacement à l'aide de l'enquête HID puis de les détailler par situation de handicap à l'aide de l'enquête de terrain. Pour les difficultés rencontrées dans l'usage des transports, nous souhaitons compléter l'analyse de la littérature par les recueils de terrain.

2.1 Les handicaps mental, psychique et cognitif dans l'enquête HID

2.1.1 Les déficiences liées aux handicaps d'ordre mental

Dans l'enquête HID, les handicaps mental, psychique et cognitif - au sens où nous les évoquons dans ce rapport - ne peuvent pas être identifiés de manière directe. On peut tout d'abord les repérer par la déclaration des déficiences, en réponse à la question : « Rencontrez-vous dans la vie de tous les jours des difficultés, qu'elles soient physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales ? ».

Le codage final de ces déficiences (pour l'enquête de 1998 auprès des personnes vivant en institutions comme pour l'enquête de 1999 auprès des personnes vivant à domicile) est le résultat d'un travail d'experts (principalement médecins) réalisé à partir des déclarations initiales (sur les déficiences mais également sur les incapacités, dont nous parlons plus loin). On peut constater avec ce codage (voir par exemple sur le tableau 1 pour l'enquête HID 1999) que :

- les déficiences mentales (ou intellectuelles) sont différenciées en trois codes : deux liés au degré du retard mental - de type moyen ou grave (61) ou léger (62) -, plus un pour les cas de retard mental non précisé (67). On retrouve certainement aussi des cas de retard mental dans la catégorie indifférenciée 69, qui inclut des cas de figure pour lesquels la déficience n'a pas pu être précisée. Les consignes de codage - d'après (Roussel, 2006) - étaient de coder en 61 la trisomie 21 et les « arriérations mentales », « sauf si on a une information explicite permettant de dire que le retard mental est léger ».
- les déficiences psychiques sont moins clairement identifiables ; on les retrouve avec les code 65 - pour ce qui est de la dépression - et 68 (« autres troubles psychiques, y compris maladie mentale non classée ailleurs»). Avec le code 64 on retrouve des déficiences proches de celles de l'autisme et des troubles envahissants du développement - pour lesquels la triade « troubles de la communication et du langage, troubles des interactions sociales, et comportements répétitifs » est symptomatique selon le rapport de la HAS (Dhénain, 2010). Les consignes de codage indiquaient de coder en 64 les « troubles mentaux graves » (délire, schizophrénie, autisme, agressivité, toxicomanie), de coder en 65 les « maniaco-dépressifs », de coder en 68 les symptômes isolés (phobies, angoisses) ainsi que les « troubles psychologiques ou relationnels sans connotation de gravité, sans trouble du comportement explicite ». Notons que ce codage associe l'autisme aux troubles psychiques.

- Quant au handicap cognitif, on retrouve avec le code 44 les troubles tels que la dysphasie ou la dyslexie, associés à l'aphasie¹⁸. Par contre, les troubles des acquisitions et des apprentissages sont associés au retard mental léger (62).
- Le code 63 - pertes des acquis intellectuels, troubles de la mémoire, désorientation spatio-temporelle - devait concerner selon les consignes de codage « tout déficit intellectuel secondaire, y compris consécutif à l'alcoolisme, à un traumatisme crânien ou un syndrome frontal » ; dans les cas où des troubles du comportement étaient également identifiés, il fallait aussi coder en 64.
- Le code 66 - pertes de conscience et l'épilepsie - constitue une catégorie à part, non symptomatique d'une déficience spécifique d'ordre mental, psychique ou cognitif.

En résumé, on retrouverait, en essayant de ne retenir que les codifications non ambiguës (et en n'étant donc pas exhaustif sur l'ensemble des déficiences d'ordre mental déclarées) :

- Le handicap mental avec les codes 61 et 67.
- Le handicap psychique avec les codes 63, 64, 65 et 68 (en exceptant l'autisme codé en 64).
- Le handicap cognitif avec le code 44 (et le code 62 bien qu'il intègre le retard mental léger).

Notons qu'avec ces regroupements on perd la notion de « gravité » (même si celle-ci n'était pas toujours très claire avec les codes d'origine). Or si l'on s'intéresse aux conséquences des troubles (notamment sur l'usage des transports), on peut s'attendre à ce que cela soit plus le degré d'atteinte plutôt que la « nature » du handicap qui influe sur la capacité à se déplacer en toute autonomie par exemple.

Ces problèmes liés au codage rendent par ailleurs difficile le calcul de prévalences pour chacun des trois types de handicap qui nous intéressent ici, d'autant plus que le code concernant les déficiences mentales non correctement identifiées (code 69) regroupe une forte proportion des déficiences « d'ordre mental » puisqu'elles représentent plus d'un tiers de ces déficiences. Par ailleurs, on est ici au niveau des déficiences - un même individu pouvant en déclarer plusieurs - et il est nécessaire de refaire des classements individuels en fonction des déficiences cumulées par un individu pour le classer dans une catégorie de handicap (tout en tenant compte aussi des déficiences associées d'autres natures, comme les déficiences motrices par exemple).

Il faut rappeler ici aussi que l'enquête de 1998 en institutions (pour laquelle on donne ici les chiffres des déficiences mentales avec le tableau 2) a été réalisée auprès d'un échantillon d'établissements de différents types, tirés au sort dans la liste des établissements retenus : institutions pour enfants handicapés (handicap intellectuel, handicap moteur, handicap sensoriel), institutions pour adultes (telles que foyers d'hébergement, foyers de vie, maisons d'accueil spécialisé, ...), institutions pour personnes âgées, unités de soins de longue durée des hôpitaux, établissements psychiatriques. Pour chaque établissement un maximum de 8 patients a été tiré au sort. Le taux de refus des établissements a été particulièrement important pour les établissements psychiatriques (17 %). Le pourcentage pondéré donné sur le tableau 2 est le résultat d'un calcul qui permet d'estimer des résultats représentatifs « de l'ensemble de la population des établissements du champ de l'enquête » (certains types d'institutions ne figurant pas dans la liste prédéfinie des établissements du champ de l'enquête).

¹⁸ Le terme *aphasie* désigne la perte partielle ou totale de la faculté de s'exprimer et de comprendre le langage, qu'il soit parlé ou écrit, malgré l'intégrité anatomique et fonctionnelle des organes de la phonation (langue, larynx) et indépendamment de toute atteinte neurologique d'origine sensorielle (sans difficultés d'audition ou de vue). Les causes les plus fréquentes d'aphasie sont la tumeur cérébrale, les traumatismes crâniens ou les accidents vasculaires cérébraux.

Code	Nature de la déficience (recodage experts)	Effectifs (sur 37598 déficiences)	% pondéré
40	Déficience du langage et de la parole		
44	Autre trouble du langage (aphasie, dysphasie, dyslexie, ...)	105	0.2
60	Déficiences intellectuelles et du psychisme		
61	Retard mental (moyen, grave, profond ou sévère)	249	0.3
62	Retard léger, déficience intellectuelle légère, troubles des acquisitions et des apprentissages	182	0.4
63	Perte des acquis intellectuels, troubles de la mémoire, désorientation temporo-spatiale (démences, détérioration, ...)	1377	2.7
64	Troubles du comportement, troubles de la personnalité et des capacités relationnelles	183	0.2
65	Troubles de l'humeur, dépression	840	2.3
66	Pertes intermittentes de la conscience (épilepsie, ...)	161	0.3
67	Autres troubles intellectuels (retard mental non précisé ...)	91	0.1
68	Autres troubles psychiques (y.c. maladie mentale non classée ailleurs ...)	1391	6.8
69	Déficience intellectuelle ou du psychisme non précisée	2309	7.8

Tableau 1 : Codage et proportions des déficiences d'ordre mental, psychique ou cognitif dans l'Enquête HID-1999 auprès des personnes vivant à domicile [16945 individus] - un même individu peut avoir plusieurs déficiences

Code	Nature de la déficience (recodage experts)	Effectifs (sur 46962 déficiences)	% pondéré
40	Déficience du langage et de la parole		
44	Autre trouble du langage (aphasie, dysphasie, dyslexie, ...)	96	0.2
60	Déficiences intellectuelles et du psychisme		
61	Retard mental (moyen, grave, profond ou sévère)	953	1.0
62	Retard léger, déficience intellectuelle légère, troubles des acquisitions et des apprentissages	389	0.4
63	Perte des acquis intellectuels, troubles de la mémoire, désorientation temporo-spatiale (démences, détérioration, ...)	2681	7.5
64	Troubles du comportement, troubles de la personnalité et des capacités relationnelles	1952	2.7
65	Troubles de l'humeur, dépression	911	1.7
66	Pertes intermittentes de la conscience (épilepsie, ...)	527	0.6
67	Autres troubles intellectuels (retard mental non précisé ...)	2504	2.9
68	Autres troubles psychiques (y.c. maladie mentale non classée ailleurs ...)	2193	3.6
69	Déficience intellectuelle ou du psychisme non précisée	829	1.3

Tableau 2 : Codage et proportions des déficiences d'ordre mental, psychique ou cognitif dans l'Enquête HID-1998 auprès des personnes vivant en institutions [15288 individus] - un même individu peut avoir plusieurs déficiences

2.1.2 Les incapacités liées aux handicaps d'ordre mental

En plus des déficiences, le questionnaire HID recueille certaines incapacités, formulées en lien avec les activités quotidiennes. Pour ce qui est des incapacités susceptibles d'aider à l'identification des handicaps d'ordre mental, on peut retenir les items suivants, sans que chaque item pris isolément puisse être considéré de manière certaine comme permettant de détecter un trouble d'ordre mental :

- Les problèmes de cohérence (« converser et se comporter de façon sensée ») avec des questions portant sur : la communication (dont un item fait explicitement référence à l'autisme –

associé à la non communication), la mise en danger d'autrui ou de soi-même par son comportement, le caractère trop agressif ou impulsif attribué à la personne par les autres ;

- L'orientation (« se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux ») avec des questions portant sur : la conscience du moment de la journée, la capacité à retrouver son chemin à l'extérieur ;
- La difficulté à parler (avec un item associant l'autisme à « ne parle pas ») ;
- La consultation pour des troubles psychiques ou mentaux au cours des 3 derniers mois, le type de médecin consulté et l'existence d'un suivi régulier pour ces troubles.

Ces différents items ont été utilisés par le groupe d'experts HID lorsqu'ils ont procédé au recodage a posteriori des déficiences (en modifiant le codage originel des enquêteurs et identifiant d'éventuelles nouvelles déficiences, à partir de l'ensemble des informations disponibles dans le questionnaire rempli).

2.1.3 Les travaux réalisés à partir de HID autour des handicaps d'ordre mental

Plusieurs travaux ont été menés à partir des enquêtes HID à propos des personnes en situation de handicap d'ordre mental, soit pour les personnes en institutions, notamment hospitalisées en établissement psychiatrique (Chapireau, 2002), soit pour les personnes vivant à domicile. Anguis et coll. (Anguis et al., 2003) ont cherché - sans prendre en compte l'identification des déficiences - à caractériser les personnes vivant à domicile qui déclarent consulter régulièrement pour « troubles psychiques ou mentaux ».

Un travail plus approfondi a été mené par Pascale Roussel (Roussel, 2006), qui a cherché à identifier avec l'enquête HID 1999 en ménages les différents groupes de personnes ayant des troubles mentaux, pour ensuite analyser quelles étaient les conséquences de ces troubles en termes de restriction de participation sociale. Elle a analysé la population délimitée par les déficiences mentales en différenciant :

- l'ensemble des personnes déclarant au moins une déficience intellectuelle (identification des déficiences par les codes 61 ou 62 ou 63) : 1 769 personnes, qui représenteraient 1,6 millions de personnes dans la population ;
- l'ensemble des personnes ayant des troubles du comportement, de la personnalité ou d'autres troubles psychiques (codes 64 ou 65 ou 68) : 2 314 personnes, qui représenteraient 4,2 millions de personnes dans la population.
- auxquels s'ajoutent un ensemble de personnes ayant potentiellement des déficiences mentales dont la nature n'est pas clairement identifiée en première analyse dans l'enquête HID.

Pour essayer notamment de différencier ce dernier ensemble de personnes, Pascale Roussel a également exploré les nombreux cas d'individus dont les déficiences étaient mal repérées (codes 69 et 63) en utilisant les codes rajoutés dans l'enquête HID correspondant à la CIM de l'OMS - ces codes ayant été attribués en faisant correspondre les déficiences identifiées pour chaque individu avec les codes de la CIM, à raison au maximum de deux maladies pour un même individu. Cette analyse lui a permis de conclure que plus de 80 % des personnes codées « 69 » relevaient d'une « désignation en termes d'irritabilité et de colère » dans la CIM ; elle a alors fait le choix d'affecter les personnes codées initialement « 69 » dans la catégorie « déficiences psychiques » (avec les personnes codées 64 ou 65 ou 68). Dans la mesure où son objectif était principalement d'examiner les difficultés des personnes ayant des déficiences psychiques, elle a également affecté à cette catégorie les personnes initialement codées à la fois dans le groupe des personnes ayant des déficiences intellectuelles et dans celui des personnes ayant des déficiences psychiques.

Enfin, Pascale Roussel a analysé les incapacités des personnes déclarant des troubles mentaux, à partir de la liste des 42 activités citées dans l'enquête HID, parmi lesquelles sont apparus comme liés aux troubles psychiques les cas de figure suivants : « difficultés à faire sa toilette, à aller aux toilettes ou à sortir de chez elles justifiées par des difficultés psychologiques, difficulté à trouver son chemin (en dehors de troubles visuels), oubli du moment de la journée, ou encore adoption d'une attitude fréquemment agressive, conduisant à se mettre fréquemment en danger, ou à être fréquemment exposé aux critiques de l'entourage ». Cette analyse lui a permis finalement de déterminer, de chiffrer et de décrire 4 groupes de population ayant déclaré des troubles mentaux :

- Les personnes avec déficience(s) psychique(s) et incapacité(s) liée(s) à leurs troubles psychiques : 2,1 millions de personnes,
- Les personnes avec déficience(s) psychique(s) sans incapacité liée à leurs troubles psychiques : 5,7 millions de personnes,
- Les personnes avec déficience intellectuelle et incapacité(s) liées à des troubles psychiques : 730 000 personnes,
- Les personnes avec déficience intellectuelle sans incapacité liée à des troubles psychiques : 430 000 personnes.

2.2 L'enquête de terrain réalisée dans le cadre du projet POTAS

2.2.1 Objectif et méthode

L'objectif de l'enquête était de recueillir des informations sur les pratiques de déplacement et les difficultés rencontrées dans l'usage des transports par les personnes en situation de handicap mental, psychique et cognitif, en différenciant ces types de situations de handicap. Nous avons choisi de recueillir ces informations d'une part par le biais d'entretiens semi-directifs menés auprès de personnes concernées (principalement responsables et membres d'associations, familles, personnes en situation de handicap) et par le recueil de questionnaires distribués avec la coopération des associations rencontrées.

2.2.2 Le questionnaire de l'enquête

Le questionnaire a été conçu pour pouvoir être soit auto-administré, soit rempli avec l'aide d'une autre personne, soit rempli par une autre personne que la personne concernée. Il comportait les parties suivantes :

Identification de la personne (âge, sexe) et de son lieu de vie.

Identification du handicap et des difficultés associées :

Le handicap était identifié en amont par l'appartenance au groupe choisi - l'enquête ayant été conçue pour être passée auprès de groupes pré-identifiés au préalable (personnes autistes, personnes avec un handicap mental, personnes schizophrènes, personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, personnes avec un handicap psychique, ...), mais quelques questions visaient à préciser le handicap :

- « Quel problème de santé, déficience ou handicap avez-vous ? »
- « Depuis quand l'a-t-on diagnostiqué ? »
- « Avez-vous d'autres problèmes de santé » Si oui lequel (Déficience motrice, aveugle, malvoyant(e), sourd(e), malentendant(e), Déficience du langage, Déficience urinaire ou digestive, déficience respiratoire, cardio-vasculaire ou hormonale, Autre)

Une partie spécifique a été conçue pour identifier les éventuelles difficultés rencontrées par la personne en termes de communication, d'apprentissage, de mémorisation, de perception du temps et

de l'espace, et du point de vue émotionnel. La question était « Actuellement, avez-vous des difficultés pour : », suivi d'une liste d'activités et d'aptitudes. Les trois items de réponse proposés (Aucune difficulté, Quelques difficultés, Beaucoup de difficultés) étaient symbolisés par des émoticônes à entourer. La liste des activités était la suivante :

- lire
- écrire
- apprendre une nouvelle tâche
- être seul dans un lieu que vous ne connaissez pas
- être seul dans un lieu où il y a beaucoup de monde
- entrer en contact avec quelqu'un que vous ne connaissez pas
- vous faire comprendre
- comprendre ce qu'on vous dit
- communiquer par des gestes
- mener une conversation
- maîtriser vos émotions
- vous contrôler
- respecter des règles
- prendre des initiatives
- savoir à quel moment de la journée on est
- savoir où vous vous trouvez
- garder des choses en mémoire
- vous concentrer
- réagir à un événement imprévu

Recueil des pratiques de déplacement :

L'objectif était d'identifier les déplacements habituels réalisés par la personne. Après l'identification de l'activité (travail, études, retraite, chômage, ...), étaient demandés : le lieu éventuel du travail ou de l'école, la durée hebdomadaire de travail, le nombre de trajets domicile-travail ou domicile-école par jour, l'occurrence d'éventuelles consultations médicales régulières, l'occurrence d'éventuelles activités régulières. Puis venaient, pour chacun des trajets identifiés : le(s) moyen(s) de transport utilisé(s) (A pieds, Bus, Tramway, Métro, Voiture que je conduis, Voiture comme passager, Transport spécialisé, Vélo, Moto/scooter, Train) ainsi que la durée du trajet (et ce pour l'aller et pour le retour). Puis Pratique/non pratique de la conduite (ou arrêt), utilisation des transports spécialisés, des TC (Transports en Commun) ordinaires.

Gêne dans les déplacements :

Les questions HID ont été reprises pour les questions portant sur la gêne :

- Etes-vous gêné par votre problème de santé lorsque vous conduisez ?
- Etes-vous gêné(e) par votre problème de santé quand vous utilisez les transports en commun ?
- Dans vos déplacements hors de votre lieu de vie, êtes-vous gêné(e) par votre problème de santé ? [réponse unique parmi : Non je ne suis pas gêné(e) / Oui je suis gêné(e) mais je n'ai pas besoin d'être accompagné(e) / Oui je suis gêné(e) et j'ai besoin d'être accompagné(e) sur certains trajets / Je ne peux pas me déplacer seul(e).]

Difficultés rencontrées lors des déplacements en autonomie dans les TC :

Les difficultés rencontrées ont été identifiées par la question « Lors de vos déplacements seul(e) en bus/tramway ou métro, rencontrez-vous des difficultés pour : », suivie d'une liste d'activités liées à l'usage des TC, et avec les émoticônes de réponses correspondant à Aucune difficulté / Quelques difficultés / Beaucoup de difficultés. La liste des activités était la suivante :

- Repérer un lieu dans un plan de ville
- Repérer une station dans un plan de métro

- Choisir le mode de transport approprié à votre destination
- Calculer le temps de trajet à partir d'un horaire de bus
- Comprendre un horaire de bus
- Savoir par quel chemin vous rendre à l'arrêt de bus
- Vous rendre à l'arrêt de bus à l'horaire indiqué
- Identifier la direction finale du bus que vous devez prendre
- Repérer l'arrêt de bus
- Choisir le bon côté de la route pour accéder à l'arrêt de bus
- Choisir le bon quai pour prendre le métro
- Savoir le temps restant à attendre à l'arrêt
- Monter dans le bon bus
- Utiliser un distributeur automatique de tickets
- Acheter des tickets à un guichet
- Souscrire un abonnement pour vous déplacer
- Savoir comment et où valider votre ticket dans le métro
- Repérer où en est le bus dans son trajet
- Reconnaître à quel arrêt vous devez descendre
- Savoir à quel moment demander l'arrêt du bus
- Eviter les dangers potentiels
- Demander de l'aide en cas de problème

Enfin, deux questions ont été ajoutées à propos de l'anxiété ressentie dans les TC :

- « Vous arrive-t-il de vous sentir anxieux(se) lorsque vous vous déplacez en bus/tramway ou métro ? » (Oui je me sens toujours anxieux(se) / Oui, je me sens parfois anxieux(se) / Non, je ne me sens jamais anxieux(se))
- « Inscrivez une croix dans la case correspondant à une situation qui vous rend anxieux(se) » (Quand vous utilisez les distributeurs automatiques de tickets / Quand le bus dans lequel vous êtes change d'itinéraire de manière imprévue / Quand il y a beaucoup de monde dans le bus / Quand vous empruntez les souterrains pour prendre le métro / Quand vous attendez le bus / Autres situations, lesquelles ...)

A la fin du questionnaire, les personnes avaient la possibilité de rajouter des informations ou commentaires par l'intermédiaire d'une question ouverte. Elles étaient invitées aussi, si elles le souhaitaient, à laisser leurs coordonnées pour un entretien plus approfondi.

2.2.3 Les associations rencontrées et les données recueillies

Des contacts ont été lancés avec près d'une vingtaine d'associations en région lyonnaise, certaines étant des antennes locales d'associations nationales. Finalement, ces contacts ont abouti réellement pour 6 associations, auprès desquelles nous avons distribué des questionnaires et/ou réalisé des entretiens. Nous avons également commencé à travailler avec un psychologue clinicien ayant des patients schizophrènes. La liste des associations et des personnes avec lesquelles nous avons travaillé est donnée en annexe de ce rapport (Annexe 3).

Le bilan des recueils est le suivant :

Pour les personnes en situation de handicap mental : deux rencontres ont eu lieu avec deux personnes responsables de l'ADAPEI du Rhône. La première rencontre a eu pour objet de présenter le projet, recueillir un point de vue sur la question du handicap mental et de l'usage des transports, obtenir un accord pour la diffusion du questionnaire. Le questionnaire a ensuite été transmis à l'association par mail, ses responsables ayant choisi de le diffuser eux-mêmes. Le questionnaire a été

transmis à deux ESAT¹⁹ dépendant de l'association, accueillant des « travailleurs handicapés » atteints de déficiences intellectuelles, puis rempli par 194 de ces personnes, avec l'aide de plusieurs moniteurs encadrants ; 3 entretiens (dont deux par téléphone) ont ensuite été menés auprès de personnes ayant rempli les questionnaires et accepté de laisser leurs coordonnées (personne concernée ou parent). La deuxième rencontre avec les responsables de l'association a eu pour objet de faire un bilan des données recueillies et des résultats obtenus.

Pour les personnes atteintes d'autisme : un entretien a été mené avec la présidente de l'association « Autistes dans la cité », de Saint-Etienne, qui s'est chargée ensuite de diffuser le questionnaire auprès des adhérents de l'association. Nous avons reçu en retour 6 questionnaires remplis, dont les données ont été complétées par des échanges (par mail avec 3 des répondants et par un entretien par téléphone auprès d'un autre).

Pour les personnes en situation de handicap psychique : un entretien a été mené avec la présidente de la délégation du Rhône de l'UNAFAM, puis les questionnaires ont été diffusés aux adhérents de l'association. Nous avons récupéré en retour 3 questionnaires remplis.

Pour les personnes atteintes de schizophrénie : un entretien a été mené avec un psychologue clinicien recevant en consultation des personnes atteintes de schizophrénie. Par contre, nous n'avons pas eu de retours des questionnaires qu'il devait diffuser à certains de ses patients.

Pour les personnes atteintes de dysphasie : un entretien a été mené avec le président de l'association « Avenir dysphasie », située à Bron (Rhône). Nous avons ensuite présenté le projet au cours de l'AG annuelle de l'association et fourni en format papier le questionnaire, qui été diffusé également par mail par le président de l'association. Nous avons reçu en retour 4 questionnaires remplis, et un entretien a été mené par téléphone auprès d'une personne ayant rempli le questionnaire.

Pour les personnes atteintes de dyspraxie : le questionnaire a été transmis à la présidente de l'association « 123dys », qui assistait à l'AG de l'association « Avenir dysphasie ». Nous avons reçu en retour 2 questionnaires remplis, et un entretien concernant une personne dyspraxique a été réalisé.

Pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : un entretien a été mené avec le président de l'association « France Alzheimer » de Lyon. Par contre, la diffusion du questionnaire envisagée dans un premier temps par l'intermédiaire des bénévoles recevant les familles n'a finalement pas pu être réalisée.

Ce travail de recueil qualitatif, complémentaire du travail d'exploitation des grandes enquêtes, aurait nécessité un temps plus long pour disposer de davantage de matériel d'analyse. Néanmoins, malgré ses limites et son caractère inégal pour les différentes catégories de handicap considérées, il nous a permis de poursuivre l'exploration des pratiques de déplacement.

¹⁹ Depuis la loi de février 2005, l'appellation ESAT désigne les Etablissements et Services d'Aide par le Travail - auparavant nommés les Centres d'Aide par le Travail (CAT) - qui accueillent pour les faire travailler, avec un soutien médical et social, les personnes handicapées ne pouvant pas être accueillies dans un autre contexte de travail.

3. Les personnes en situation de handicap mental, psychique ou cognitif et l'usage des transports

Nous avons vu dans la partie précédente que le handicap mental, le handicap psychique et le handicap cognitif sont des catégories qui ont été construites notamment avec pour argument qu'elles reflètent des réalités et des situations différentes, qu'il importe de ne pas confondre si l'on souhaite tenir compte de la spécificité de l'impact de ces handicaps sur la participation sociale des personnes concernées, afin de mettre en œuvre les mesures nécessaires à leur intégration.

Parmi les facteurs influant sur la participation sociale, l'usage (ou le non usage) des transports constitue un élément clé. Or les pratiques de déplacement des personnes en situation de handicap d'ordre mental sont encore relativement peu connues, a fortiori si l'on cherche à distinguer les handicaps mental, psychique et cognitif. La loi de février 2005 rendant obligatoire les mesures destinées à rendre les transports accessibles aux personnes en situation de handicap, il est crucial de connaître les pratiques de déplacement de ces personnes et les difficultés qu'elles rencontrent afin de fournir à l'usage des exploitants des recommandations adaptées.

L'objet du travail entrepris dans le cadre de ce projet de recherche était donc de faire le point sur les différentes composantes de cette question de l'usage des systèmes de transport par les personnes en situation de handicap mental, psychique ou cognitif : comment ces personnes se déplacent-elles ? quelles sont précisément les difficultés qu'elles rencontrent ? ; ces difficultés sont-elles communes entre les différents types de handicap d'ordre mental ? ; quelles sont les pistes qui peuvent être envisagées en termes de solutions pour pallier ces difficultés ?

Nous dressons ici tout d'abord un bref historique de la prise en compte des difficultés rencontrées dans les transports par les personnes ayant des déficiences d'ordre mental, en décrivant également les connaissances apportées par les travaux successifs qui ont été réalisés.

Nous examinons ensuite la question des pratiques de déplacement et des difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap d'ordre mental au travers des données de l'enquête HID réalisée en 1999 auprès des personnes vivant à domicile. L'objectif est pour cette partie d'une part de dresser à l'aide de ces données une typologie des personnes ayant des difficultés d'ordre mental dans la population française, d'autre part de décrire les spécificités ainsi que les pratiques de déplacement et les difficultés rencontrées, pour chacun des sous-ensembles identifiés de ces personnes, dont on verra qu'ils sont fortement déterminés par l'âge.

Cette même question des pratiques et des difficultés est ensuite complétée par les résultats de l'enquête de terrain que nous avons effectuée dans le cadre de ce projet sur la région lyonnaise, pour les types de handicap que nous avons pu aborder.

A la suite de ces différentes analyses, nous dressons un bilan détaillé des difficultés rencontrées et des pistes de solutions envisageables. Ce bilan est réalisé en différenciant les situations (trajet habituel ou non habituel) qui déterminent le type de difficultés.

3.1 L'émergence lente de la prise en compte des difficultés d'utilisation des moyens de transport par ces personnes

L'existence de difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap d'ordre mental dans l'usage des systèmes de transport est connue depuis longtemps en France, mais leur prise en compte concrète, qui passe d'abord par une analyse de ces difficultés afin de déterminer quelles sont les solutions à mettre en place pour les résoudre, a pris et prend encore du temps. Nous décrivons

brièvement ici le cadre d'émergence des trop rares travaux examinant cette question dans les vingt-cinq dernières années, ainsi que leurs résultats.

Alors que la question du déplacement et de l'accès aux moyens de transport collectif des personnes présentant des incapacités motrices ou sensorielles a été traitée politiquement dès les années soixante (Sanchez, 1989), il faut attendre 1984 pour que la question soit sérieusement abordée pour les personnes ayant un handicap d'ordre mental (Velche, 2005). Notons toutefois une première tentative d'évaluation de l'utilisation du train par ces personnes réalisée l'année précédente par un cabinet d'études spécialisé dans le transport (MOUVEMENT-SNCF, 1983).

En l'absence d'une réflexion politique sur les aménagements à réaliser, la possibilité pour les personnes en situation de handicap d'ordre mental de se déplacer de manière autonome dans les réseaux de transport reposait auparavant essentiellement sur les initiatives des familles ou des professionnels, prises au niveau local.

C'est dans le cadre du COLITRAH²⁰ que la question est posée pour la première fois aux transporteurs par le représentant de l'UNAPEI²¹, Michel Hermelin, qui se voit répondre par ceux-ci « dites-nous ce que nous devons faire ! ». Devant l'impossibilité de fournir une réponse précise après consultation de nombreux adhérents de son association, Michel Hermelin, par ailleurs salarié de l'IAURIF²², est missionné par le COLITRAH pour mener une investigation systématique des difficultés particulières rencontrées par les personnes présentant une déficience intellectuelle, en y associant des représentants d'organismes de transport terrestres (SNCF et RATP), un représentant de l'AFNOR²³ intéressé par la question de l'accessibilité et un chercheur spécialisé sur les conséquences de déficiences intellectuelles, cognitives ou psychiques, salarié du SNAPEI²⁴.

La première étape de cette investigation consista en une observation en réel de l'utilisation de moyens de transport dans le cadre de trajets multimodaux en région parisienne (Hermelin et al., 1986). De cette expérimentation il résulta une série de constats : une réelle difficulté à comprendre la logique adoptée par les transporteurs (logiques différentes d'un mode à l'autre) dans la présentation des documents d'information (plans, descriptifs du service), dans la signalétique (modalités d'attribution des noms de stations, pictogrammes, fléchage, indications de cheminement...), dans l'indication des dessertes des véhicules de transport (train, tramway, bus, car) ; une lenteur supérieure à la normale dans la prise de décision, de grandes hésitations et un sentiment d'insécurité maximal (selon l'environnement trop grand ou trop étroit, sur des escalators ou tapis roulants), parfois en alternance avec une grande passivité ou un suivisme d'autres voyageurs sans sens critique ; une mauvaise stratégie de recherche de l'information allant de pair avec une forte sensibilité aux distracteurs tels que la publicité, certaines annonces sonores ; un défaut de maîtrise de la compréhension des informations écrites dépassant la dizaine de lettres (évidemment aggravée par les abréviations) ; une forte labilité des acquisitions liée à une mémorisation peu fiable et mal organisée ; et enfin une perte totale de repères lors de la survenue d'incidents de parcours (arrêts déplacés, obligation de quitter le véhicule dans des conditions exceptionnelles, erreurs de trajet décelées trop tard).

De ces observations a été déduite la nécessité de préparer sérieusement les déplacements autonomes avec les personnes présentant ce type de handicap, notamment en respectant leurs préférences en matière de mode de transport et de trajet (un trajet plus long mais mieux connu peut

²⁰ Comité de liaison pour le transport des personnes handicapées, institué en 1977 par le ministère chargé des transports pour faciliter les échanges entre les différents acteurs concernés ; il a été regroupé en 1999 avec le COLILOH (Comité de liaison pour l'insertion des personnes handicapées ou dépendantes dans la ville et l'habitat) pour former le COLIAC (Comité de liaison pour l'accessibilité des transports, du cadre bâti et du tourisme).

²¹ Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales.

²² Institut d'Aménagement et d'Urbanisme de la région d'Île-de-France, organisme d'études urbaines placé sous la tutelle du Conseil Régional d'Île de France.

²³ Association française de normalisation.

²⁴ Syndicat national des associations de parents d'enfants inadaptés gestionnaires d'établissements et services.

être plus sûr pour eux qu'un autre plus direct mais totalement inconnu). Il est également apparu que la redondance des informations selon des média différents (écrit, pictogramme, annonce verbale, code couleur...) pouvait être un facteur facilitant, à condition de maintenir une cohérence. En mettant l'accent sur les difficultés de ces personnes, les ruptures de signalétique apparaissent très fréquentes quels que soient les modes de transport. En conséquence, l'amélioration de la continuité signalétique serait une condition préalable à une amélioration de l'accès de cette population handicapée à un déplacement autonome, mais servirait aussi aux autres voyageurs.

Parallèlement à cette observation, plusieurs voies de recherche ont été explorées : une exploration des représentations de l'espace et des modalités de codage de l'information par des voyageurs ne maîtrisant pas l'écrit (Velche & Goledzinovski, 1989) ; une étude sur les préférences en matière de modes de déplacement (plutôt le bus que le métro) chez des travailleurs handicapés de CAT (ADAPEI et al., 1985) ; une revue de littérature et des entretiens qui permettent de poser l'hypothèse que l'essentiel de la spécificité des problèmes rencontrés par les personnes ayant un handicap d'ordre mental tient à la multiplicité des incapacités, plutôt qu'à un type donné de difficulté (MOUVEMENT, 1987).

Ensuite, une série de projets de recherche ont exploré la question de la prise d'information, et en particulier les opportunités offertes par les pictogrammes utilisés par les transporteurs pour guider les voyageurs ou indiquer des services. Ce travail consistait en une évaluation de la compréhension de messages usuels en matière d'information des voyageurs, en en faisant varier la forme (pictographique, écrite, vocale...) ainsi que l'environnement (pictogrammes sur carte, photos de panneaux montrant leur contexte environnemental, lecture de panneau en site réel). Réalisée auprès de personnes de tous niveaux d'autonomie, cette investigation montre que, contrairement à ce que le sens commun pourrait faire penser, la lecture de pictogrammes ne se fait facilement que lorsque le dessin représente un objet concret unique, ou lorsque l'environnement peut renforcer le message. Au-delà, le niveau d'accès à l'information est strictement parallèle au niveau de maîtrise de la lecture (Velche, 1991).

Plus récemment, un projet de recherche a permis d'observer les difficultés rencontrées par des personnes ayant différents types de handicap, dont des déficiences intellectuelles, dans et autour de la Gare de Lyon à Paris avec la consigne de passer d'un mode de transport à un autre, au cours de plusieurs expérimentations. Les observations montrent que les informations nécessaires sont si mal présentées dans cet espace complexe que même les voyageurs sans handicap (au moins temporairement) sont dans l'impossibilité d'aider ces personnes lorsqu'elles ne parviennent pas à s'orienter elles-mêmes. Les personnes ayant un handicap d'ordre mental ajoutent à la difficulté en se refusant de demander de l'aide à d'autres, y compris parfois les employés des sociétés de transport. De plus des phobies interfèrent avec leurs possibilités de gérer la prise d'information (Sanchez & Velche, 1996).

Enfin, pour une première fois, à la demande de la Direction Générale Emploi et Affaires sociales de l'Union Européenne, une recherche internationale a porté sur les conditions d'amélioration de l'accès des personnes ayant un handicap d'ordre mental aux transports collectifs dans plusieurs pays membres : Grèce (Naniopoulos & Nalmpantis, 2005), Irlande (Kennedy Grimes, 2005), Royaume-Uni (Tricker & Barham, 2005), Suède (Grönvall et al., 2005) et France (Velche, 2005). La méthodologie prévoyait un état des lieux des dispositifs nationaux et des enquêtes auprès des usagers handicapés et des autorités de transport pour collecter les expériences réalisées dans ce domaine. Un questionnaire commun devait être rempli, suite à ces investigations. Outre les contributions nationales, une revue de littérature (Barham & Finnegan, 2005) et un travail de synthèse (Barham, 2005a), (Barham, 2005b), (Barham, 2005c) ont été réalisés. Ce travail a montré le peu d'avancées réalisées en faveur des personnes ayant ce type de handicap, mais une grande diversité de solutions à apporter, de l'accompagnement humain aux outils utilisant les technologies les plus avancées. A la

suite de ce travail et pour diffuser ses résultats, deux documents ont été publiés : au niveau national une « fiche de cas », par le Certu (Velche, 2007) et au niveau international une brochure de synthèse, par l'OCDE (OCDE/FIT, 2009).

Beaucoup reste à faire, notamment, en France, dans la perspective de l'application de la loi de 2005. Le présent travail devrait y contribuer.

3.2 Spécificités, pratiques et difficultés des groupes de personnes ayant des déficiences d'ordre mental, avec HID-1999

3.2.1 Identification de la population des personnes ayant un handicap d'ordre mental

3.2.1.1 Dénombrement des personnes ayant un handicap d'ordre mental avec l'enquête HID

Nous avons évoqué dans le chapitre méthodologique (2.1) la manière dont les déficiences d'ordre mental sont repérées et codées dans l'enquête HID. Si l'on s'intéresse aux personnes pour lesquelles des déficiences d'ordre mental ont été identifiées²⁵, on trouve 5 947 individus vivant en ménage ordinaire (soit en données pondérées 9 085 261 personnes et 16 % de la population générale) et 10 103 individus vivant en institutions (soit 62 % des individus dans les institutions du type de ceux de l'enquête, rapportés à la population générale de ce type d'établissements). Il est logique que dans les institutions de l'enquête HID-1998 une majorité de personnes déclarent des déficiences, a fortiori d'ordre mental, puisqu'il s'agit d'un ensemble d'établissements comprenant notamment des institutions pour enfants ayant un handicap intellectuel, des institutions pour personnes âgées, ainsi que des établissements psychiatriques.

Par ailleurs les personnes enquêtées peuvent avoir plus d'une déficience d'ordre mental. Le tableau 3 donne la répartition des personnes ayant des déficiences d'ordre mental, en fonction du nombre de déficiences qu'elles ont déclarées, ou bien qui ont été identifiées. Une grande majorité des personnes n'ont qu'une déficience d'ordre mental, mais quelques personnes ont cependant plusieurs de ces déficiences, de manière plus fréquente pour les personnes en institutions.

Nombre de déficiences d'ordre mental	Personnes ayant des déficiences d'ordre mental			
	HID 1999 - ménages		HID 1998 - institutions	
	Effectif	% pondéré	Effectif	% pondéré
1	5 090	92,6	7 786	80,6
2	787	6,6	2 046	17,4
3	69	0,9	260	1,9
4	1	0	11	0,1
Total	5 947	100	10 103	100

Tableau 3 : Nombre de déficiences d'ordre mental identifiées par personne (enquêtes HID)

En différenciant les déficiences mentales uniques et les déficiences mentales cumulées, et en ne s'intéressant qu'aux déficiences ou cumuls de déficiences les plus fréquents (en données pondérées), les personnes ayant des déficiences d'ordre mental se répartissent comme indiqué sur le tableau A1.1 pour les personnes vivant à domicile, et le tableau A1.2 pour les personnes vivant en institutions (Annexe 1).

²⁵ C'est-à-dire qui pour lesquelles a été (ou ont été) déclarée(s) ou repérée(s) une ou plusieurs déficiences parmi les codes HID 44, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69.

Pour les personnes vivant en ménages (tableau A1.1), les catégories les plus fréquentes sont malheureusement celles les moins bien définies, relevant de la déficience intellectuelle en premier lieu, puis des troubles psychiques. Les troubles de l'humeur et la dépression sont ensuite les déficiences les plus répandues, à quasi égalité avec les troubles du type « perte des acquis intellectuels, troubles de la mémoire, désorientation temporo-spatiale (démences, détérioration...) » seuls ; si on les repère aussi lorsqu'ils sont associés à d'autres troubles (psychiques, de l'humeur ou intellectuels) parmi les associations les plus répandues, ces derniers troubles concernent en tout plus de 2 % des individus. Nous verrons plus loin que cette observation a un lien avec la question de l'âge.

Pour les personnes vivant en institutions (tableau A1.2), les troubles du type « perte des acquis intellectuels, troubles de la mémoire, désorientation temporo-spatiale (démences, détérioration...) » sont de très loin les plus répandus.

Concernant la distinction des handicaps d'ordre mental en : handicap mental, handicap psychique et handicap cognitif, nous avons vu (partie 2.1.1) qu'il n'était pas facile de les distinguer ainsi avec l'enquête HID. On peut néanmoins observer que le handicap psychique est de très loin le plus répandu, même si la fréquence des deux autres types est sous-estimée.

3.2.1.2 Déficiences d'ordre mental et autres types de déficiences

Les déficiences d'ordre mental sont très souvent associées à d'autres types de déficiences.

C'est le cas pour plus de 62 % des individus pour lesquels a été identifiée au moins une déficience d'ordre mental, d'après l'enquête HID réalisée en 1999 auprès des ménages. Le tableau A1.3 montre que parmi les déficiences associées les plus répandues (pour les individus vivant en ménages), on trouve les déficiences motrices et/ou les déficiences viscérales ou métaboliques. Les déficiences auditives sont aussi assez souvent associées aux déficiences mentales, seules ou en association avec les déficiences motrices et/ou les déficiences viscérales ou métaboliques ; c'est le cas également, de la même façon, pour les déficiences visuelles, mais de manière un peu moins fréquente.

Pour ce qui est des personnes vivant en institutions, d'après l'enquête HID-1998, 79 % des personnes ayant au moins une déficience d'ordre mental ont aussi une déficience associée d'un autre type. Le tableau A1.4 montre que parmi les déficiences associées les plus répandues, on trouve les troubles du langage, ainsi que les déficiences viscérales ou métaboliques, que l'on retrouve aussi associées aux déficiences motrices. Le cumul de plus de 2 déficiences associées est fréquent et les déficiences auditives apparaissent également dans les déficiences associées, un peu plus fréquemment que les déficiences visuelles.

3.2.1.3 Identification des personnes ayant un handicap d'ordre mental et âge

Il existe un lien entre la présence de déficiences d'ordre mental et l'âge. Le tableau 4 montre qu'il existe une différence significative dans l'enquête HID, entre la répartition en termes d'âge des personnes ayant des déficiences d'ordre mental et celles des personnes n'ayant aucune déficience.

Par définition, il existe un lien fort entre la nature des troubles liés aux déficiences d'ordre mental et l'âge. En effet, certaines déficiences (comme par exemple celles liées aux démences de type Alzheimer) apparaissent majoritairement à un âge avancé. Par ailleurs, du fait de l'évolution des diagnostics d'ordre médical, certaines déficiences apparaissent et/ou sont mieux ou différemment diagnostiquées avec le temps, ce qui fait qu'à un temps t donné et pour une population analysée, toutes les personnes considérées n'ont pas la même probabilité d'être ou d'avoir été diagnostiquées pour certaines déficiences. On peut citer par exemple le cas des troubles « dys » (dysphasie, dyspraxie, ...) qui sont diagnostiqués de manière relativement récente, et en lien avec les apprentissages scolaires notamment. Certaines personnes peuvent donc avoir des déficiences non diagnostiquées ou diagnostiquées différemment, selon leur âge.

HID-1999	Personnes avec déficiences d'ordre mental		Personnes sans aucune déficience		Significativité (test du chi2)
	Effectif	%	Effectif	%	
0 à 9 ans	189	3,2	386	11,1	< 0,0001
10 à 19 ans	291	4,9	340	9,8	
20 à 29 ans	307	5,2	345	10,0	
30 à 39 ans	549	9,2	415	12,0	
40 à 49 ans	880	14,8	420	12,1	
50 à 59 ans	922	15,5	401	11,6	
60 à 69 ans	896	15,1	275	7,9	
70 à 79 ans	1 145	19,3	770	22,2	
80 à 89 ans	606	10,2	107	3,1	
90 à 99 ans	160	2,7	8	0,2	
100 à 109 ans	2	0,0	0	0,0	
Total	5 947	100,0	3 467	100,0	

Tableau 4 : Différence d'âge entre les personnes ayant des déficiences d'ordre mental et les personnes sans déficiences [HID 1999]

Le tableau A1.5 donne les répartitions d'âge pour les déficiences et cumuls de déficiences identifiés plus haut, pour les personnes vivant à domicile. On voit sur ce tableau que :

- La tranche des 40-49 ans est surreprésentée pour les troubles de l'humeur et la dépression ; c'est le cas aussi de la tranche des 50-59 ans, avec d'autres troubles psychiques associés ;
- Les personnes de 70 ans et plus sont surreprésentées pour les déficiences relevant de la « perte des acquis intellectuels, troubles de la mémoire, désorientation temporo-spatiale », qu'elles soient ou non associées à d'autres déficiences d'ordre mental ;
- Les jeunes de 10-19 ans sont surreprésentés pour le retard mental, quel que soit son degré ; c'est le cas aussi pour la tranche des 20-29, lorsque le retard mental n'est pas précisé ;
- Les troubles du langage « (aphasie, dysphasie, dyslexie, ..) » concernent principalement les jeunes enfants (0-9 ans), avec une surreprésentation aussi pour les 80 ans et plus (plutôt des cas d'aphasie ?) ;
- Les catégories les moins précises : « déficiences intellectuelles ou du psychisme non précisées » et « autres troubles psychiques » ne sont pas marquées en termes d'âge (répartitions proches de la répartition de l'ensemble des individus) ; c'est le cas aussi de la catégorie « troubles du comportement, troubles de la personnalité et des capacités relationnelles ».

Le tableau A1.6 donne les répartitions d'âge pour les déficiences et cumuls de déficiences identifiés précédemment, pour les personnes vivant en institutions. On observe sur ce tableau que, comme pour les personnes vivant à domicile, les personnes identifiées comme ayant des troubles intellectuels sont surreprésentées aux âges les plus jeunes. C'est également le cas pour les personnes ayant des « troubles du comportement, troubles de la personnalité et des capacités relationnelles », associés ou non à des troubles mentaux.

Comme nous l'évoquions en introduction de ce paragraphe, les observations sur le lien entre âge et handicap d'ordre mental sont le reflet d'une réalité qui est liée à la nature des troubles mais aussi à leur prise en compte « médico-administrative », selon le terme utilisé par A. Béliard et J.-S Eideliman. Ces auteurs soulignent en effet que « les catégories médico-administratives sur lesquelles repose

aujourd'hui en France la prise en charge des personnes ayant des troubles d'ordre mental sont encore fortement marquées par des frontières entre classes d'âge : aux plus jeunes les handicaps dits mentaux, aux plus âgés les handicaps dits cognitifs, aux âges intermédiaires les handicaps désormais dits psychiques » (Béliard & Eideliman, 2009).

3.2.1.4 Typologie des personnes ayant un handicap d'ordre mental

Nous venons de voir que les personnes ayant des déficiences d'ordre mental peuvent parfois avoir plusieurs types de ces déficiences, qu'elles ont très souvent des déficiences associées et qu'il existe un lien fort entre la nature de la déficience d'ordre mental et l'âge. C'est pourquoi nous avons tenté ici de réaliser une typologie des personnes ayant des déficiences d'ordre mental, en prenant en compte ces différentes caractéristiques.

Les résultats de l'analyse²⁶ que nous avons réalisée sont résumés ici avec le dendrogramme de la CAH (figure A1.1, Annexe 1) et le tableau décrivant chacune des classes obtenues en coupant le dendrogramme en 7 classes (coupure 1 sur la figure A1.1), avec les variables ayant servi à leur construction (tableau A1.7). On constate que la partition de l'échantillon obtenue est construite par les classes d'âge, surtout pour les catégories d'âge les plus élevées. Si on agrège la classe marginale des plus de 100 ans avec la catégorie voisine des 90-99 ans, on obtient une typologie en 6 classes, avec 4 classes qui regroupent les personnes de 60 ans et plus (et se regroupant dans un niveau supérieur de la classification), chacune de ces classes regroupant les personnes d'une même classe d'âge et 2 classes de personnes plus jeunes, moins différenciées pour l'âge :

- Les personnes de 90 ans et plus (1,33 % de l'échantillon en données pondérées), caractérisées par la présence de déficiences du type « perte des acquis intellectuels, troubles de la mémoire, désorientation temporo-spatiale .. » (pour 60 % d'entre elles), et de déficiences associées de tous types (principalement déficiences motrices pour 73 %, déficiences auditives pour 72 %) [classes CL46 et CL1015] ;
- Les personnes de 80 à 89 ans (5,54 % de l'échantillon en données pondérées), ayant à peu près les mêmes caractéristiques en termes de déficiences que la classe des 90 ans et plus, mais dans des proportions moindres : pour 53,5 % d'entre elles des déficiences du type « perte des acquis intellectuels, troubles de la mémoire, désorientation temporo-spatiale .. », pour 66,5 % des déficiences motrices, pour 58,4 % des déficiences auditives [classe CL25] ;
- Les personnes de 70 à 79 ans (11 % de l'échantillon en données pondérées), ayant à peu près les mêmes caractéristiques en termes de déficiences que la classe des 80-89 ans, dans des proportions encore moindres : pour 34,5 % d'entre elles des déficiences du type « perte des acquis intellectuels, troubles de la mémoire, désorientation temporo-spatiale .. », pour 60,4 % des déficiences motrices, pour 43,4 % des déficiences auditives. Ce groupe se distingue aussi par une proportion plus importante que la moyenne des autres groupes de « déficiences intellectuelle ou du psychisme non précisée » [classe CL16] ;
- Des personnes de 60 à 69 ans (pour 91 %) – 11 % de l'échantillon en données pondérées, ayant pour 66 % des déficiences motrices associées, ayant plus que les autres groupes des déficiences du langage du type « aphasie, dysphasie, dyslexie, ... », ainsi que des « troubles de l'humeur, dépression », et des « déficiences intellectuelle ou du psychisme non précisée » [classe CL10] ;
- Des personnes de 20 à 59 ans (principalement : 9 % de 20-29 ans, 19 % de 30-39 ans, 33 % de 40-49 ans, 37 % de 50-59 ans), représentant 49 % de l'échantillon en données pondérées, qui ont plus de « troubles de l'humeur, dépression », plus de « pertes intermittentes de la consciences

²⁶ Analyse des correspondances multiples (AFCM) sur les variables âge, déficiences d'ordre mental, déficiences associées, suivie d'une Classification ascendante hiérarchique (CAH) réalisée avec la méthode de Ward sur les coordonnées factorielles issues de l'AFCM [analyses réalisées sous SAS].

(épilepsie, ..) », d' « autres troubles psychiques », et de « déficiences intellectuelle ou du psychisme non précisée » que les autres groupes [classe CL9] ;

- Des personnes de 0 à 39 ans (principalement : 19 % de 0-9 ans, 31 % de 10-19 ans, 10 % de 20-29 ans, 12 % de 30-39 ans), représentant 22 % de l'échantillon en données pondérées, qui se distinguent des autres groupes parce qu'elles ont plus de déficiences intellectuelles - « retard mental (moyen, grave, profond ou sévère) » pour 26 % d'entre elles, « retard léger, déficience intellectuelle légère, troubles des acquisitions et des apprentissages » pour 20 %, « autres troubles intellectuels (retard mental non précisé) » pour 10 % - ainsi que plus de « troubles du comportement, troubles de la personnalité et des capacités relationnelles » pour 20 % d'entre elles [classe CL7].

Ces deux dernières classes paraissant assez hétérogènes, nous avons essayé de descendre plus bas dans la classification, afin d'identifier les sous-classes dont elles sont constituées.

Le tableau A1.8 donne les caractéristiques des classes de la nouvelle partition obtenue par la coupure du dendrogramme à un niveau divisant l'échantillon en 16 classes (coupure 2 sur le dendrogramme de la figure ?). Parmi ces 16 classes figurent les 4 classes de personnes plus âgées, déjà décrites dans le tableau A1.7 et qui vont se regrouper plus tard que les autres classes sur le dendrogramme. Elles ne sont pas reprises dans le tableau A1.8.

On constate qu'avec cette partition, on retrouve 6 nouvelles classes regroupant chacune des personnes d'une même classe d'âge, chaque fois différente :

- une classe regroupant des personnes de 60-69 ans, ayant un peu plus de « troubles de l'humeur, dépression », et de « perte des acquis intellectuels, troubles de la mémoire, désorientation temporo-spatiale .. » que la moyenne, et un peu plus de troubles non précisés, aussi bien intellectuels que psychiques. Elles ont aussi plus de déficiences motrices ainsi que de déficiences viscérales et métaboliques que la moyenne, et un peu plus de déficiences visuelles et auditives.
- une classe regroupant des personnes de 50-59 ans, ayant également un peu plus de « troubles de l'humeur, dépression » que la moyenne, et un peu plus de troubles non précisés, aussi bien intellectuels que psychiques, ainsi que plus de déficiences motrices et déficiences viscérales ou métaboliques.
- une classe regroupant des personnes de 40-49 ans, ayant également un peu plus de « troubles de l'humeur, dépression » que la moyenne, et un peu plus de troubles non précisés, aussi bien intellectuels que psychiques, ainsi que plus de déficiences motrices.
- une classe regroupant des personnes de 30-39 ans, ayant également un peu plus de « troubles de l'humeur, dépression », et un peu plus de troubles non précisés, aussi bien intellectuels que psychiques, mais pas plus de déficiences associées que la moyenne.
- une classe regroupant des personnes de 20-29 ans, caractérisées par la présence, plus que pour la moyenne, de troubles non précisés, aussi bien intellectuels que psychiques.

Une 7^{ème} classe regroupe des personnes moins homogènes en termes d'âge, mais avec une prédominance des 10-29 ans. Elle est caractérisée par une présence importante de personnes ayant des troubles du type « « retard léger, déficience intellectuelle légère, troubles des acquisitions et des apprentissages » ».

Les 5 autres classes de cette partition sont définies par le type de déficiences d'ordre mental :

- l'une par les troubles du langage du type « aphasie, dysphasie, dyslexie, .. » (dans laquelle on retrouve des proportions plus élevées que la moyenne à la fois de personnes de 0 à 19 ans et de personnes de 60 à 89 ans),

- une autre par le « retard mental (moyen, grave, profond ou sévère) », regroupant des personnes de 10 à 49 ans,
- une autre par les « troubles du comportement, troubles de la personnalité et des capacités relationnelles », regroupant des personnes de 0 à 49 ans,
- une autre par la catégorie « pertes intermittentes de la conscience (épilepsie, ..) » concernant des personnes de 0 à 59 ans,
- et enfin une autre par la catégorie « autres troubles intellectuels (retard mental non précisé) », regroupant des personnes de 0 à 39 ans.

Pour conclure sur cette typologie obtenue sur le sous-échantillon des personnes en situation de handicap d'ordre mental de l'enquête HID-1999, on peut tout d'abord souligner qu'elle reflète avant tout les liens entre l'âge et les déficiences d'ordre mental puisque ce sont ces variables qui expliquent le plus la création des classes les plus « durables » de la CAH. C'est ce que résumant les tableaux A1.9 et A1.10 qui montrent aussi que les autres variables prises en compte au même titre dans l'analyse (les déficiences associées) contribuent moins à la création de ces classes.

Par ailleurs, si l'on observe, à partir des classes définies par une tranche d'âge, les variations des proportions associées aux différents types de déficience (figure A1.2), on constate un accroissement des déficiences du type « perte des acquis intellectuels, troubles de la mémoire, désorientation temporo-spatiale .. » (code 63), à partir de la classe où se retrouvent une grande majorité des 60-69 ans, parallèlement à une baisse des troubles mentaux et psychiques (codes 65, 68 et 69). Cette tranche des 60-69 ans apparaît comme charnière, les 4 dernières classes montrant de plus des taux de déficiences associées importants et croissants (c'est le cas pour les déficiences visuelles, auditives, viscérales ou métaboliques, et les déficiences motrices).

A partir de toutes ces observations, nous avons choisi de définir une typologie des personnes ayant des déficiences mentales, en effectuant des regroupements réalisés sur la typologie qui a été obtenue de manière automatique à partir des variables âge, déficiences d'ordre mental et déficiences associées ; ces regroupements sont définis de la manière suivante :

- Classe 1 : regroupement des classes « des 80-89 ans », « des 90-99 ans », « des 100-109 ans » (CL25 + CL46 + CL1015)
- Classe 2 : regroupement des classes « des 60-69 ans » et « des 70-79 ans » (CL18 + CL16) ;
- Classe 3 : regroupement des classes « des 40-49 ans » et « des 50-59 ans » (CL19 + CL17)
- Classe 4 : classe « des 30-39 ans » (CL26)
- Classe 5 : classe « des 20-29 ans » (CL35)
- Classe 6 : classe « des 0-9 ans » (CL29)
- Classe 7 : classe caractérisée par un « retard mental (moyen, grave, profond ou sévère) » ou une déficience du type « autres troubles intellectuels (retard mental non précisé) » (CL28 + CL57)
- Classe 8 : classe caractérisée par des déficiences du type « retard léger, déficience intellectuelle légère, troubles des acquisitions et des apprentissages » (CL22)
- Classe 9 : classe caractérisée par des déficiences du type « troubles du comportement, troubles de la personnalité et des capacités relationnelles » (CL36)
- Classe 10 : classe caractérisée par des déficiences du type « pertes intermittentes de la conscience (épilepsie, ..) » (CL38)
- Classe 11 : classe caractérisée par des déficiences du type « aphasie, dysphasie, dyslexie, .. » (CL41).

Les groupes obtenus et leurs poids respectifs sont décrits dans le tableau A1.11.

La classe 11 n'est pas du tout homogène puisqu'elle regroupe à la fois de jeunes enfants et des personnes très âgées. Nous avons déjà noté plus haut que cette catégorie (code 44 des déficiences HID) n'était pas très pertinente puisqu'elle regroupait l'aphasie avec les troubles tels que la dysphasie ou la dyslexie. Il sera pertinent de distinguer les sous-groupes d'âge dans cette classe.

Par ailleurs, notre objectif est de décrire les pratiques de déplacement des personnes en situation de handicap d'ordre mental. Sachant que ces pratiques sont fortement liées de manière générale avec l'âge (et l'activité), nous distinguerons par la suite les pratiques en nous appuyant sur la typologie que nous avons construite, mais en différenciant les différents groupes d'âge.

3.2.2 Pratiques des transports par les personnes ayant un handicap d'ordre mental

Dans cette partie portant sur l'usage des transports, nous avons choisi de nous limiter à l'analyse des personnes vivant à domicile et donc de ne pas analyser les personnes en institutions, car les pratiques de ces dernières vis-à-vis des déplacements sont très liées aux établissements dans lesquels elles se trouvent. Nous avons également choisi d'analyser les pratiques de déplacement en fonction de l'âge, cette variable ayant de manière générale une forte influence sur ce type de pratiques. Par ailleurs, les classes d'âge que nous prenons ici en compte découlent de la typologie déterminée dans la partie précédente sur l'ensemble des personnes concernées.

Il y a dans l'enquête HID-1999 en ménages 5 947 personnes ayant des déficiences d'ordre mental, qui représentent 9 085 261 personnes (16 %) de la population générale, en données pondérées. Elles se répartissent en termes d'âge (selon les catégories que nous avons déterminées plus haut), comme indiqué dans le tableau 5.

Personnes de l'enquête HID-1999 en ménages ayant des déficiences d'ordre mental								
Classes d'âge	0-9	10-19	20-29	30-39	40-59	60-79	80 et +	Total
Effectif	189	291	307	549	1802	2041	768	5 947
%	3,2	4,9	5,2	9,2	30,3	34,3	12,9	100,0
% pond	8,2	11,9	9,9	11,0	29,9	21,9	7,1	100,0

Tableau 5 : Classes d'âge retenues pour l'analyse des pratiques de déplacement des personnes ayant des déficiences d'ordre mental

Nous avons montré dans la partie précédente le lien fort qui existe entre ces catégories d'âge et les profils types de déficiences d'ordre mental et de déficiences associées. Par ailleurs, en ce qui concerne la population générale, ces catégories d'âge correspondent également chacune à un profil spécifique de positionnement dans la vie en termes de rôles et d'intégration sociale potentielle, ainsi qu'à des pratiques de déplacements dépendantes de ces rôles : ainsi par exemple un très jeune enfant est dépendant de ses parents et n'est pas autonome dans ses déplacements, un enfant ou un adolescent est susceptible d'avoir à réaliser des trajets scolaires, une personne qui travaille (entre 16 et 65 ans) à des déplacements liés à son activité professionnelle, les personnes qui ne sont pas en activité ont des pratiques de déplacement spécifiques et variables notamment selon leur âge, etc ...

L'analyse des pratiques des personnes en situation de handicap d'ordre mental, en termes d'usage des transports, ne pourra donc être pertinente que si l'on tient compte de ces âges de la vie, qui diffèrent à la fois du point de vue de la nature des déficiences et du point de vue des pratiques de déplacement attendues.

C'est pourquoi nous analysons ci-dessous chacune de ces différentes catégories d'âge du point de vue de la pratique des transports, en détaillant au préalable l'activité professionnelle ou la scolarité ainsi que les capacités utiles dans l'usage des transports identifiées avec les repérages des incapacités dans l'enquête HID. Ceci nous permet également de disposer d'une base de comparaison chiffrée pour notre enquête de terrain. Dans la mesure où nous travaillons ici sur des groupes de petite taille, la variable de pondération est moins fiable. C'est pourquoi nous fournissons sur les tableaux figurant en Annexe 2 et que nous analysons ici, deux pourcentages : les pourcentages observés sur l'échantillon et les pourcentages pondérés correspondants.

3.2.2.1 Les jeunes enfants (0-9 ans)

Les enfants entre 0 et 9 ans représentent environ 3 % (8 % en données pondérées²⁷) des personnes ayant des déficiences d'ordre mental (189 enfants); 24 % (30 %) d'entre eux ont entre 0 et 4 ans et 76 % (70 %) entre 5 et 9 ans, sachant bien sûr qu'il existe un lien entre l'âge et le diagnostic de la déficience d'ordre mental et que ce lien varie selon le type de déficience.

Les tableaux suivants, figurant en Annexe 2, donnent les caractéristiques de ces enfants : Tableau A2.1, Tableau A2.2, Tableau A2.3, et Tableau A2.4.

Par rapport à la typologie décrite dans le Tableau A1.11 (Annexe 1), ces jeunes enfants se retrouvent très majoritairement, pour 80 % d'entre eux (94 %), dans la classe 6 de la typologie, qui regroupe les enfants ayant principalement des troubles mentaux et des troubles du langage. Les autres se répartissent sur la classe 7 (qui concerne également les troubles mentaux), la classe 9 (troubles du comportement et des capacités relationnelles), la classe 10 (épilepsie) et la classe 11 (aphasie, dyslexie, dysphasie).

Si l'on s'intéresse aux incapacités susceptibles d'être handicapantes dans l'usage des transports, on constate tout d'abord que, même s'ils n'ont pas tous des difficultés à parler puisque parmi eux 52 % (74,5 %) n'ont pas cette incapacité, ces jeunes enfants sont cependant assez nombreux à avoir ce type d'incapacité, puisque 27 % (17,3 %) d'entre eux ont beaucoup de difficultés à parler. Par comparaison, aucun des enfants de l'enquête HID-1999 de la même tranche d'âge qui n'ont pas de déficiences identifiées n'a de difficulté à parler, mais il faut préciser que les experts chargés du recodage des déficiences ont utilisé l'information fournie par certaines questions portant sur les incapacités pour ajouter de nouvelles déficiences, de sorte qu'une personne ayant une difficulté de langage sera systématiquement codée dans HID comme ayant une déficience d'ordre mental.

En ce qui concerne la communication avec les autres personnes, 25 % (2,3 %) des enfants de 5 à 9 ans ayant des déficiences d'ordre mental ont des difficultés à communiquer.

Pour ce qui est des capacités/incapacités liées à la sortie du domicile, 15,6 % (1,9 %) des enfants de 5 à 9 ans ayant des déficiences d'ordre mental ne sortent jamais sans l'aide de quelqu'un en raison de difficultés psychologiques, émotionnelles ou psychiques. Par ailleurs, pour trouver leur chemin quand ils sortent, 5 % (0,7 %) de ces enfants ont toujours besoin de quelqu'un pour les guider, 2 % (0,2 %) sont parfois perdus ou ont besoin d'aide, 5 % (1,4 %) n'ont pas de difficulté pour trouver leur chemin mais à condition de toujours faire le ou les mêmes trajets.

Parmi les 126 enfants de 6 ans et plus ayant des déficiences d'ordre mental, si l'on se base sur les données observées (non pondérées) : 37 % lisent couramment, 27 % lisent avec des difficultés, 36 % ne savent pas lire. Ces proportions sont à comparer avec les proportions des mêmes items que nous avons calculées pour les enfants de l'enquête HID-1999 ayant le même âge, mais qui n'ont pas de déficiences déclarées ou identifiées : ces proportions sont respectivement de 63 %, 12 % et 25 % (en pourcentages pondérés, qui sont très proches des pourcentages non pondérés). De la même

²⁷ Les pourcentages donnés entre parenthèses par la suite correspondent aux données pondérées.

manière, en ce qui concerne l'écriture : 31 % des enfants de 6 ans et plus ayant une déficience d'ordre mental savent écrire sans difficulté, 33 % savent écrire mais avec quelques difficultés, 36 % ne savent pas écrire ; ces proportions sont respectivement de 62 %, 14 % et 24 % pour les enfants du même âge n'ayant pas de déficiences. Enfin, 46 % savent compter sans difficulté, 23 % savent compter mais avec quelques difficultés, 31 % ne savent pas compter, tandis que ces proportions sont respectivement de 66 %, 9 % et 25 % pour les enfants de la même tranche d'âge n'ayant pas de déficiences. Ainsi, alors que près des deux tiers des enfants de 6 à 9 ans qui n'ont pas de déficiences savent lire, écrire et compter sans difficulté, seuls 35 à 40 % des enfants de 6 à 9 ans ayant des déficiences d'ordre mental seraient dans ce cas.

En ce qui concerne leur scolarité, une très forte majorité de ceux qui sont en âge d'être scolarisés le sont. Pour les enfants scolarisés, la plupart le sont dans une classe ordinaire, une plus faible proportion dans une CLIS²⁸, les autres étant scolarisés soit dans un établissement spécialisé de l'Éducation Nationale (EREA, ENP²⁹), soit dans un établissement spécialisé des ministères de la Santé ou des Affaires Sociales (IMP, IMPRO³⁰, établissements socio-éducatifs, établissements sanitaires,...).

Parmi les enfants qui sont scolarisés dans des établissements spécialisés (24 enfants), selon la terminologie du questionnaire HID-1999 : plus de la moitié (14 enfants) sont, dans des « établissements pour déficients intellectuels », 3 sont dans des « établissements pour polyhandicapés », 2 sont dans des « établissements pour infirmes moteurs », 2 sont dans des « établissements pour déficients auditifs », 1 en « institut de rééducation », 1 en « établissement pour déficients visuels » et 1 dans un « autre établissement spécialisé ».

Sur l'ensemble des enfants scolarisés (quel que soit le type d'établissement), la majorité d'entre eux sont externes, certains sont demi-pensionnaires et très peu sont internes.

En ce qui concerne le trajet scolaire des enfants scolarisés (quel que soit le type d'établissement), une assez faible proportion (20 % (1,6 %)) bénéficie d'une « aide financière liée à un handicap ou problème de santé pour le trajet scolaire quotidien » et une proportion encore plus faible (14,4 % (1,4 %)) bénéficie pour le trajet scolaire « d'un service de transport spécialisé pour personnes à mobilité réduite ».

Le questionnement sur les déplacements de l'enquête HID-1999 concernait toutes les personnes de 6 ans et plus. A la question portant sur la gêne (« Dans vos déplacements hors de votre domicile³¹, êtes-vous gêné(e) du fait d'un handicap ou d'un problème de santé ?») posée pour les 126 enfants de 6 ans et plus de l'échantillon des personnes ayant des déficiences d'ordre mental, il a été répondu 30 fois (soit pour 24 %) que la question était sans objet parce que l'enfant était trop jeune (ces 30 enfants se répartissant de manière à peu près uniforme entre 6, 7, 8 et 9 ans). Pour les 96 autres enfants : 62 % n'ont pas de gêne dans leurs déplacements hors du domicile et 5 % peuvent se déplacer seuls sur certains itinéraires, tandis que 32 % ne peuvent se déplacer seuls. Par comparaison, les enfants n'ayant pas de déficiences identifiées n'ont pas de gêne dans leurs déplacements, pour 89 % d'entre eux, le reste (11 %) étant déclarés trop jeunes pour qu'une réponse soit apportée à la question (et étant pour la moitié d'entre eux des enfants de 6 ans).

En ce qui concerne l'accès aux transports, à la question « Avez-vous accès à un service de transport spécialisé pour personnes à mobilité réduite ? », une forte majorité des répondants déclarent qu'ils n'en ont pas besoin. A la question « Pouvez-vous accéder aux transports en commun ordinaires ? », une majorité, 75 %, répondent « oui, sans difficulté », mais 9 % répondent « oui, avec difficulté » et

²⁸ Classe d'Intégration Scolaire (classe spéciale en école maternelle ou primaire).

²⁹ Les EREA (Établissements Régionaux d'Enseignement Adapté) sont les anciens ERP (Écoles Nationales de Perfectionnement).

³⁰ Instituts Médico-Pédagogiques (IMP), Instituts Médico-Professionnels (IMPRO)

³¹ Il était précisé dans le questionnaire HID-1999 : « déplacements hors du domicile : non compris le parc ou le jardin »

17 % répondent que « l'accès ou l'usage des véhicules est trop difficile ». Par comparaison, les enfants du même âge sans déficiences identifiées ayant répondu à la question ont été 97 % à déclarer n'avoir pas de difficulté pour accéder aux transports en commun ordinaires ; il faut préciser qu'alors qu'une réponse à cette question a été donnée pour tous les enfants de 6-9 ans ayant des déficiences d'ordre mental, une proportion importante des enfants du même âge sans déficiences (44 %) est codée avec la réponse « sans objet, trop jeune » (et cette proportion décroît peu entre 6 et 9 ans). En ce qui concerne les informations recueillies sur les déplacements lors de l'enquête, 88 % de ces enfants avaient effectué un déplacement hors de leur domicile la veille (contre 91,6 % pour les enfants de la même tranche d'âge n'ayant pas de déficiences), ceux qui ne s'étaient pas déplacé ne l'ayant pas fait principalement parce qu'ils n'en avaient pas besoin (alors que pour les enfants n'ayant pas de déficiences, c'est la raison « provisoirement incapable de me déplacer » qui est majoritaire).

En conclusion de cette analyse portant principalement sur les 6-9 ans, ces jeunes enfants ayant des déficiences d'ordre mental ont plus de difficultés pour lire, écrire et compter que les enfants n'ayant pas de déficiences identifiées, près d'un quart d'entre eux ont des difficultés à parler et/ou à communiquer, mais ils sont dans leur grande majorité scolarisés, dans un établissement ordinaire ou spécialisé. En moyenne, il y a pour eux plus de difficultés déclarées vis-à-vis des déplacements et de l'usage des transports que pour les autres enfants du même âge n'ayant pas de déficiences et ils se déplacent un peu moins.

3.2.2.2 Les enfants et adolescents (10-19 ans)

Les enfants et adolescents entre 10 et 19 ans représentent environ 5 % (12 % en données pondérées) des personnes ayant des déficiences d'ordre mental (291 enfants et adolescents) ; 56 % (57 %) d'entre eux ont entre 10 et 14 ans et 44 % (43 %) entre 15 et 19 ans.

Les tableaux suivants, figurant en Annexe 2 donnent les caractéristiques de ces enfants et adolescents : Tableau A2.5, Tableau A2.6, Tableau A2.7, et Tableau A2.8.

Par rapport à la typologie du Tableau A1.11 (Annexe 1), ces enfants et adolescents se retrouvent majoritairement, pour 64 % d'entre eux (95 %) dans la classe 8 de la typologie, qui regroupe les enfants et adolescents ayant un « retard léger, déficience intellectuelle légère, troubles des acquisitions et des apprentissages » et pour certains des troubles du langage. Les autres enfants et adolescents entre 10 et 19 ans se répartissent sur la classe 7 (qui concerne également les troubles mentaux), la classe 9 (troubles du comportement et des capacités relationnelles), la classe 10 (épilepsie) et la classe 11 (aphasie, dyslexie, dysphasie).

En ce qui concerne les incapacités handicapantes dans l'usage des transports : 34 % (8 %) de ces enfants et adolescents de 10 à 19 ans ont des difficultés à parler, 25 % (10,4 %) ont des difficultés à communiquer, 31 % (7 %) ont besoin de l'aide de quelqu'un pour sortir de leur domicile, 7 % (0,8 %) ont toujours besoin de quelqu'un pour les guider pour trouver leur chemin quand ils sortent, 3 % (0,9 %) sont parfois perdus ou ont besoin d'aide, 11 % (1,2 %) n'ont pas de difficulté pour trouver leur chemin mais à condition de toujours faire le ou les mêmes trajets.

Parmi ces enfants et adolescents, 51 % lisent couramment, mais 23 % lisent avec des difficultés et 26 % ne savent pas lire. Pour les enfants et adolescents de l'enquête HID-1999 ayant le même âge mais n'ayant pas de déficiences déclarées ou identifiées, ces proportions sont respectivement de 98,6 %, 0,8 % et 0,6 %. De la même manière, en ce qui concerne l'écriture : 47 % de ces enfants et adolescents de 10 à 19 ans ayant une déficience d'ordre mental savent écrire sans difficulté, 26 % savent écrire mais avec quelques difficultés, 27 % ne savent pas écrire. Les enfants et adolescents du même âge n'ayant pas de déficiences, savent écrire sans difficulté pour 99,8 % d'entre eux, seuls 0,2 % déclarent avoir quelques difficultés pour lire. Enfin, 54,6 % savent compter sans difficulté, 21 % savent compter mais avec quelques difficultés, 24,4 % ne savent pas compter, tandis que les enfants et adolescents de la même tranche d'âge n'ayant pas de déficiences savent compter pour 99,3 %

d'entre eux, seuls 0,7 % déclarant avoir quelques difficultés pour compter. Ainsi, alors que quasiment tous les enfants et adolescents de 10 à 19 ans qui n'ont pas de déficiences identifiées savent lire, écrire et compter sans difficulté, les enfants et adolescents de 10 à 19 ans ayant des déficiences d'ordre mental seraient dans ce cas pour seulement la moitié d'entre eux.

En ce qui concerne la scolarité, ces enfants et adolescents ayant des déficiences d'ordre mental sont majoritairement scolarisés : 96 % (99 %) des enfants de 10 à 15 ans et 69 % (82 %) des adolescents de 16 à 19 ans, alors que ces proportions sont respectivement de 100 % et 80 % pour les enfants des mêmes tranches d'âge n'ayant pas de déficiences identifiées.

Pour les enfants et adolescent scolarisés, plus d'un tiers des enquêtés le sont en classe ordinaire : 36 % (78,5 %) des enfants de 10 à 15 ans, 39 % (93 %) des adolescents de 16 à 19 ans. Pour ceux qui ne sont pas en classe ordinaire, une forte proportion (45 % (4 %)) des 16-19 ans sont en IMP ou en IMPRO, les autres étant dans un EREA ou un ENP, et plus rarement dans des classes spéciales d'établissements secondaires ordinaires, SEGPA ou GPA³² ; 32 % (7,6 %) des enfants de 10 à 15 ans sont en IMP ou IMPRO, 16 % (7,4 %) sont en CLIS et 13 % (6,1 %) sont en SEGPA ou GPA. Sur l'ensemble des enfants et adolescents scolarisés (quel que soit le type d'établissement), la majorité d'entre eux sont externes, certains sont demi-pensionnaires et quelques-uns (17,2 % (5,2 %)) sont internes.

Parmi les enfants et adolescents ayant des déficiences d'ordre mental qui sont scolarisés dans des établissements spécialisés, une majorité (60 % (32 %)) sont dans des « établissements pour déficients intellectuels », et les autres sont principalement : 17 % (58 %) dans un établissement spécialisé non spécifié (« autre établissement spécialisé »), 11 % (3,9 %) dans des « établissements pour polyhandicapés », 6 % (2,4 %) dans des « établissements pour infirmes moteurs.

En ce qui concerne leur trajet scolaire, 30,4 % (3,1 %) des enfants et adolescents scolarisés bénéficient d'une « aide financière liée à un handicap ou problème de santé pour le trajet scolaire quotidien » ; une proportion plus faible (14,4 % (1,4 %)) bénéficie pour le trajet scolaire « d'un service de transport spécialisé pour personnes à mobilité réduite ».

A la question portant sur la gêne dans les déplacements une majorité des enfants et adolescents de 10 à 19 ans (58 % (91,5 %)) répondent qu'ils n'ont pas de gêne dans leurs déplacements hors du domicile. Parmi les autres, qui sont gênés dans leurs déplacements, 6 % (0,7 %) déclarent qu'ils peuvent quand même se déplacer seuls sur tous les itinéraires, 11 % (5,1 %) qu'ils peuvent se déplacer seuls mais seulement sur certains itinéraires et surtout 22 % (2,2 %) ne peuvent pas du tout se déplacer seuls. Par comparaison, les enfants et adolescents de 10 à 19 ans n'ayant pas de déficiences identifiées déclarent à 99 % ne pas avoir de gêne dans leurs déplacements.

Parmi les jeunes adultes de 18 ou 19 ans ayant des déficiences d'ordre mental, 10 % (représentant 65,6 % en données pondérées) ont le « permis voiture », tandis que 31,5 % des jeunes adultes du même âge n'ayant pas de déficiences identifiées le possèdent dans l'enquête HID-1999. Plus d'un tiers de ceux qui ne l'ont pas déclarent que c'est en raison d'un problème de santé (contre aucun chez les jeunes adultes du même âge). Parmi les 6 jeunes adultes ayant des déficiences d'ordre mental qui ont le permis, 5 déclarent conduire régulièrement ; chez les jeunes adultes du même âge n'ayant pas de déficiences, 82,3 % conduisent régulièrement et 17,7 % conduisent occasionnellement.

En ce qui concerne l'accès aux transports, à la question « Avez-vous accès à un service de transport spécialisé pour personnes à mobilité réduite ? », une forte majorité des répondants déclarent qu'ils n'en ont pas besoin, mais 10 % (1,1 %) déclarent y avoir accès. A la question « Pouvez-vous accéder aux transports en commun ordinaires ? », une majorité (64 % (92 %)), répondent « oui, sans

³² SEGPA: Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté, GCA : Groupe Classe-Atelier

difficulté », mais 10 % (4,4 %) répondent « oui, avec difficulté » et 13 % (1,3 %) répondent que « l'accès ou l'usage des véhicules est trop difficile ». Par comparaison, les enfants et adolescents du même âge sans déficiences identifiées ayant répondu à la question ont été 94,5 % à déclarer n'avoir pas de difficulté pour accéder aux transports en commun ordinaires. Pour les déplacements effectués la veille de l'enquête, 85 % des 10-19 ans ayant des déficiences d'ordre mental se sont déplacés la veille de l'enquête (contre 92,3 % pour les enfants et adolescents du même âge sans déficiences identifiées) ; la raison donnée pour expliquer le non déplacement est en premier lieu « pas besoin de me déplacer » (37 % des 10-19 ans ayant des déficiences d'ordre mental), « pas envie de sortir » pour 22 % et « nécessité de rester sur place » pour 12 %. Pour les 10-19 ans n'ayant pas de déficiences identifiées ne s'étant pas déplacés, la raison du non déplacement était « pas besoin de me déplacer » pour 58 %, « pas envie de sortir » pour 21,9 % et « provisoirement incapable de me déplacer » pour 19,4 %.

En conclusion de l'analyse portant sur les 10-19 ans ayant des déficiences d'ordre mental, on peut souligner que près de la moitié de ces enfants et adolescents ont des difficultés pour lire, écrire et compter (alors qu'il est rare que les enfants et adolescents du même âge sans déficiences identifiées aient ce type de difficultés), près d'un tiers d'entre eux ont des difficultés à parler et un quart à communiquer. Ces enfants et adolescents sont un peu moins scolarisés que les autres enfants et adolescents du même âge, et sont scolarisés en majorité dans des établissements spécialisés, notamment dans des établissements « pour déficients intellectuels » ou dans des classes spéciales. En ce qui concerne les difficultés vis-à-vis des déplacements, même si une majorité se déclarent non gênés dans leurs déplacements hors de leur domicile, la proportion de ceux qui sont gênés est importante et certains ne peuvent pas du tout se déplacer seuls (un tiers ont besoin de l'aide de quelqu'un pour sortir de leur domicile), alors que les déplacements hors du domicile ne posent aucun problème aux enfants et adolescents du même âge n'ayant pas de déficiences. Parmi ceux qui sont en âge d'avoir le permis, il semble que leur état de santé puisse influencer sur le fait qu'ils le possèdent ou non, cela les amenant, lorsqu'ils ne l'ont pas, à être dépendants des transports en commun, alors que l'utilisation de ceux-ci peut leur occasionner de la gêne. En moyenne ils se déplacent moins que les enfants et adolescents du même âge.

3.2.2.3 Les jeunes adultes (20-29 ans)

Les jeunes adultes entre 20 et 29 ans représentent environ 5 % (10 % en données pondérées) des personnes ayant des déficiences d'ordre mental (307 enfants et adolescents) ; 40 % (20,4 %) d'entre eux ont entre 20 et 24 ans et 60 % (79,6 %) entre 25 et 29 ans. Les hommes sont en majorité parmi eux : il y a 56 % (61 %) d'hommes et 44 % (39 %) de femmes.

Les tableaux suivants, figurant en Annexe 2 donnent les caractéristiques de ces jeunes adultes : Tableau A2.9, Tableau A2.10, Tableau A2.11, Tableau A2.12, et Tableau A2.13.

Par rapport à la typologie du Tableau A1.11 (Annexe 1), ils se retrouvent majoritairement, pour 64 % d'entre eux (88,5 %) dans la classe 5 de la typologie, qui regroupe des personnes avec des troubles psychiques ou des déficiences intellectuelles et pas de déficiences associées.

Les autres jeunes adultes de 20 à 29 ans se répartissent sur la classe 7 pour 15 % (3,1 %), qui regroupe des personnes avec un retard mental important ou non précisé ainsi que des troubles du langage, et sur les classes 8 (retard léger, déficience intellectuelle légère, troubles des acquisitions et des apprentissages), 9 (troubles du comportement et des capacités relationnelles), et 10 (épilepsie).

Ces jeunes adultes n'ont très majoritairement pas de difficulté à communiquer avec leur entourage, bien que la proportion de ceux qui n'ont pas de difficulté - 80 % (96,7 %) - soit un peu inférieure la même proportion dans les catégories d'âge précédente, et n'ont dans leur majorité pas de difficulté à parler - pour 73 % (95,8 %). Ils n'ont en général pas de difficultés pour sortir de leur domicile sans

aide, ni pour trouver leur chemin : respectivement 77 % (96,6 %) et 74 % (95,8 %) d'entre eux sont dans ce cas.

Ils n'ont en général pas de difficulté pour lire, écrire et compter : respectivement 72 % (94,3 %), 68 % (93,7 %), 69 % (94 %) sont dans ce cas, mais la proportion de ceux qui ont des difficultés est cependant notable, dans la mesure où, par comparaison, les jeunes adultes du même âge de l'enquête HID-1999 qui n'ont pas de déficiences identifiées savent lire, écrire et compter à 99,9 %. Outre les difficultés de lecture et d'écriture, une proportion assez importante ne peut pas remplir les formulaires simples sans aide : c'est le cas pour 39,3 % (14,6 %) d'entre eux.

Ils ont peu nombreux à suivre des études : 12,5 % (2,3 %), les autres les ayant terminées (83 % (97,2 %)) ou n'ayant jamais été scolarisé (4,6 % (0,6 %)). Ces proportions, calculées pour les jeunes adultes de la même tranche d'âge de l'enquête HID-1999 qui n'ont pas de déficiences identifiées sont respectivement de 18,7 %, 79,2 % et 2,2 %, ce qui n'est pas très éloigné, même s'ils semblent un peu plus nombreux à poursuivre des études. Ceux qui poursuivent leurs études sont plus nombreux à être dans des établissements spécialisés.

Parmi ces jeunes adultes, 48 % (81,3 %) exercent une profession, ce qui peut être considéré comme un taux relativement faible, puisqu'à titre de comparaison, 62,5 % des jeunes adultes du même âge de l'enquête HID-1999 qui n'ont pas de déficiences identifiées sont dans ce cas. Parmi ceux qui n'exercent pas de profession et qui ne cherchent pas d'emploi, 65,7 % (36,3 %) déclarent être « inapte[s] au travail en raison de [leur] état de santé ». Parmi ceux qui exercent une profession, 37 % occupent un emploi « protégé ou réservé ». Pour ceux qui sont salariés ils sont plutôt (56 % (58 %)) ouvriers ou employés mais ils le sont moins que les jeunes adultes du même âge de l'enquête HID-1999 qui n'ont pas de déficiences identifiées, puisque pour eux cette proportion est de 75 %. Enfin, près de la moitié d'entre ceux qui exercent une profession déclarent être « limité[s] dans le genre ou la qualité de travail [qu'ils peuvent] accomplir ».

Au chapitre des transports, 23,4 % (3,8) déclarent avoir des difficultés pour « commander et prendre un taxi ou emprunter le réseau de TC ». L'accès à un transport spécialisé pour personnes à mobilité réduite est déclaré possible ou nécessaire pour 12 % (1,8 %) de ces jeunes adultes et 23,2 % (4,1 %) d'entre eux déclarent avoir des difficultés pour accéder aux TC ordinaires.

Pour ce qui est des déplacements en voiture, 45 % (83 %) possèdent le permis voiture (cette proportion est de 88,8 % chez les jeunes comparables n'ayant pas de déficiences identifiées) ; parmi ceux qui ne l'ont pas, 66,5 % (37,1 %) déclarent que c'est « en raison d'un problème de santé ». Ceux qui ont le permis conduisent pour la plupart régulièrement (77,4 % (88,8 %)) ou occasionnellement (17,3 % (6,6 %)) ; ces proportions sont respectivement de 83,8 % et 13,6 % pour les jeunes comparables n'ayant pas de déficiences identifiées.

A la question portant sur la gêne dans les déplacements du fait d'un handicap ou d'un problème de santé, 55 % (92,5 %) de ces jeunes adultes répondent qu'ils n'ont pas de gêne dans leurs déplacements hors du domicile. Parmi les autres, qui sont gênés dans leurs déplacements, 14,5 % (2,9 %) déclarent qu'ils peuvent quand même se déplacer seuls sur tous les itinéraires, 15,5 % (2,2 %) qu'ils peuvent se déplacer seuls mais seulement sur certains itinéraires et 15 % (2,4 %) qu'ils ne peuvent pas du tout se déplacer seuls. Par comparaison, les jeunes adultes de 20 à 29 ans n'ayant pas de déficiences identifiées déclarent à 99,4 % ne pas avoir de gêne dans leurs déplacements. En ce qui concerne le recueil des déplacements de la veille, 86,5 % des jeunes adultes de 20-29 ans ayant des déficiences d'ordre mental ont effectué au moins un déplacement hors de leur domicile la veille de l'enquête, contre 92,8 % pour les 20-29 ans n'ayant pas de déficiences identifiées. Pour les jeunes adultes de 20-29 ans ayant des déficiences d'ordre mental ne s'étant pas déplacés la veille, près de la moitié n'avaient « pas besoin de se déplacer », 37 % n'avaient « pas envie de sortir », 1 était provisoirement incapable de se déplacer, 2 ayant déclaré être « tout à fait incapables » de se déplacer. Pour les jeunes adultes du même âge n'ayant pas de déficiences identifiées ne s'étant pas

déplacés la veille, 40,2 % n'avaient « pas besoin » de se déplacer, 30,3 % n'avaient « pas envie », 9,6 % ont évoqué la « nécessité de rester sur place », et 19 % une autre raison non explicitée.

En conclusion, ces jeunes adultes de 20 à 29 ans, qui ont des déficiences psychiques ou intellectuelles savent lire, écrire et compter pour la plupart d'entre eux, mais sont nombreux à avoir des difficultés telles par exemple que le remplissage d'un formulaire simple. Ils sont peu nombreux à poursuivre des études, mais moins de la moitié d'entre eux travaillent, et pour plus d'un tiers de ceux qui travaillent avec un emploi « protégé ou réservé ». Pour ce qui concerne les déplacements, moins de la moitié d'entre eux possèdent le permis de conduire, les deux tiers de ceux qui ne l'ont pas ne l'ayant pas en raison de leur état de santé. L'accès aux TC leur cause quelques difficultés et ils sont nombreux à se déclarer gênés dans leurs déplacements hors du domicile. Ils sont plus nombreux que les jeunes adultes de la même tranche d'âge à ne pas s'être déplacés la veille de l'enquête.

3.2.2.4 Les adultes d'âge moyen (30-39 ans)

Les jeunes adultes entre 30 et 39 ans représentent environ 9 % (11 % en données pondérées) des personnes ayant des déficiences d'ordre mental (549 personnes) ; 46 % (39,1 %) d'entre eux ont entre 30 et 34 ans et 54 % (60,9 %) entre 35 et 39 ans. Les hommes sont en majorité : il y a 52 % (51,4 %) d'hommes et 48 % (48,6 %) de femmes.

Les tableaux suivants, figurant en Annexe 2, donnent les caractéristiques de ces adultes : Tableau A2.15, Tableau A2.16, Tableau A2.17, Tableau A2.18, et Tableau A2.19.

Par rapport à la typologie des personnes ayant des déficiences d'ordre mental, décrite dans le Tableau A1.11 (Annexe 1), ces 30-39 ans se retrouvent majoritairement, pour 75 % d'entre eux (93,2 %) dans la classe 4 de la typologie, qui regroupe des personnes avec divers troubles psychiques et diverses déficiences associées.

Les autres adultes de 30 à 39 ans se répartissent sur la classe 7 pour 10 % (2,1 %), qui regroupe des personnes avec un retard mental important ou non précisé ainsi que des troubles du langage, et plus marginalement sur les classes 8 (retard léger, déficience intellectuelle légère, troubles des acquisitions et des apprentissages), 9 (troubles du comportement et des capacités relationnelles), 10 (épilepsie) et 11 (aphasie, dysphasie, dyslexie).

Ces adultes n'ont pas de difficulté à communiquer avec leur entourage - pour 89 % (97,3 %), et n'ont dans leur majorité pas de difficulté à parler - pour 81 % (95,6 %). Ils n'ont en général pas de difficultés pour sortir de leur domicile sans aide, ni pour trouver leur chemin : respectivement 78 % (95,1 %) et 82 % (91,4 %) d'entre eux sont dans ce cas.

Ils n'ont en général pas de difficulté pour lire, écrire et compter : respectivement 79 % (93,9 %), 75 % (92,8 %), 79 % (94,5 %) sont dans ce cas, mais la proportion de ceux qui ont des difficultés est cependant notable, dans la mesure où, par comparaison, les adultes du même âge de l'enquête HID-1999 qui n'ont pas de déficiences identifiées savent lire, écrire et compter pour plus de 99,6 % d'entre eux. Outre les difficultés de lecture et d'écriture, une proportion assez importante ne peut pas remplir les formulaires simples sans aide : c'est le cas pour 33 % (12 %) d'entre eux.

Parmi ces adultes de 30 à 39 ans ayant une déficience d'ordre mental, 44 % (61,6 %) exercent une profession, ce qui peut être considéré comme un taux faible, puisque 77,7 % des adultes du même âge de l'enquête HID-1999 qui n'ont pas de déficiences identifiées sont dans ce cas. Parmi ceux qui n'exercent pas de profession et qui ne cherchent pas d'emploi, 71,5 % (37,7 %) déclarent être « inapte[s] au travail en raison de [leur] état de santé ». Parmi ceux qui exercent une profession, 33 % occupent un emploi « protégé ou réservé ». Pour ceux qui sont salariés ils sont en majorité (66 % (52,9 %)) ouvriers ou employés, ce qui est à peine plus élevé que chez les adultes du même âge de l'enquête HID-1999 qui n'ont pas de déficiences identifiées (1,5 %). Enfin, plus de la moitié d'entre

ceux qui exercent une profession déclarent être « limité[s] dans le genre ou la qualité de travail [qu'ils peuvent] accomplir ».

Environ un quart d'entre eux (6 % en données pondérées) déclarent avoir des difficultés pour « commander et prendre un taxi ou emprunter le réseau de TC » ; 94 % (98,7 %) non pas besoin d'avoir accès à un transport spécialisé pour PMR ; 22 % (4,8 %) d'entre eux déclarent avoir des difficultés pour accéder aux TC ordinaires.

Pour ce qui est des déplacements, 59 % (82,2 %) possèdent le permis voiture (cette proportion est de 95,4 % chez les adultes comparables n'ayant pas de déficiences identifiées) ; parmi ceux qui ne l'ont pas, 61,5 % (52,3 %) déclarent que c'est « en raison d'un problème de santé ». Ceux qui ont le permis conduisent pour la plupart régulièrement (73,7 % (88,7 %)) ou occasionnellement (12,1 % (7,3 %)), tandis que 14 % (4,1 %) ont arrêté de conduire ; ces proportions sont respectivement de 93 %, 6,9 % et 0,1 % pour les adultes comparables n'ayant pas de déficiences identifiées. Les adultes de 30-39 ans ayant des déficiences d'ordre mental se distinguent donc à la fois parce qu'ils sont moins nombreux à avoir le permis, et que lorsqu'ils l'ont ils conduisent un peu moins et sont plus nombreux à avoir arrêté de conduire que les autres adultes du même âge.

A la question portant sur la gêne dans les déplacements du fait d'un handicap ou d'un problème de santé, 55 % (86,4 %) de ces adultes répondent qu'ils n'ont pas de gêne dans leurs déplacements hors du domicile. Parmi les autres, qui sont gênés dans leurs déplacements, 16,8 % (6,7 %) déclarent qu'ils peuvent quand même se déplacer seuls sur tous les itinéraires, 16,4 % (4 %) qu'ils peuvent se déplacer seuls mais seulement sur certains itinéraires et 12 % (2,8 %) qu'ils ne peuvent pas du tout se déplacer seuls. Par comparaison, les adultes de 30 à 39 ans n'ayant pas de déficiences identifiées déclarent tous ne pas avoir de gêne dans leurs déplacements. En ce qui concerne les déplacements de la veille du jour de l'enquête, 80 % des adultes de 30-39 ans ayant des déficiences d'ordre mental ont effectué au moins un déplacement hors de leur domicile, contre 93,1 % pour les 30-39 ans n'ayant pas de déficiences identifiées. Pour ceux ne s'étant pas déplacés la veille, près d'un tiers n'avaient « pas besoin de se déplacer », 38 % n'avaient « pas envie de sortir », 13 % étaient provisoirement incapables de se déplacer, 7 % avaient déclaré être « tout à fait incapables » de se déplacer, 2 % ont évoqué la « nécessité de rester sur place », et 5 % une autre raison non explicitée. Pour les adultes du même âge n'ayant pas de déficiences identifiées ne s'étant pas déplacés la veille, 28,6 % n'avaient « pas besoin » de se déplacer, 46,6 % n'avaient « pas envie de sortir », 9,6 % ont évoqué la « nécessité de rester sur place », et 7 % une autre raison non explicitée.

En conclusion, ces adultes de 30 à 39 ans, qui ont des déficiences psychiques de divers types ainsi que diverses déficiences associées, sont nombreux à avoir des difficultés telles par exemple que le remplissage d'un formulaire simple. Une assez faible proportion d'entre eux travaille (44 %) et un tiers de ceux qui travaillent ont un emploi « protégé ou réservé ». Sur l'aspect transports et déplacements, 41 % ne possèdent pas le permis de conduire, pour 71 % d'entre eux en raison de leur état de santé. Lorsqu'ils ont le permis ils conduisent un peu moins et sont plus nombreux à avoir arrêté de conduire que les autres adultes du même âge. L'accès aux TC leur cause quelques difficultés et ils sont nombreux à se déclarer gênés dans leurs déplacements hors du domicile. Ils sont plus nombreux que les jeunes adultes de la même tranche d'âge à ne pas s'être déplacés la veille de l'enquête.

3.2.2.5 Les personnes de 40 à 59 ans

Les personnes de 40 à 59 ans représentent environ 30 % (29,9 % en données pondérées) des personnes ayant des déficiences d'ordre mental (1802 personnes) ; 21 % (24,3,1 %) d'entre elles ont entre 40 et 44 ans, 28 % (29,2 %) ont entre 45 et 49 ans, 28 % (24,1 %) ont entre 50 et 54 ans et 23 % (22,4 %) entre 55 et 59 ans. Les femmes sont en majorité : il y a 47 % (39,5 %) d'hommes et 53 % (60,5 %) de femmes.

Les tableaux suivants, figurant en Annexe 2, donnent les caractéristiques de ces personnes : Tableau A2.20, Tableau A2.21, Tableau A2.22, Tableau A2.23, et Tableau A2.24.

Sur la typologie des personnes ayant des déficiences d'ordre mental, décrite dans le Tableau A1.11 (Annexe 1), ces 40-59 ans se retrouvent majoritairement, pour 86 % d'entre eux (96 %) dans la classe 3 de la typologie, qui regroupe des personnes avec divers troubles psychiques et diverses déficiences associées, dont des déficiences motrices, viscérales et métaboliques.

Les autres personnes de 40 à 59 ans se répartissent principalement sur la classe 7 - pour 5 % (1,2 %), qui regroupe des personnes avec un retard mental important ou non précisé ainsi que des troubles du langage, et plus marginalement sur les classes 8 (retard léger, déficience intellectuelle légère, troubles des acquisitions et des apprentissages), 9 (troubles du comportement et des capacités relationnelles), 10 (épilepsie) et 11 (aphasie, dysphasie, dyslexie).

Ces personnes n'ont pas de difficulté à communiquer avec leur entourage sans aide (non compris d'éventuels problèmes de surdité) - pour 92 % (98 %) d'entre elles, et n'ont dans leur majorité pas de difficulté à parler - pour 81 % (95,6 %). Elles n'ont en général pas de difficultés pour sortir de leur domicile sans aide, ni pour trouver leur chemin : respectivement 73 % (86,5 %) et 87 % (91,7 %) d'entre eux sont dans ce cas ; notons cependant que la proportion de celles qui ont des difficultés pour sortir de leur domicile sans aide, est supérieure à celle calculée sur les catégories d'âge précédentes.

Elles savent en général lire, écrire et compter sans difficulté : respectivement 88 % (95,4 %), 85 % (93,1 %), 89 % (96,5 %) sont dans ce cas, mais la proportion de ceux qui ont des difficultés sur ces aspects est cependant notable, dans la mesure où, par comparaison, ces mêmes proportions sont, pour les adultes du même âge de l'enquête HID-1999 respectivement de 99,1 % 98,3 % et 99,8 %. Outre les difficultés de lecture et d'écriture, une proportion assez importante ne peut pas remplir les formulaires simples sans aide : c'est le cas pour 22,5 % (12,1 %) d'entre eux.

Parmi ces personnes de 40 à 59 ans ayant une déficience d'ordre mental, 34 % (53,3 %) exercent une profession, ce qui est un taux comparativement très faible, puisque 73,5 % des personnes de la même tranche d'âge de l'enquête HID-1999 qui n'ont pas de déficiences identifiées sont dans ce cas. Parmi ceux qui n'exercent pas de profession et qui ne cherchent pas d'emploi, 76,4 % (48,5 %) déclarent être « inapte[s] au travail en raison de [leur] état de santé ». Parmi ceux qui exercent une profession, 14 % occupent un emploi « protégé ou réservé ». Pour ceux qui sont salariés ils sont en majorité (63 % (59,6 %)) ouvriers ou employés ce qui n'est pas particulier puisque cette proportion est de 60,4 % pour les adultes du même âge de l'enquête HID-1999 qui n'ont pas de déficiences identifiées. Enfin, plus de la moitié d'entre ceux qui exercent une profession déclarent être « limité[s] dans le genre ou la qualité de travail [qu'ils peuvent] accomplir ».

Un quart d'entre eux (13 % en données pondérées) déclarent avoir des difficultés pour « commander et prendre un taxi ou emprunter le réseau de TC » ; 94 % (98,3 %) non pas besoin d'avoir accès à un transport spécialisé pour PMR ; 26 % (12 %) d'entre eux déclarent avoir des difficultés pour accéder aux TC ordinaires.

Pour ce qui est des déplacements, 69 % (82,8 %) possèdent le permis voiture (cette proportion est de 93,6 % chez les adultes comparables n'ayant pas de déficiences identifiées) ; parmi ceux qui ne l'ont pas, 47 % (30,6 %) déclarent que c'est « en raison d'un problème de santé ». Ceux qui ont le permis conduisent pour la plupart régulièrement (70 % (81,9 %)) ou occasionnellement (13,5 % (7,1 %)), tandis que 16 % (11 %) ont arrêté de conduire ; ces proportions sont respectivement de 94,8 %, 3,5 % et 1,7 % pour les adultes comparables n'ayant pas de déficiences identifiées. Les personnes de 40-59 ans ayant des déficiences d'ordre mental se distinguent donc des autres personnes du même âge n'ayant pas de déficiences, à la fois parce qu'elles sont moins nombreux à avoir le permis, et que

lorsqu'elles l'ont elles conduisent moins et sont plus nombreuses à avoir arrêté de conduire que les autres personnes du même âge.

A la question portant sur la gêne dans les déplacements du fait d'un handicap ou d'un problème de santé, 45 % (70,9 %) de ces personnes répondent qu'elles n'ont pas de gêne dans leurs déplacements hors du domicile. Parmi les autres, qui sont gênées dans leurs déplacements, 23 % (10,9 %) déclarent qu'elles peuvent quand même se déplacer seules sur tous les itinéraires, 19,5 % (10,6 %) qu'elles peuvent se déplacer seules mais seulement sur certains itinéraires et 11 % (7,5 %) qu'elles ne peuvent pas du tout se déplacer seules. Par comparaison, les personnes de 40 à 59 ans n'ayant pas de déficiences identifiées déclarent presque tous ne pas avoir de gêne dans leurs déplacements. En ce qui concerne les déplacements de la veille du jour de l'enquête, 74,5 % des personnes de 40-59 ans ayant des déficiences d'ordre mental ont effectué au moins un déplacement hors de leur domicile, contre 90,9 % pour les 40-59 ans n'ayant pas de déficiences identifiées. Pour les personnes ne s'étant pas déplacés la veille, 42 % n'avaient « pas besoin de se déplacer », 34 % n'avaient « pas envie de sortir », 9 % étaient provisoirement incapables de se déplacer, 5 % ont déclaré être « tout à fait incapables » de se déplacer, 2 % ont évoqué la « nécessité de rester sur place », et 3 % une autre raison non explicitée. Pour les personnes du même âge n'ayant pas de déficiences identifiées ne s'étant pas déplacés la veille, 70,8 % n'avaient « pas besoin » de se déplacer, 19 % n'avaient « pas envie de sortir », 6,2 % étaient « provisoirement incapables de se déplacer » et 3,9 % ont évoqué la « nécessité de rester sur place ».

En conclusion, ces personnes de 40 à 59 ans, qui ont des déficiences psychiques de divers types ainsi que des déficiences associées pour certains, sont nombreuses à avoir des difficultés telles par exemple que le remplissage d'un formulaire simple. Seules un peu plus d'un tiers d'entre elles travaillent. Sur l'aspect transports et déplacements, 31 % ne possèdent pas le permis de conduire, pour 47 % d'entre eux en raison de leur état de santé. Lorsqu'elles ont le permis, elles conduisent moins et sont plus nombreuses à avoir arrêté de conduire que les autres personnes du même âge. L'accès aux TC leur cause quelques difficultés et elles sont nombreuses à se déclarer gênées dans leurs déplacements hors du domicile. Elles sont plus nombreuses que les personnes de la même tranche d'âge à ne pas s'être déplacées la veille de l'enquête.

3.2.2.6 Les personnes de 60 à 79 ans

Les personnes de 60 à 79 ans représentent 34 % (21,9 % en données pondérées) des personnes ayant des déficiences d'ordre mental (2041 personnes) ; 21 % (22,6 %) d'entre elles ont entre 60 et 64 ans, 23 % (25,9 %) ont entre 65 et 69 ans, 29 % (25 %) ont entre 70 et 74 ans et 27 % (26,4 %) entre 75 et 79 ans. Les femmes sont en majorité : il y a 42 % (37,1 %) d'hommes et 58 % (62,9 %) de femmes.

Les tableaux suivants, figurant en Annexe 2, donnent les caractéristiques de ces personnes : Tableau A2.25, Tableau A2.26, Tableau A2.27, Tableau A2.28, et Tableau A2.29.

Sur la typologie des personnes ayant des déficiences d'ordre mental, décrite dans le Tableau A1.11 (Annexe 1), ces personnes de 60-79 ans se retrouvent majoritairement, pour 94 % d'entre elles (95,7 %) dans la classe 2 de la typologie, qui regroupe des personnes avec des déficiences intellectuelles et du psychisme et diverses déficiences associées. Les autres personnes de 60 à 79 ans se répartissent très marginalement sur les classes 7, 8, 9, 10 et 11.

Ces personnes n'ont pas de difficulté à communiquer avec leur entourage sans aide (non compris d'éventuels problèmes de surdité) - pour 91 % (93,1 %) d'entre elles, et n'ont dans leur majorité pas de difficulté à parler - pour 90 % (92,5 %). Pour sortir de leur domicile, 36 % (27 %) d'entre elles peuvent rencontrer des difficultés pour sortir de leur domicile sans aide, mais elles n'ont en général pas de difficultés pour trouver leur chemin, 83 % (86 %) d'entre elles étant dans ce cas.

Elles savent dans leur grande majorité lire, écrire et compter sans difficulté : respectivement 92 % (92,1 %), 87 % (89,2 %) et 92,5 % (93,8 %) sont dans ce cas, ces proportions étant légèrement inférieures (surtout pour l'écriture) à celles calculées pour les personnes de la même tranche d'âge de l'enquête HID-1999, qui sont respectivement de 99,3 % 98,9 % et 99,7 %. Par contre, une proportion importante d'entre elles ne peut pas remplir les formulaires simples sans aide : c'est le cas pour 31 % (27,5 %) d'entre elles.

Pour ce qui concerne les déplacements, 31 % (24 %) de ces personnes déclarent avoir des difficultés pour « commander et prendre un taxi ou emprunter le réseau de TC », 95 % (96,4 %) non pas besoin d'avoir accès à un transport spécialisé pour PMR ; 32 % (24,7 %) d'entre elles déclarent avoir des difficultés pour accéder aux TC ordinaires.

Par ailleurs, 57 % (même proportion en données pondérées) possèdent le permis voiture, alors que cette proportion est de 76,3 % chez les personnes n'ayant pas de déficiences identifiées, qui sont cependant comparables en termes de répartition hommes/femmes. Parmi celles qui ne possèdent pas le permis de conduire, 12 % (9,6 %) déclarent que c'est « en raison d'un problème de santé », ce qui est un taux relativement faible par comparaison avec la catégorie d'âge précédente. Celles qui ont le permis conduisent pour la majorité régulièrement (62 % (62,6 %)) ou occasionnellement (13,4 % (7,1 %)), tandis que 25 % (26,4 %) ont arrêté de conduire ; ces proportions sont respectivement de 83,1 %, 5,3 % et 11,7 % pour les personnes d'âge comparable n'ayant pas de déficiences identifiées. Les personnes de 60-79 ans ayant des déficiences d'ordre mental se distinguent donc des autres personnes du même âge n'ayant pas de déficiences, surtout parce qu'elles sont moins nombreuses à avoir le permis, et que lorsqu'elles l'ont, elles conduisent moins et sont plus de deux fois plus nombreuses à avoir arrêté de conduire que les autres personnes du même âge.

A la question portant sur la gêne dans les déplacements du fait d'un handicap ou d'un problème de santé, 42 % (50,9 %) de ces personnes répondent qu'elles n'ont pas de gêne dans leurs déplacements hors du domicile. Parmi les autres, qui sont gênées dans leurs déplacements, 19 % (18,3 %) déclarent qu'elles peuvent quand même se déplacer seules sur tous les itinéraires, 21 % (16,4 %) qu'elles peuvent se déplacer seules mais seulement sur certains itinéraires et 18 % (13,7 %) qu'elles ne peuvent pas du tout se déplacer seules. Par comparaison, les personnes de 60 à 79 ans n'ayant pas de déficiences identifiées déclarent à 98,3 % ne pas avoir de gêne dans leurs déplacements.

En ce qui concerne les déplacements de la veille du jour de l'enquête, 60 % des personnes de 60-79 ans ayant des déficiences d'ordre mental ont effectué au moins un déplacement hors de leur domicile, contre 80,4 % pour les 60-79 ans n'ayant pas de déficiences identifiées. Pour les personnes ne s'étant pas déplacées la veille, 46 % n'avaient « pas besoin de se déplacer », 28 % n'avaient « pas envie de sortir », 8 % étaient provisoirement incapables de se déplacer, 9 % ont déclaré être « tout à fait incapables » de se déplacer, 3 % ont évoqué la « nécessité de rester sur place », et 5 % une autre raison non explicitée. Pour les personnes du même âge n'ayant pas de déficiences identifiées ne s'étant pas déplacées la veille, 63,3 % n'avaient « pas besoin » de se déplacer, 20,8 % n'avaient « pas envie de sortir », 12,4 % étaient « provisoirement incapables de se déplacer » et 1,8 % ont évoqué la « nécessité de rester sur place ».

En conclusion, ces personnes de 60 à 79 ans, qui ont des déficiences intellectuelles et du psychiques ainsi que des déficiences associées pour certains, sont nombreuses à avoir des difficultés telles par exemple que le remplissage d'un formulaire simple. Sur l'aspect transports et déplacements, seules 57 % possèdent le permis de conduire, mais pour seulement 12 % d'entre elles en raison de leur état de santé. Lorsqu'elles ont le permis, elles conduisent moins et sont deux fois plus nombreuses à avoir arrêté de conduire que les autres personnes du même âge. L'accès aux TC leur cause quelques difficultés et elles sont nombreuses à se déclarer gênées dans leurs déplacements hors du domicile.

Elles sont plus nombreuses que les personnes de la même tranche d'âge à ne pas s'être déplacées la veille de l'enquête.

3.2.2.7 Les personnes de 80 ans et plus

Les personnes de 80 ans et plus représentent 13 % (7,1 % en données pondérées) des personnes ayant des déficiences d'ordre mental (768 personnes) ; 38 % (39,7 %) d'entre elles ont entre 80 et 84 ans, 41 % (41,4 %) ont entre 85 et 89 ans, 17 % (15,5 %) ont entre 90 et 94 ans et 4 % (3 %) entre 95 et 102 ans. Les femmes sont fortement majoritaires : il y a 28 % (29,4 %) d'hommes et 72 % (70,6 %) de femmes.

Les tableaux suivants, figurant en Annexe 2, donnent les caractéristiques de ces personnes : Tableau A2.30, Tableau A2.31, Tableau A2.32, et Tableau A2.33.

Sur la typologie des personnes ayant des déficiences d'ordre mental, décrite dans le Tableau A1.11 (Annexe 1), ces personnes de 80 ans et plus se retrouvent presque toutes, pour 96 % d'entre elles (même proportion en données pondérées) dans la classe 1 de la typologie, qui regroupe des personnes avec des déficiences du type « perte des acquis intellectuels, troubles de la mémoire » ainsi que diverses déficiences associées. Pour les autres personnes, 2 % sont dans la classe 11 (aphasie, dysphasie, dyslexie) et les autres personnes se répartissent très marginalement sur les classes 7, 8, 9 et 10.

Certaines de ces personnes ont des difficultés à communiquer avec leur entourage sans aide (non compris d'éventuels problèmes de surdité) - pour 21 % (18,4 %) d'entre elles, et quelques-unes aussi des difficultés à parler - pour 11,5 % (9,7 %). Pour sortir de leur domicile, seules 40 % (43,9 %) d'entre elles sortent de leur domicile assez souvent et peuvent s'éloigner sans aide, et 36 % (34,8 %) ont des difficultés pour trouver leur chemin quand elles sortent.

Elles savent dans leur grande majorité lire, écrire et compter sans difficulté : respectivement 93 % (94,3 %), 91 % (93,1 %) et 87 % (88,8 %) sont dans ce cas, ces proportions étant légèrement inférieures (surtout pour compter)   celles calculées pour les personnes de la même tranche d'âge de l'enquête HID-1999, qui sont toutes de 98,9 %. Par contre, 60 % (57,1 %) d'entre elles ne peuvent pas remplir les formulaires simples sans aide.

Pour ce qui concerne les déplacements, 63 % (59 %) de ces personnes déclarent avoir des difficultés pour « commander et prendre un taxi ou emprunter le réseau de TC », 91 % (92,6 %) non pas besoin d'avoir accès à un transport spécialisé pour PMR ; 54 % (50 %) d'entre elles déclarent avoir des difficultés pour accéder aux TC ordinaires.

Par ailleurs, 35 % (39,8 %) possèdent le permis voiture, alors que cette proportion est de 63,6 % chez les personnes n'ayant pas de déficiences identifiées, mais cette proportion plus élevée chez ces dernières s'explique en partie par le fait qu'il y a plus d'hommes et qu'ils possèdent beaucoup plus le permis que les femmes de leur catégorie. Et pour les personnes qui ne possèdent pas le permis de conduire, ce n'est pas « en raison d'un problème de santé », pour 96 % (idem) d'entre les personnes de 80 ans et plus ayant des déficiences d'ordre mental. Parmi celles qui ont le permis, 60 % (57,7 %) ont arrêté de conduire, 29 % (30 %) conduisent encore régulièrement, ou occasionnellement (11 % (12,2 %)) ; les personnes de 80 ans et plus n'ayant pas de déficiences identifiées conduisent encore régulièrement, pour 54,7 % d'entre elles, ou occasionnellement (14,3 %), et seules 28,4 % ont arrêté de conduire. Les personnes de 80 ans et plus ayant des déficiences d'ordre mental se distinguent donc des autres personnes du même âge n'ayant pas de déficiences, parce qu'elles sont moins nombreuses à avoir le permis, et surtout parce que lorsqu'elles l'ont, elles conduisent moins et sont plus de deux fois plus nombreuses à avoir arrêté de conduire que les autres personnes du même âge.

A la question portant sur la gêne dans les déplacements du fait d'un handicap ou d'un problème de santé, 21 % (24,6 %) de ces personnes répondent qu'elles n'ont pas de g ne dans leurs

déplacements hors du domicile. Parmi les autres, qui sont gênées dans leurs déplacements, 43 % (39,7 %) déclarent qu'elles ne peuvent pas du tout se déplacer seules, 20 % (19,2 %) qu'elles peuvent se déplacer seules mais seulement sur certains itinéraires et 10 % (10,5 %) qu'elles peuvent quand même se déplacer seules sur tous les itinéraires. Par comparaison, les personnes de 80 ans et plus n'ayant pas de déficiences identifiées déclarent à 99 % ne pas avoir de gêne dans leurs déplacements, mais elles sont très peu nombreuses dans cette catégorie d'âge.

En ce qui concerne les déplacements de la veille du jour de l'enquête, seules 40 % des personnes de 80 ans et plus ayant des déficiences d'ordre mental ont effectué au moins un déplacement hors de leur domicile (contre 67,7 % pour les 80 ans et plus n'ayant pas de déficiences identifiées). Pour les personnes ne s'étant pas déplacées la veille, 37 % n'avaient « pas besoin de se déplacer », 21 % n'avaient « pas envie de sortir », 5 % étaient provisoirement incapables de se déplacer, 23 % ont déclaré être « tout à fait incapables » de se déplacer, 3 % ont évoqué la « nécessité de rester sur place », pour 7 % « il n'y avait personne pour [les] accompagner » et 4 % avaient une autre raison non explicitée. Pour les personnes du même âge n'ayant pas de déficiences identifiées ne s'étant pas déplacées la veille, 72 % n'avaient « pas besoin » de se déplacer, 14,3 % n'avaient « pas envie de sortir », 10,1 % ont évoqué la « nécessité de rester sur place » et 3,5 % ont déclaré avoir une autre raison, non explicitée, pour ne pas être sorties la veille de l'enquête.

En conclusion, ces personnes de 80 ans et plus, qui ont des déficiences du type « perte des acquis intellectuels, troubles de la mémoire » ainsi que pour certaines diverses déficiences associées, sont très nombreuses à avoir des difficultés telles par exemple que le remplissage d'un formulaire simple. Sur l'aspect transports et déplacements, seules un peu plus d'un tiers possèdent le permis de conduire et celles qui ont le permis conduisent moins et sont deux fois plus nombreuses à avoir arrêté de conduire que les autres personnes du même âge, qui n'ont pas de déficiences identifiées. L'accès aux TC leur cause des difficultés et elles sont très nombreuses à se déclarer gênées dans leurs déplacements hors du domicile, beaucoup ne pouvant pas se déplacer seules. Elles sont beaucoup plus nombreuses que les personnes de la même tranche d'âge à ne pas s'être déplacées la veille de l'enquête.

3.2.2.8 Cas particulier des personnes ayant des déficiences d'ordre mental travaillant en CAT

Dans la mesure où l'enquête que nous avons réalisée sur le terrain a été menée de manière plus approfondie auprès de personnes travaillant en ESAT (ex-CAT), nous avons réalisé sur l'enquête HID-1999 une analyse spécifique concernant les personnes ayant des déficiences mentales travaillant en CAT, afin de pouvoir comparer les données de terrain recueillies avec des données quantitatives à visée représentative de la population générale, tout en gardant à l'esprit qu'il s'agit de données datant de 1999.

Sur les 135 personnes travaillant dans un CAT, qui ont été interrogées dans le cadre de l'enquête HID-1999, 125 ont des déficiences d'ordre mental.

Les tableaux suivants, figurant en Annexe 2, donnent les caractéristiques de ces personnes travaillant dans un CAT : Tableau A2.34, Tableau A2.35, Tableau A2.36 et Tableau A2.37.

Nous citons ces résultats dans la partie 3.3.1, consacrée aux résultats de l'enquête de terrain réalisée auprès de personnes en situation de handicap mental travaillant en ESAT, lorsque des comparaisons sont possibles.

3.2.2.9 Conclusion sur les pratiques de déplacements des personnes en situation de handicap d'ordre mental

Pour l'ensemble des catégories d'âge que nous avons examinées, on constate que les personnes ayant des déficiences d'ordre mental sont affectées dans leurs capacités à se déplacer, et dans leur

usage des transports. Les tableaux 6 à 11 résument l'ensemble des comparaisons réalisées, pour chacune des tranches d'âge considérées (à partir de 10 ans et jusqu'à la tranche « 80 ans et plus »), sur l'ensemble des variables portant sur les déplacements et les transports, en comparant les personnes ayant des déficiences d'ordre mental et les personnes n'ayant pas de déficiences.

Ces comparaisons montre des différences à la fois pour l'accès aux transports en commun, pour la possession du permis de conduire et la fréquence de conduire, pour les déplacements réalisés la veille de l'enquête et pour la gêne déclarée lors des déplacements hors du domicile. Nous détaillons ces différences ci-dessous.

Accès aux transports en commun ordinaires

Quelle que soit la catégorie d'âge considérée, les personnes ayant des déficiences d'ordre mental peuvent avoir des difficultés pour accéder aux transports en commun ordinaires ; ces difficultés sont un peu plus importantes pour les 10-19 ans que pour les catégories d'âge adulte jusqu'à 39 ans, et augmentent à partir de la catégorie 40-59 ans, jusqu'à devenir très fréquentes pour les personnes de 80 ans et plus, alors que les personnes n'ayant pas de déficiences identifiées du même âge ne déclarent pas ce type de difficultés.

Permis de conduire et fréquence de conduite

Les personnes ayant des déficiences d'ordre mental sont significativement moins nombreuses à posséder un permis voiture que les personnes n'ayant pas de déficiences identifiées, et ce, quelles que soient les catégories d'âge, à partir de 20 ans. La comparaison des personnes qui n'ont pas le permis montre que la raison de ne pas l'avoir diffère selon que l'on a une déficience d'ordre mental ou pas de déficience : les personnes ayant une déficience d'ordre mental sont beaucoup plus nombreuses à déclarer que c'est « en raison d'un problème de santé ». A partir de la catégorie des personnes de 30 à 39 ans, les personnes avec des déficiences d'ordre mental qui possèdent le permis sont significativement plus nombreuses à conduire moins fréquemment que les personnes sans déficiences identifiées ; parallèlement, la proportion de celles qui ont arrêté de conduire est systématiquement plus importante et elle augmente avec la catégorie d'âge, alors que cette même proportion chez les personnes n'ayant pas de déficiences identifiées ne commence à augmenter qu'à partir de la catégorie des personnes de 60 à 79 ans, et à âge égal reste inférieure à celles des personnes ayant des déficiences d'ordre mental.

Déplacements la veille du jour de l'enquête

Les personnes ayant des déficiences d'ordre mental sont significativement moins nombreuses à s'être déplacées la veille du jour de l'enquête, et ce, pour toutes les catégories d'âge. Les raisons de non déplacement diffèrent également, la raison la plus évoquée par les personnes n'ayant pas de déficiences identifiées étant qu'elles n'avaient pas besoin de le faire, alors que les personnes ayant des déficiences d'ordre mental évoquent plus souvent d'autres raisons, dont des raisons liées à leurs difficultés à se déplacer de manière autonome.

Gêne dans les déplacements hors du domicile

Les personnes ayant des déficiences d'ordre mental sont très nombreuses à se déclarer gênées lors de leurs déplacements hors de leur domicile « du fait d'un handicap ou d'un problème de santé » (alors que les personnes n'ayant pas de déficiences identifiées n'en ont quasiment pas³³). La proportion de personnes gênées varie selon les catégories d'âge : elle est similaire pour les 10-19 ans, 20-29 ans et 30-39 ans, et augmente ensuite avec l'âge, pour devenir très importante pour les 80 ans et plus.

³³ Ce qui est normal puisque cette question a été utilisée par les experts qui ont recodé l'enquête HID et rajouté des déficiences en identifiant les situations de handicap non déclarées au niveau des déficiences, de sorte qu'un individu ayant déclaré une gêne avec cette question passe dans le groupe des personnes ayant des déficiences.

HID-1999 Personnes de 10 à 19 ans	Avec déficiences d'ordre mental		Sans aucune déficience		Significativité (test du chi ²) au seuil 5%
	Effectif	%	Effectif	%	
Age					
10 à 14 ans	162	55,7	174	51,2	NS
15 à 19 ans	129	44,3	166	48,8	
Total	291	100,0	340	100,0	
Pouvez-vous accéder aux TC ordinaires ?					
Oui, sans difficulté	178	63,6	321	95,3	S
Oui, mais avec difficulté	27	9,6	1	0,3	
Non, ils sont trop éloignés	3	1,1	4	1,2	
Non, l'accès ou l'usage des véhicules est trop difficile	37	13,2	1	0,3	
Sans objet : trop jeune	33	11,8	10	3,0	
Ne sait pas	2	0,7	0	0,0	
Total	280	100,0	337	100,0	
Hier, avez-vous effectué au moins un déplacement hors de votre domicile (à partir de 4 h du matin et jusqu'à ce matin 4h) ?					
Oui	245	84,8	310	92,0	S
Non	41	14,2	25	7,4	
Sans objet : trop jeune	1	0,4	0	0,0	
Ne sait pas	2	0,7	2	0,6	
Total	289	100,0	337	100,0	
Pour quelle raison ne vous êtes-vous pas déplacé hier ?					
Pas besoin de me déplacer	15	36,6	10	40,0	NS (effectifs trop faibles)
Pas envie de sortir	9	22,0	8	32,0	
J'étais provisoirement incapable de me déplacer (maladie, maternité)	3	7,3	4	16,0	
Je suis tout à fait incapable de me déplacer	0	0,0	0	0,0	
Nécessité de rester sur place	5	12,2	2	8,0	
Il n'y avait pas de moyen de transport accessible ou disponible	0	0,0	0	0,0	
Il n'y avait personne pour m'accompagner	1	2,4	0	0,0	
Autre	8	19,5	1	4,0	
Total	41	100,0	25	100,0	
Dans vos déplacements hors de votre domicile, êtes-vous gêné du fait d'un handicap ou d'un problème de santé ?					
Sans objet : non autorisé à sortir	1	0,3	0	0,0	S
Pas de gêne	169	58,3	332	98,5	
Gêné mais peut se déplacer seul sur tous itinéraires	17	5,9	1	0,3	
Gêné mais peut se déplacer seul sur certains itinéraires	33	11,4	0	0,0	
Ne peut se déplacer seul	65	22,4	0	0,0	
Sans objet : trop jeune	5	1,7	4	1,2	
Ne sait pas	0	0,0	0	0,0	
Total	290	100,0	337	100,0	

Tableau 6 : Comparaison des pratiques de déplacements des personnes de 10 à 19 ans, entre les personnes ayant des déficiences d'ordre mental et celles n'ayant pas de déficiences [HID-1999]

HID-1999 Personnes de 20 à 29 ans	Avec déficiences d'ordre mental		Sans aucune déficience		Significativité (test du chi2) au seuil 5%
	Effectif	%	Effectif	%	
Age					
20 à 24 ans	123	40,1	166	48,1	S
25 à 29 ans	184	59,9	179	51,9	
Total	307	100,0	345	100,0	
Pouvez-vous accéder aux TC ordinaires ?					
Oui, sans difficulté	222	74,8	330	97,4	S
Oui, mais avec difficulté	32	10,8	1	0,3	
Non, ils sont trop éloignés	5	1,7	7	2,1	
Non, l'accès ou l'usage des véhicules est trop difficile	37	12,5	0	0,0	
Sans objet : trop jeune	1	0,3	1	0,3	
Total	297	100,0	339	100,0	
Possédez-vous un permis "voiture" ?					
Oui	138	45,3	286	84,4	S
Non	167	54,8	53	15,6	
Total	305	100,0	339	100,0	
Si non, est-ce en raison d'un problème de santé ?					
Oui	111	66,5	2	3,8	S
Non	56	33,5	51	96,2	
Total	167	100,0	53	100,0	
Si oui, conduisez-vous une automobile ?					
Oui, régulièrement	103	77,4	241	84,9	NS
Oui, occasionnellement	23	17,3	34	12,0	
Non, plus maintenant	7	5,3	9	3,2	
Total	133	100,0	284	100,0	
Hier, avez-vous effectué au moins un déplacement hors de votre domicile (à partir de 4 h du matin et jusqu'à ce matin 4h) ?					
Oui	262	86,5	317	93,2	S
Non	41	13,5	23	6,8	
Total	303	100,0	340	100,0	
Pour quelle raison ne vous êtes-vous pas déplacé hier ?					
Pas besoin de me déplacer	20	48,8	9	39,1	NS (effectifs trop faibles)
Pas envie de sortir	15	36,6	6	26,1	
J'étais provisoirement incapable de me déplacer (maladie, maternité)	1	2,4	2	8,7	
Je suis tout à fait incapable de me déplacer	2	4,9	0	0,0	
Nécessité de rester sur place	0	0,0	3	13,0	
Il n'y avait pas de moyen de transport accessible ou disponible	0	0,0	0	0,0	
Il n'y avait personne pour m'accompagner	0	0,0	0	0,0	
Autre	3	7,3	3	13,0	
Total	41	100,0	23	100,0	
Dans vos déplacements hors de votre domicile, êtes-vous gêné du fait d'un handicap ou d'un problème de santé ?					
Sans objet : non autorisé à sortir	1	0,3	0	0,0	S
Pas de gêne	167	54,9	337	99,1	
Gêné mais peut se déplacer seul sur tous itinéraires	44	14,5	2	0,6	
Gêné mais peut se déplacer seul sur certains itinéraires	47	15,5	0	0,0	
Ne peut se déplacer seul	45	14,8	0	0,0	
Sans objet : trop jeune	0	0,0	1	0,3	
Ne sait pas	0	0,0	0	0,0	
Total	304	100,0	340	100,0	

Tableau 7 : Comparaison des pratiques de déplacements des personnes de 20 à 29 ans, entre les personnes ayant des déficiences d'ordre mental et celles n'ayant pas de déficiences [HID-1999]

HID-1999 Personnes de 30 à 39 ans	Avec déficiences d'ordre mental		Sans aucune déficience		Significativité (test du chi2) au seuil 5%
	Effectif	%	Effectif	%	
Age					
30 à 34 ans	251	45,7	200	48,2	NS
35 à 39 ans	298	54,3	215	51,8	
Total	549	100,0	415	100,0	
Pouvez-vous accéder aux TC ordinaires ?					
Oui, sans difficulté	394	74,3	399	96,8	S
Oui, mais avec difficulté	72	13,6	0	0,0	
Non, ils sont trop éloignés	21	4,0	10	2,4	
Non, l'accès ou l'usage des véhicules est trop difficile	43	8,1	2	0,5	
Sans objet : trop jeune	0	0,0	1	0,2	
Total	530	100,0	412	100,0	
Possédez-vous un permis "voiture" ?					
Oui	321	58,7	369	89,6	S
Non	226	41,3	43	10,4	
Total	547	100,0	412	100,0	
Si non, est-ce en raison d'un problème de santé ?					
Oui	139	61,5	1	2,3	S
Non	86	38,1	42	97,7	
Ne sait pas	1	0,4	0	0,0	
Total	226	100,0	43	100,0	
Si oui, conduisez-vous une automobile ?					
Oui, régulièrement	232	73,7	337	91,6	S
Oui, occasionnellement	38	12,1	25	6,8	
Non, plus maintenant	45	14,3	6	1,6	
Total	315	100,0	368	100,0	
Hier, avez-vous effectué au moins un déplacement hors de votre domicile (à partir de 4 h du matin et jusqu'à ce matin 4h) ?					
Oui	435	79,5	381	92,5	S
Non	111	20,3	29	7,0	
Sans objet : trop jeune	0	0,0	1	0,2	
Ne veut pas répondre	0	0,0	1	0,2	
Ne sait pas	1	0,2	0	0,0	
Total	547	100,0	412	100,0	
Pour quelle raison ne vous êtes-vous pas déplacé hier ?					
Pas besoin de me déplacer	36	32,4	15	51,7	NS (effectifs trop faibles)
Pas envie de sortir	42	37,8	10	34,5	
J'étais provisoirement incapable de me déplacer (maladie, maternité)	14	12,6	1	3,5	
Je suis tout à fait incapable de me déplacer	8	7,2	0	0,0	
Nécessité de rester sur place	2	1,8	2	6,9	
Il n'y avait pas de moyen de transport accessible ou disponible	0	0,0	0	0,0	
Il n'y avait personne pour m'accompagner	3	2,7	0	0,0	
Autre	6	5,4	1	3,5	
Total	111	100,0	29	100,0	
Dans vos déplacements hors de votre domicile, êtes-vous gêné du fait d'un handicap ou d'un problème de santé ?					
Sans objet : non autorisé à sortir	2	0,4	0	0,0	S
Pas de gêne	299	54,5	410	99,5	
Gêné mais peut se déplacer seul sur tous itinéraires	92	16,8	1	0,2	
Gêné mais peut se déplacer seul sur certains itinéraires	90	16,4	0	0,0	
Ne peut se déplacer seul	66	12,0	0	0,0	
Sans objet : trop jeune	0	0,0	1	0,2	
Ne sait pas	0	0,0	0	0,0	
Total	549	100,0	412	100,0	

Tableau 8 : Comparaison des pratiques de déplacements des personnes de 30 à 39 ans, entre les personnes ayant des déficiences d'ordre mental et celles n'ayant pas de déficiences [HID-1999]

HID-1999 Personnes de 40 à 59 ans	Avec déficiences d'ordre mental		Sans aucune déficience		Significativité (test du chi2) au seuil 5%
	Effectif	%	Effectif	%	
Age					
40 à 44 ans	381	21,1	213	25,9	S
45 à 49 ans	499	27,7	207	25,2	
50 à 54 ans	510	28,3	237	28,9	
55 à 59 ans	412	22,9	164	20,0	
Total	1802	100,0	821	100,0	
Pouvez-vous accéder aux TC ordinaires ?					
Oui, sans difficulté	1186	68,6	788	96,6	S
Oui, mais avec difficulté	263	15,2	3	0,4	
Non, ils sont trop éloignés	85	4,9	24	2,9	
Non, l'accès ou l'usage des véhicules est trop difficile	188	10,9	1	0,1	
Sans objet : trop jeune	1	0,1	0	0,0	
Ne sait pas	6	0,4	0	0,0	
Total	1729	100,0	816	100,0	
Possédez-vous un permis "voiture" ?					
Oui	1247	69,4	707	86,6	S
Non	551	30,7	109	13,4	
Total	1798	100,0	816	100,0	
Si non, est-ce en raison d'un problème de santé ?					
Oui	258	46,8	3	2,8	S
Non	292	53,0	106	97,3	
Ne sait pas	1	0,2	0	0,0	
Total	551	100,0	109	100,0	
Si oui, conduisez-vous une automobile ?					
Oui, régulièrement	847	70,2	652	92,5	S
Oui, occasionnellement	163	13,5	30	4,3	
Non, plus maintenant	197	16,3	23	3,3	
Total	1207	100,0	705	100,0	
Hier, avez-vous effectué au moins un déplacement hors de votre domicile (à partir de 4 h du matin et jusqu'à ce matin 4h) ?					
Oui	1332	74,5	745	91,3	S
Non	453	25,4	69	8,5	
Sans objet : trop jeune	1	0,1	0	0,0	
Ne veut pas répondre	0	0,0	0	0,0	
Ne sait pas	1	0,1	2	0,3	
Total	1787	100,0	816	100,0	
Pour quelle raison ne vous êtes-vous pas déplacé hier ?					
Pas besoin de me déplacer	190	41,9	49	71,0	S
Pas envie de sortir	154	34,0	12	17,4	
J'étais provisoirement incapable de me déplacer (maladie, maternité)	42	9,3	6	8,7	
Je suis tout à fait incapable de me déplacer	22	4,9	0	0,0	
Nécessité de rester sur place	11	2,4	0	0,0	
Il n'y avait pas de moyen de transport accessible ou disponible	2	0,4	1	1,5	
Il n'y avait personne pour m'accompagner	17	3,8	0	0,0	
Autre	15	3,3	1	1,5	
Total	453	100,0	69	100,0	
Dans vos déplacements hors de votre domicile, êtes-vous gêné du fait d'un handicap ou d'un problème de santé ?					
Sans objet : non autorisé à sortir	10	0,6	0	0,0	S
Pas de gêne	811	45,1	806	98,8	
Gêné mais peut se déplacer seul sur tous itinéraires	421	23,4	9	1,1	
Gêné mais peut se déplacer seul sur certains itinéraires	351	19,5	1	0,1	
Ne peut se déplacer seul	204	11,4	0	0,0	
Sans objet : trop jeune	0	0,0	0	0,0	
Ne sait pas	0	0,0	0	0,0	
Total	1797	100,0	816	100,0	

Tableau 9 : Comparaison des pratiques de déplacements des personnes de 40 à 69 ans, entre les personnes ayant des déficiences d'ordre mental et celles n'ayant pas de déficiences [HID-1999]

HID-1999 Personnes de 60 à 79 ans	Avec déficiences d'ordre mental		Sans aucune déficience		Significativité (test du chi2) au seuil 5%
	Effectif	%	Effectif	%	
Age					
60 à 64 ans	419	20,5	136	13,0	S
65 à 69 ans	477	23,4	139	13,3	
70 à 74 ans	585	28,7	473	45,3	
75 à 79 ans	560	27,4	297	28,4	
Total	2041	100,0	1045	100,0	
Pouvez-vous accéder aux TC ordinaires ?					
Oui, sans difficulté	1105	58,3	975	93,9	S
Oui, mais avec difficulté	315	16,6	10	1,0	
Non, ils sont trop éloignés	167	8,8	52	5,0	
Non, l'accès ou l'usage des véhicules est trop difficile	297	15,7	1	0,1	
Sans objet : trop jeune	3	0,2	0	0,0	
Ne sait pas	9	0,5	0	0,0	
Total	1896	100,0	1038	100,0	
Possédez-vous un permis "voiture" ?					
Oui	1162	57,1	743	71,6	S
Non	874	42,9	295	28,4	
Total	2036	100,0	1038	100,0	
Si non, est-ce en raison d'un problème de santé ?					
Oui	107	12,2	4	1,4	S
Non	767	87,8	291	98,6	
Total	874	100,0	295	100,0	
Si oui, conduisez-vous une automobile ?					
Oui, régulièrement	680	61,8	596	80,2	S
Oui, occasionnellement	147	13,4	60	8,1	
Non, plus maintenant	274	24,9	87	11,7	
Total	1101	100,0	743	100,0	
Hier, avez-vous effectué au moins un déplacement hors de votre domicile (à partir de 4 h du matin et jusqu'à ce matin 4h) ?					
Oui	1203	59,7	798	76,9	S
Non	812	40,3	239	23,0	
Sans objet : trop jeune	0	0,0	0	0,0	
Ne veut pas répondre	0	0,0	0	0,0	
Ne sait pas	1	0,1	1	0,1	
Total	2016	100,0	1038	100,0	
Pour quelle raison ne vous êtes-vous pas déplacé hier ?					
Pas besoin de me déplacer	373	45,9	166	69,5	S
Pas envie de sortir	223	27,5	50	20,9	
J'étais provisoirement incapable de me déplacer (maladie, maternité)	65	8,0	7	2,9	
Je suis tout à fait incapable de me déplacer	70	8,6	0	0,0	
Nécessité de rester sur place	24	3,0	8	3,4	
Il n'y avait pas de moyen de transport accessible ou disponible	2	0,3	1	0,4	
Il n'y avait personne pour m'accompagner	17	2,1	2	0,8	
Autre	38	4,7	5	2,1	
Total	812	100,0	239	100,0	
Dans vos déplacements hors de votre domicile, êtes-vous gêné du fait d'un handicap ou d'un problème de santé ?					
Sans objet : non autorisé à sortir	13	0,6	0	0,0	S
Pas de gêne	845	41,7	1018	98,1	
Gêné mais peut se déplacer seul sur tous itinéraires	378	18,6	17	1,6	
Gêné mais peut se déplacer seul sur certains itinéraires	422	20,8	3	0,3	
Ne peut se déplacer seul	369	18,2	0	0,0	
Sans objet : trop jeune	0	0,0	0	0,0	
Ne sait pas	2	0,1	0	0,0	
Total	2029	100,0	1038	100,0	

Tableau 10 : Comparaison des pratiques de déplacements des personnes de 60 à 79 ans, entre les personnes ayant des déficiences d'ordre mental et celles n'ayant pas de déficiences [HID-1999]

HID-1999 Personnes de 80 ans et +	Avec déficiences d'ordre mental		Sans aucune déficience		Significativité (test du chi2) au seuil 5%
	Effectif	%	Effectif	%	
Age					
80 à 84 ans	290	37,8	71	61,7	S
85 à 89 ans	316	41,2	36	31,3	
90 à 94 ans	130	16,9	7	6,1	
95 à 99 ans	30	3,9	1	0,9	
100 à 105 ans	2	0,3	0	0,0	
Total	768	100,0	115	100,0	
Pouvez-vous accéder aux TC ordinaires ?					
Oui, sans difficulté	196	35,4	103	92,8	S
Oui, mais avec difficulté	84	15,2	3	2,7	
Non, ils sont trop éloignés	56	10,1	5	4,5	
Non, l'accès ou l'usage des véhicules est trop difficile	213	38,5	0	0,0	
Sans objet : trop jeune	2	0,4	0	0,0	
Ne sait pas	2	0,4	0	0,0	
Total	553	100,0	111	100,0	
Possédez-vous un permis "voiture" ?					
Oui	269	35,2	69	62,2	S
Non	494	64,6	42	37,8	
Ne sait pas	2	0,3	0	0,0	
Total	765	100,0	111	100,0	
Si non, est-ce en raison d'un problème de santé ?					
Oui	21	4,3	0	0,0	NS
Non	473	95,8	42	100,0	
Total	494	100,0	42	100,0	
Si oui, conduisez-vous une automobile ?					
Oui, régulièrement	63	28,8	43	62,3	S
Oui, occasionnellement	25	11,4	7	10,1	
Non, plus maintenant	131	59,8	19	27,5	
Total	219	100,0	69	100,0	
Hier, avez-vous effectué au moins un déplacement hors de votre domicile (à partir de 4 h du matin et jusqu'à ce matin 4h) ?					
Oui	284	40,0	78	70,3	S
Non	424	59,7	33	29,7	
Sans objet : trop jeune	1	0,1	0	0,0	
Ne veut pas répondre	0	0,0	0	0,0	
Ne sait pas	1	0,1	0	0,0	
Total	710	100,0	111	100,0	
Pour quelle raison ne vous êtes-vous pas déplacé hier ?					
Pas besoin de me déplacer	155	36,6	24	72,7	S
Pas envie de sortir	88	20,8	5	15,2	
J'étais provisoirement incapable de me déplacer (maladie, maternité)	22	5,2	0	0,0	
Je suis tout à fait incapable de me déplacer	98	23,1	0	0,0	
Nécessité de rester sur place	14	3,3	2	6,1	
Il n'y avait pas de moyen de transport accessible ou disponible	2	0,5	0	0,0	
Il n'y avait personne pour m'accompagner	29	6,8	0	0,0	
Autre	16	3,8	2	6,1	
Total	424	100,0	33	100,0	
Dans vos déplacements hors de votre domicile, êtes-vous gêné du fait d'un handicap ou d'un problème de santé ?					
Sans objet : non autorisé à sortir	45	6,0	0	0,0	S
Pas de gêne	157	20,8	109	98,2	
Gêné mais peut se déplacer seul sur tous itinéraires	76	10,1	2	1,8	
Gêné mais peut se déplacer seul sur certains itinéraires	147	19,5	0	0,0	
Ne peut se déplacer seul	328	43,4	0	0,0	
Sans objet : trop jeune	1	0,1	0	0,0	
Ne sait pas	1	0,1	0	0,0	
Total	755	100,0	111	100,0	

Tableau 11 : Comparaison des pratiques de déplacements des personnes de 80 ans et plus, entre les personnes ayant des déficiences d'ordre mental et celles n'ayant pas de déficiences [HID-1999]

3.3 Une investigation de terrain en 2010

3.3.1 Les personnes ayant un handicap mental

Nous décrivons ici les pratiques des transports et les difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap mental, en nous appuyant sur l'enquête que nous avons réalisée, dans le cadre du projet POTAS, auprès de l'ADAPEI du Rhône. Les données recueillies résultent d'une part des entretiens menés auprès de deux représentants de l'association, et d'autre part de l'enquête par questionnaire réalisée auprès de 194 personnes travaillant dans deux ESAT gérés par l'ADAPEI l'un situé à Lyon, l'autre à Vénissieux. Quelques résultats de l'enquête HID 1999 sont également cités, pour les quelques aspects sur lesquels il a été possible de produire des analyses complémentaires à des fins de comparaison de notre échantillon. Enfin, une synthèse est réalisée (paragraphe 3.3.1.4) en intégrant aussi les résultats d'une étude réalisée en région grenobloise (Cuchet, 2007).

3.3.1.1 Profil social et psychologique

Les personnes en situation de handicap mental dont les familles adhèrent à l'ADAPEI sont des personnes avec une déficience intellectuelle isolée ou associée à d'autres formes de handicap, notamment moteur, ou encore un trouble envahissant du développement (dont l'autisme). Ces personnes sont notamment prises en charge dans des IME, IMPRO, ESAT et foyers pour personnes vieillissantes. L'ADAPEI du Rhône gère 47 établissements accueillant en tout 2500 personnes, dont environ 700 en ESAT. Les personnes travaillant en ESAT sont les plus autonomes.

Le questionnaire POTAS a été transmis par nos correspondants de l'ADAPEI à deux ESAT, et diffusé, sans notre intervention, par l'intermédiaire de moniteurs de ces ESAT. Sur les 194 questionnaires que nous avons ensuite récupérés, ces moniteurs ont apporté une aide dans 78 % des cas et rempli eux-mêmes le questionnaire dans 5 % des cas, tandis que 17 % des personnes l'ont rempli seules. Sur nos répondants, on retrouve plus d'hommes (56 %) que de femmes. Ces personnes ont entre 19 et 56 ans (moyenne 38,5 ans, écart-type 9,4 ans). La majorité d'entre elles (78 %) habitent en domicile ordinaire, les autres (22 %) vivant en foyer, en institution ou en centre ; 10 % vivent seules à leur propre domicile.

Avec notre questionnaire l'identification du handicap a posé quelques problèmes. Le fait que la personne travaille dans un ESAT accueillant des travailleurs handicapés ayant une déficience intellectuelle nous permettait d'avoir une première indication, mais nous souhaitons quand même poser une question portant sur l'identification du handicap, pour avoir éventuellement plus de précisions. Tout d'abord, 36 % des questionnaires ne comportent pas de réponse à cette question. Renseignements pris a posteriori auprès des moniteurs ayant aidé les personnes à remplir les questionnaires, il s'avère que dans la grande majorité des cas, les personnes concernées ne peuvent pas répondre à cette question concernant le handicap (« Quel problème de santé, déficience ou handicap avez-vous ? »), soit parce qu'elles ne savent pas qu'elles ont un handicap, soit parce qu'elles sont dans le déni de ce handicap. Le taux de réponse obtenu ne veut pas dire grand-chose, car de plus, les partis pris ont été différents selon les ESAT : dans l'un les moniteurs ont choisi de renseigner eux-mêmes la question, tandis que dans l'autre, certains moniteurs ont choisi de ne pas répondre à la question lorsque la personne concernée ne donnait pas d'indication (dans l'un des cas parce qu'il s'agissait d'un moniteur en stage qui ne connaissait pas bien les personnes concernées).

Néanmoins, pour les 67 % de réponses obtenues sur le handicap, on retrouve : la mention de la déficience intellectuelle ou mentale pour 63 % des réponses exprimées, la trisomie pour 4 %, l'autisme dans 1 cas, les crises d'épilepsie dans 4 cas, la dépression dans 2 cas, les troubles maniaco-dépressifs dans 2 cas, les troubles du comportement dans 2 cas, les troubles psychomoteurs

dans 1 cas, la dysphasie dans 1 cas, les autres réponses concernant plutôt des troubles associés, qui faisaient l'objet de la question suivante.

Pour ce qui est des troubles associés à la déficience intellectuelle, ils concerneraient 31 % des personnes de l'échantillon de notre enquête dans les ESAT, dont pour un tiers d'entre elles de nature non précisée, et pour 28 % d'entre elles des déficiences motrices, pour 22 % des déficiences du langage, pour 12 % des déficiences auditives, pour 8 % des déficiences urinaires ou digestives, pour 7 % des déficiences respiratoires, cardiovasculaire ou hormonales, pour 5 % des déficiences visuelles, quelques personnes cumulant par ailleurs plusieurs types de déficiences. D'après nos interlocuteurs de l'ADAPEI du Rhône, les personnes atteintes de déficience mentale ont très souvent aussi des problèmes d'équilibre.

Pour ce qui est des aptitudes, si on analyse les difficultés déclarées par les personnes enquêtées dans la liste proposée par notre questionnaire, on peut répartir les items en 5 groupes (voir le Tableau A3.1 figurant en Annexe 3, sur lequel les items sont classés par ordre croissant de difficulté) :

- les items pour lesquels il y a le plus de personnes déclarant beaucoup de difficultés concernent l'écriture, la lecture, et le fait de se retrouver seul dans un lieu inconnu, ainsi que la capacité à entrer en contact avec quelqu'un d'inconnu, bien que ce dernier item ait suscité un taux de non réponses deux fois plus important que les items précédemment cités, ce qui peut dénoter soit une difficulté à comprendre l'item, soit une difficulté à se prononcer, qui serait due au caractère ambigu de l'item (par exemple une personne peut avoir beaucoup de facilité à rentrer en contact avec des inconnus, mais le faire de manière « socialement inappropriée »).
- Dans le sens de la difficulté décroissante, vient ensuite un ensemble d'items provoquant majoritairement des difficultés, même si c'est pour un peu moins de personnes : être seul dans un lieu où il y a beaucoup de monde, maîtriser ses émotions, mener une conversation, réagir à un événement imprévu. L'item « communiquer par des gestes » a été très mal compris (voire rejeté ?) puisqu'il a suscité un taux de non réponse de 17 %, c'est-à-dire près de 8 fois plus important que le taux moyen de non-réponses des autres items.
- Deux items suscitent quelques difficultés pour une majorité de personnes : se contrôler et apprendre une nouvelle tâche.
- Un ensemble d'items suscite entre quelques et aucune difficultés pour une majorité de personnes : se concentrer, prendre des initiatives, garder des choses en mémoire, se faire comprendre, comprendre ce qu'on dit.
- Enfin, trois items ne suscitent aucune difficulté déclarée pour plus des trois quarts des personnes : respecter des règles, savoir où l'on se trouve, savoir à quel moment de la journée on est.

Nous avons cherché ici à déterminer des tendances générales, sans objectif de quantification précise, sachant que deux types de biais peuvent potentiellement influencer sur les déclarations : d'une part la minimisation (ou non connaissance) des difficultés, ainsi qu'une plus grande difficulté à comprendre, lorsque les personnes ont répondu seules, et d'autre part la vision peut-être pas complètement objective ou renseignée de la personne qui a répondu à la place de la personne concernée. Par ailleurs, il est très vraisemblable que les personnes de notre échantillon ont des profils différents, que nous n'avons pas pour objectif de déterminer ici.

Il ressort de notre analyse que de manière générale, les personnes enquêtées n'ont pas de problème de conscience du moment et du lieu où elles se trouvent, et n'ont pas de difficultés pour respecter des règles, aptitudes qui ne sont guère surprenantes dans la mesure où ces personnes travaillent en ESAT. Cependant, ces personnes peuvent se retrouver en situation de handicap vis-à-vis de l'écrit et ne sont pas à l'aise dans la relation aux autres. Enfin, elles sont capables de prendre des initiatives et

donc d'une certaine autonomie, mais celle-ci reste limitée car elles risquent majoritairement de se retrouver en situation de handicap lorsqu'il faut réagir à un événement imprévu.

3.3.1.2 Pratiques de déplacement

Les ESAT où travaillent les personnes enquêtées dans le cadre du projet POTAS sont desservis par les bus des Transports en Commun Lyonnais, et bénéficient aussi d'un service organisé de bus de ramassage, correspondant à la dernière partie du trajet des personnes concernées. Les personnes enquêtées vivent à Lyon, ou dans les communes environnantes, certaines proches de leur ESAT, d'autres plus éloignées. Elles travaillent dans leur grande majorité cinq jours par semaine (pour 92 % d'entre elles), et n'effectuent qu'un aller-retour domicile-travail par jour (pour 95 % d'entre elles).

En ce qui concerne l'identification précise des modes de déplacement, il faut préciser que le recueil a été mal réalisé (car peut-être trop complexe) et qu'un défaut de conception de notre questionnaire rend les réponses ambiguës : nous n'avons en effet pas différencié le bus ordinaire (TC) et le bus spécifique qui effectue une tournée de ramassage pour amener les personnes à leur ESAT. L'item « bus spécialisé » est apparu également comme ambigu et a aussi pu être confondu et utilisé pour désigner le bus de ramassage de l'ESAT.

Avec ces réserves, on peut retenir que les trajets domicile-travail (en général identiques aux trajets travail-domicile, en ordre inverse lorsqu'il y a plusieurs modes) sont réalisés (voir Tableau A3.2 en Annexe 3) pour 81 % des personnes en autonomie, dont pour 67 % en TC ordinaires et pour 14 % en mode individuel (à pieds principalement). Parmi les non-réponses, certaines d'entre elles vérifiées à posteriori par entretiens correspondent à des cas où la personne est accompagnée par un membre de sa famille jusqu'au lieu de ramassage du bus de l'ESAT.

Parmi les usagers des TC ordinaires, 59 % viennent uniquement en bus, dont pour 2 % avec des correspondances, 25 % viennent soit avec le tramway uniquement, soit avec le tramway et des correspondances avec le bus, 15 % prennent le métro, presque pour tous avec une correspondance avec le bus. Il faut préciser qu'aucun des deux ESAT dans lesquels le questionnaire a été passé ne se situe à proximité d'une station de métro.

Le trajet domicile-travail est réalisé, de manière accompagnée, pour 9 % des personnes enquêtées avec un transport spécialisé ou le bus de l'ESAT et elles sont 6 % à venir en voiture comme passager.

A titre de comparaison pour ces résultats concernant les modes de déplacement : 65 % des personnes de l'enquête HID-1999 qui travaillaient en CAT déclaraient pouvoir se débrouiller seules, avec ou sans difficultés pour « commander et prendre un taxi ou pour emprunter le réseau de TC » et 85,5 % pouvoir accéder aux TC ordinaires, avec ou sans difficultés. Et pour comparer avec des données plus récentes, d'après une étude menée en région grenobloise (Cuchet, 2007) près des trois quarts des travailleurs handicapés des ESAT utilisent les TC.

La Figure A3.1 (Annexe 3) donne le temps du trajet domicile-travail pour les 178 personnes ayant fourni l'information. Ce temps est particulièrement important pour un grand nombre de personnes, ceci pouvant être expliqué d'une part par le grand nombre de correspondances pour certains, du fait de la distance entre leur domicile et leur lieu de travail, d'autre part par le fait que certaines personnes prennent le bus de ramassage en début de tournée, et restent donc présentes longtemps, en faisant un trajet qui n'est pas direct depuis chez elles. Enfin, d'autres explications, ayant trait aux expériences vécues en lien avec les troubles concernés peuvent être mises en avant. On peut citer à ce sujet un exemple recueilli lors d'un entretien réalisé auprès de la mère d'une personne ayant répondu au questionnaire. Cette personne a en effet expliqué que son fils de 42 ans ne prenait plus le métro (qu'elle lui avait pourtant appris à utiliser) à la suite d'une mauvaise expérience : alors qu'il se trouvait dans le métro, celui-ci s'est arrêté et les passagers se sont retrouvés dans l'obscurité totale ; il a alors eu très peur et depuis, il refuse de prendre le métro pour se rendre au travail, alors que cela lui

raccourcirait beaucoup son trajet ; il prend donc 3 bus successivement et son trajet dure plus de 40 minutes.

3.3.1.3 Gêne et difficultés dans les transports

A la question portant sur la gêne dans les TC (« Etes-vous gêné(e) par votre problème de santé quand vous utilisez les transports en commun ? »), 14 % des personnes enquêtées ont répondu « oui », tandis qu'à la question plus générale sur la gêne dans les déplacements « hors du lieu de vie », 21 % des personnes ont déclaré qu'elles étaient gênées, dont 8 % avec la précision qu'elles avaient besoin d'être accompagnées sur certains trajets, 7 % ne pouvant pas se déplacer seules et 6 % gênées mais n'ayant pas besoin d'être accompagnées. Pour les travailleurs en CAT de l'enquête HID (voir Tableau A2.37 en Annexe 2), ces dernières proportions étaient respectivement de 59 %, 34 %, 15 % et 10 %, avec donc une plus forte proportion de personnes gênées, notamment limitées pour certains itinéraires.

Le Tableau A3.3 (Annexe 3) donne la liste des activités liées à l'usage des transports pour lesquelles la personne devait indiquer ses éventuelles difficultés, avec un classement par ordre décroissant de difficultés déclarées. On voit que les taux de non-réponses sont plus élevés que pour le tableau des difficultés d'ordre général (7,5 % contre 2,5 % pour les items du Tableau A3.1). On peut expliquer ceci d'une part parce que le tableau arrivait vers la fin d'un questionnaire perçu déjà comme complexe, d'autre part parce que certaines personnes (où les personnes qui les aidaient à répondre) ont estimé qu'elles n'étaient pas concernées par la question dans la mesure où elles n'utilisaient pas actuellement les TC, ou bien pas en autonomie.

On constate avec ce tableau qu'une grande partie des activités correspondant à la réalisation d'un trajet en bus ne posent aucune difficulté pour une majorité de personnes (repérer l'arrêt de bus, reconnaître à quel arrêt descendre, monter dans le bon bus, choisir le bon côté de la route pour accéder au bus, savoir à quel moment demander l'arrêt de bus, se rendre à l'arrêt de bus à l'heure indiquée). D'après le Tableau A3.2, 56 % des personnes utilisent le bus pour venir travailler (même s'il reste une ambiguïté vis-à-vis du bus de ramassage, un certain nombre de ces activités - comme celles liées au point de ramassage - restent quand même valides). L'apprentissage préalable du trajet avant sa réalisation régulière est une pratique mise en place par la famille ou les établissements ; cet apprentissage est nécessaire pour de nombreuses personnes ayant une déficience mentale (Cuchet, 2007). D'après notre enquête, que le trajet ait été appris ou non, une fois le trajet connu, ces activités sont réalisables en autonomie.

Pour ce qui est du métro, on a vu au chapitre des déplacements que les personnes enquêtées utilisaient peu le métro (11 % d'entre elles en tout d'après le Tableau A3.2). Les activités associées à l'usage du métro figurant dans la liste proposée (savoir comment et où valider le ticket, choisir le bon quai) font partie des activités ne posant pas de difficulté pour une majorité de personnes. La validation du ticket apparaît même en tête des activités ne posant pas de difficulté pour une majorité de personnes (sachant néanmoins - cela a été confirmé par quelques entretiens - que de nombreuses personnes ont un abonnement), tandis que le choix du bon quai a le pourcentage de personnes déclarant des difficultés le plus important parmi les activités « les moins difficiles » et un taux de non-réponse relativement élevé.

D'autres activités liées au trajet en bus semblent poser parfois quelques difficultés pour certaines personnes : savoir par quel chemin se rendre à l'arrêt de bus, repérer où en est le bus dans son trajet, identifier la direction finale du bus à prendre. C'est le cas aussi pour « demander de l'aide en cas de problème ». On retrouve par ailleurs pour cet item un lien avec les difficultés déclarées pour entrer en contact avec quelqu'un d'inconnu (cf. 3.3.1.1) : plus des trois quarts des personnes ayant déclaré beaucoup de difficultés pour entrer en contact avec quelqu'un d'inconnu déclarent aussi beaucoup de difficultés à demander de l'aide en cas de problème.

Deux items ont suscité un taux de non-réponses particulièrement élevé : « éviter les dangers potentiels » et « utiliser un distributeur automatique de tickets ». Le premier item a peut-être été non compris pour certaines personnes, tandis qu'il est vraisemblable qu'un certain nombre de personnes n'ont pas répondu pour le deuxième car elles se sont considérées comme non concernées.

Les activités pour lesquelles le nombre de personnes ayant déclaré des difficultés est le plus important correspondent principalement à des activités liées à la planification en amont du déplacement où bien aux informations à recueillir en cours de trajet, activités qui peuvent nécessiter certaines capacités intellectuelles en l'état actuel des modes d'affichage proposés dans les TC : calculer le temps de trajet à partir d'un horaire de bus, repérer un lieu dans un plan de ville, repérer une station dans un plan de métro, comprendre un horaire de bus, savoir le temps restant à attendre à l'arrêt, choisir le mode de transport approprié à une destination. Les achats de tickets à un guichet peuvent poser également beaucoup de difficultés, ce que l'on peut mettre en lien avec les difficultés à entrer en contact avec quelqu'un d'inconnu, identifiées plus haut (en 3.3.1.1) : les personnes déclarant beaucoup de difficultés pour acheter un ticket à un guichet sont aussi majoritairement celles qui ont déclaré avoir des difficultés à entrer en contact avec quelqu'un d'inconnu. Outre le fait qu'il ait suscité un fort taux de non-réponses, l'item « utiliser un distributeur automatique de tickets » fait aussi partie des activités identifiées comme pouvant poser des difficultés à une forte proportion de personnes.

Certaines des personnes enquêtées déclarent qu'il leur arrive de ressentir de l'anxiété lorsqu'elles se déplacent dans les TC (en réponse à la question « Vous arrive-t-il de vous sentir anxieux(se) lorsque vous vous déplacez en bus/tramway ou métro ? ») : 30 % se sentent toujours anxieuses, 20 % se sentent parfois anxieuses. De plus, parmi les personnes ayant répondu à cette question qu'elles ne se sentaient « jamais anxieuses », certaines désignent quand même des situations qui les rendent anxieuses dans la liste de celles qui leur étaient proposées dans le questionnaire à la question suivante. Le Tableau A3.4 (Annexe 3) classe les situations pouvant rendre les personnes anxieuses, par ordre décroissant du nombre de personnes ayant déclaré que la situation les rendait anxieuses. Deux situations sont citées par près d'un tiers des personnes : lorsque le bus change d'itinéraire de manière imprévue, et la présence de beaucoup de monde dans le bus. Les distributeurs automatiques de tickets arrivent ensuite, cités comme sources d'anxiété par la même proportion de personnes que le fait d'emprunter les souterrains dans le métro (12 % des personnes) ; une proportion similaire de personnes déclare qu'être en situation d'attendre le bus peut provoquer de l'anxiété (11 %). Quelques autres situations anxiogènes ont été citées, parmi lesquelles on retrouve notamment les retards, la gestion de l'imprévu, avec les grèves, les intempéries ou les dysfonctionnements de machines, ainsi que les relations avec les autres.

Enfin, au chapitre des difficultés rencontrées dans l'usage des transports, deux difficultés supplémentaires ont été citées. L'une concerne la tarification du transport lorsque la personne est accompagnée. En effet la personne qui évoque cette difficulté, précisant tout d'abord que son handicap n'est pas prévu dans les conditions d'accès au transport spécialisé, explique qu'elle trouve injuste que lors de l'usage des TC, l'accompagnateur et la personne accompagnée payent tous les deux un ticket à plein tarif. L'autre difficulté citée concerne le fait que lorsqu'il y a beaucoup de monde, il est difficile d'entrer et de sortir du bus, les personnes ne s'écartant pas et bloquant l'entrée ou la sortie ; la personne qui évoque cette difficulté suggère que l'on « mette du personnel agréementé pour canaliser les voyageurs ».

Il serait intéressant, pour compléter ces analyses faites sur les données recueillies auprès des personnes travaillant dans des ESAT, d'une part de réaliser un traitement permettant de classer les personnes en fonction des difficultés qu'elles rencontrent dans l'usage des transports, et d'autre part de partir de profils d'individus (à définir à partir des items du Tableau A3.1), pour identifier les difficultés dans l'usage des transports associées à chacun de ces profils (difficultés identifiées par les items du Tableau A3.3 et du Tableau A3.4).

3.3.1.4 Conclusions pour les personnes en situation de handicap mental travaillant en ESAT

Nous pouvons tirer ici quelques conclusions générales concernant l'usage des transports et les difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap mental suffisamment autonomes pour pouvoir travailler dans un ESAT. Ces conclusions s'appuient d'une part sur les résultats de notre enquête auprès de personnes travaillant dans deux ESAT gérés par l'ADAPEI du Rhône, d'autre part sur les résultats d'une enquête menée pour partie auprès de personnes travaillant dans des ESAT de la région grenobloise (Cuchet, 2007). Il faut cependant garder à l'esprit que ce sont des conclusions générales, des tendances, et que selon les individus, les caractéristiques évoquées sont plus ou moins présentes.

Difficultés d'ordre général

Les personnes en situation de handicap mental travaillant en ESAT font partie des personnes ayant des déficiences mentales qui sont les plus autonomes. Elles ont néanmoins dans leur majorité beaucoup de difficultés avec la lecture et l'écriture et auraient beaucoup de difficultés à se retrouver seules dans un lieu inconnu, d'autant plus qu'elles ont des difficultés à entrer en contact avec quelqu'un d'inconnu. De manière générale, elles auront beaucoup de difficultés à réagir à un événement imprévu. En termes relationnels, elles ont dans l'ensemble du mal à mener une conversation, à maîtriser leurs émotions, et le fait de se retrouver dans un lieu où il y a beaucoup de monde peut leur poser des problèmes.

Pratiques de déplacement

Pour ce qui concerne leurs déplacements, ces personnes utilisent beaucoup les TC, principalement pour se rendre sur leur lieu de travail - également, de manière plus marginale, pour les loisirs et les consultations médicales) : en moyenne, près des trois quarts des 566 personnes travaillant dans les 9 ESAT de la région grenobloise étudiés dans le rapport ODPHI (Cuchet, 2007) utilisent les TC ; 67 % des personnes dans notre enquête auprès de 194 personnes travaillant dans deux ESAT de la région lyonnaise utilisent les TC pour se rendre sur leur lieu de travail. Une très faible proportion de ces personnes conduit une voiture, mais elles utilisent la voiture en tant que passager, un membre de leur famille les accompagnant pour tout ou partie de certains de leurs trajets. Elles peuvent combiner plusieurs modes pour leurs déplacements vers leur lieu de travail : plusieurs modes TC successifs, ou bien par exemple un premier mode (métro, tramway ou bus des TC ordinaire, ou bien voiture conduite par un membre de la famille) pour se rendre au point de ramassage du bus de l'ESAT. Ces situations correspondent soit à une situation d'autonomie (lorsque la personne utilise seule les TC ordinaires), soit à une absence d'autonomie (lorsque la personne est accompagnée sur le début du trajet par sa famille puis prise en charge par le bus de ramassage). Lorsque la personne utilise seule les TC, en utilisant éventuellement des correspondances, son autonomie est relative, dans la mesure où pour la plupart de ces personnes le trajet utilisé a fait l'objet d'un apprentissage, souvent mis en place par la famille. Des apprentissages peuvent aussi être mis en place pour des trajets réguliers (liés par exemple à des activités de loisir ou bien à des consultations) mais par contre, les autres trajets ne sont réalisés qu'en présence d'une personne accompagnante, ce qui peut limiter les déplacements. En moyenne, les trajets réalisés par ces personnes pour se rendre sur leur lieu de travail sont longs. Plusieurs aspects peuvent contribuer à expliquer ce constat. Tout d'abord le fait qu'elles utilisent plusieurs modes (avec des correspondances), ensuite le fait qu'avec les bus de ramassage certaines personnes proches du début du trajet de ce bus sont présentes tout au long de la tournée (qui n'effectue pas le trajet le plus direct), enfin des raisons moins rationnelles peuvent conduire certaines personnes à préférer certains modes ou certains trajets, indépendamment de leur longueur ; au chapitre de ces raisons on peut citer la peur éprouvée dans certains modes de transport ou bien les contacts amicaux établis avec le chauffeur de bus, comme cela a été évoqué au cours de nos entretiens. Pour ce qui est des déplacements pour venir travailler effectués uniquement à pieds, ils concernent 12 % des personnes de notre enquête.

Difficultés pour les déplacements

Au chapitre des difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap mental dans les déplacements, il faut souligner qu'elles sont dans leur grande majorité incapables de planifier leurs déplacements de manière autonome. Elles ont en effet de grandes difficultés, que ce soit pour repérer un lieu dans un plan de ville, choisir le mode de transport approprié à leur destination, ou bien concernant le mode de paiement (elles ne peuvent pas souscrire un abonnement aux TC, ont beaucoup de difficultés à utiliser un distributeur automatique de tickets, ont aussi des difficultés pour interagir avec une personne à un guichet pour acheter des tickets) ou bien concernant la planification du trajet proprement dit (elles ne peuvent pas repérer une station dans un plan de métro, comprendre une fiche horaire de bus, ni a fortiori calculer un temps de trajet à partir d'un horaire de bus). Cette planification du trajet est donc faite par les aidants. Les aidants (familles, personnel des centres d'accueil, associations, ...) entraînent aussi les personnes à la réalisation du trajet, notamment lorsque le trajet doit être réalisé de manière quotidienne, comme le déplacement domicile-travail. Une difficulté peut persister cependant, liée au repérage du lieu où se trouve le bus au cours du trajet, repérage qu'il faut savoir réaliser en temps réel, afin d'une part de descendre au bon arrêt, mais aussi d'anticiper le positionnement à l'intérieur du bus pour être prêt à sortir à l'arrêt voulu, en ayant au préalable réussi à atteindre le bouton d'appel de l'arrêt (et en étant rassuré sur le fait que cet appel a bien été pris en compte). Les personnes en situation de handicap mental peuvent avoir de la difficulté à effectuer ce repérage.

Une fois le trajet appris, sa réalisation ne pose cependant pas trop de problème, à condition que tout se passe comme prévu. Tout événement imprévu est par contre cause de grande difficulté pour ces personnes, parce qu'elles ne savent pas comment réagir, et qu'il leur est de plus difficile de demander de l'aide en cas de problème. Ces situations d'imprévus, où la personne n'a pas de ressources pour comprendre, réagir et s'adapter, sont particulièrement anxiogènes : c'est le cas par exemple lorsque le bus change d'itinéraire de manière imprévue (va-t-il alors dans la bonne direction ?), lorsqu'il arrive en retard à l'arrêt (va-t-il arriver ?) ou lorsqu'il prend du retard (au risque notamment pour la personne d'arriver en retard à son travail) et plus généralement dans les cas de changements dus par exemple aux grèves ou aux intempéries. C'est le cas aussi lorsque les « machines à composer » ne fonctionnent pas, que cela soit pour composer un ticket ou lors de la validation du passage avec une carte magnétique. Les situations d'interaction avec les autres personnes peuvent également provoquer de l'anxiété, par exemple lorsque la personne met du temps à valider son ticket, ou bien lorsqu'il y a trop de personnes à l'intérieur du bus qui freinent le cheminement - notamment au moment où il faut se rapprocher de la porte - et/ou trop de personnes regroupées à l'entrée ou à la sortie du bus, qui bloquent le passage.

Solutions pour pallier les difficultés dans les déplacements

En ce qui concerne les solutions qui pourraient permettre de pallier les difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap mental dans les transports, le rapport de l'ODPHI (Cuchet, 2007) cite les aménagements destinés à faciliter l'orientation des personnes, lorsqu'elles sont perdues ou à titre de repères usuels, notamment du point de vue de la signalétique, avec l'usage de supports pictographiques. Notons que la communication par pictogrammes est cependant très complexe, et ne fonctionne que par le biais d'un apprentissage des signes utilisés. En ce qui concerne le repérage du bus et de sa destination, qui pose une difficulté notamment lorsqu'une même ligne mène à deux destinations finales différentes, le rapport de l'ODPHI fait état d'une solution mise en place sur certaines lignes grenobloises et apparemment très appréciée des travailleurs handicapés : l'affichage sur le bus, à tous les endroits où apparaît la destination, d'une grosse lettre (première lettre de la destination), affichée, selon l'emplacement sur le bus, soit en alternance avec le numéro du bus, soit en alternance avec la destination. Pour pallier les difficultés liées à la localisation des arrêts au cours d'un trajet, le rapport de l'ODPHI souligne que « l'utilisation, conformément aux dispositions légales en

vigueur, de bandes visuelles et sonores indiquant la destination et les points d'arrêt des véhicules est le moyen le plus efficace pour permettre à l'ensemble des voyageurs de se repérer. ». De manière générale, les équipements mis en place pour les autres déficiences (motrices...) peuvent servir également pour les personnes ayant un handicap mental - et réciproquement.

L'une des pistes de solution pour pallier les difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap mental dans les transports passe par la formation des personnels des réseaux de TC (chauffeurs, personnes aux guichets, contrôleurs, agents d'accueil, agents de prévention, ...). Nos interlocuteurs de l'ADAPEI ont insisté sur la nécessité d'un bon accueil et d'un accompagnement des personnes déficientes dans les transports, au-delà de l'effort pour la réalisation d'équipements adaptés. La formation du personnel à l'accueil et l'accompagnement des personnes présentant une déficience intellectuelle peut être facilitée par les échanges entre les établissements spécialisés et le personnel des réseaux de TC (de tels échanges ont déjà été mis en place pour certains établissements gérés par l'ADAPEI). Les personnes ayant des interactions avec les usagers (mais aussi les personnes qui s'occupent de la conception des outils d'information et de communication, ainsi que les personnes qui s'occupent de la conception des aménagements des véhicules) devraient être formées afin de comprendre la spécificité des personnes en situation de handicap mental et sensibilisées aux difficultés que ces personnes rencontrent dans les transports, afin de pouvoir adapter leur propre comportement face à ces personnes en situation de difficulté. Le rapport de l'ODPHI souligne par exemple que dans les cas où les personnes en situation de handicap mental sont confrontées à des dysfonctionnements de machines, il est nécessaire que les chauffeurs soient formés « pour qu'ils puissent expliquer le dysfonctionnement de manière simple et compréhensible par des voyageurs présentant une déficience intellectuelle et/ou des troubles psychiques (répétition lente de phrases simples, reformulation sans énervement). ».

Le rapport de l'ODPHI a aussi montré que « la promiscuité induite par les transports en commun peut engendrer des problèmes de cohabitation entre les personnes présentant une déficience intellectuelle et/ou des troubles psychiques et les autres voyageurs ». Nous avons évoqué plus haut le fait que les différences de comportement, par exemple la plus grande lenteur des personnes ayant des déficiences intellectuelles pour réaliser l'opération de compostage peuvent être source d'anxiété pour ces personnes, qui ont l'impression de gêner les autres voyageurs. Mais elles peuvent aussi ressentir un sentiment d'insécurité lié, selon le rapport ODPHI : à la présence de chiens non attachés risquant de les mordre ou de leur faire perdre l'équilibre ; à la présence de groupes de jeunes, trop bruyants, ne respectant pas toujours le matériel et les règles, et parfois moqueurs, représentant une source d'anxiété, qui peut aussi être renforcée par le mauvais état des véhicules (salis ou dégradés) et surtout dans les cas où se produisent des bagarres ou des agressions. Le rapport de l'ODPHI préconise alors d' « augmenter la présence humaine (contrôleurs, agents de prévention) sur les lignes où les problèmes d'insécurité sont les plus importants, aux heures pendant lesquelles les véhicules sont bondés. » et d' « organiser des rencontres entre le personnel des réseaux de transports en commun et les établissements accueillant des personnes présentant une déficience intellectuelle et/ou des troubles psychiques pour expliquer le rôle de chacun et le comportement à adopter en cas d'agression ou de problème. ».

Enfin, pour les personnes qui ne peuvent pas du tout être autonomes dans les TC, nos interlocuteurs de l'ADAPEI ont souligné qu'il était nécessaire de mettre en place des systèmes de transport de type « transport scolaire », et qu'il fallait adapter la tarification des TC ordinaires afin que les accompagnants des personnes en situation de handicap mental bénéficient de la gratuité du ticket.

3.3.2 Les personnes ayant un handicap psychique

Nous avons rencontré un professionnel de santé travaillant dans un centre médico-psychologique auprès de personnes schizophrènes et auprès de personnes présentant des troubles de l'humeur. Ces personnes sont accueillies en « extrahospitalier » en CMP et CATT. Elles ont entre 20 et 55

ans. Selon lui, l'ensemble des patients souffre de problèmes dans les déplacements. Les personnes ayant des troubles de l'humeur présentent des difficultés d'ordre émotionnel et au niveau de la cognition sociale. Les personnes ayant une psychose ou une schizophrénie présentent d'importants troubles cognitifs. Elles sont dépendantes de l'environnement et s'adaptent difficilement aux imprévus. L'utilisation des transports pour ces personnes dépend beaucoup du stress environnemental et des émotions ressenties, de l'ambiance générale. Ils vont éviter certaines situations générant de l'angoisse pour eux. Au-delà des difficultés réelles à se déplacer, la commune où est situé le centre médico-psychologique est relativement mal desservie en transports en commun. Les entretiens de groupe ne seraient pas possibles d'après notre interlocuteur, du fait de l'inhibition engendrée dans le cas où une personne s'imposerait. Il a donc été choisi de diffuser le questionnaire POTAS, par l'intermédiaire de notre interlocuteur, qui avait accepté de s'en charger. A ce jour nous n'avons pas encore de retours.

Diverses associations ou groupements, dont l'UNAFAM³⁴, soutiennent les personnes en situation de handicap psychique et leur famille. L'UNAFAM a édité un document à destination du grand public, pour expliquer comment accueillir et accompagner les personnes en situation de handicap psychique³⁵.

Nous avons rencontré la présidente de l'UNAFAM à Lyon. Elle nous a fait part de la détresse et la souffrance psychique des personnes concernées par ce handicap, ainsi que de leurs familles. De la part des malades, le déni sur la réalité de la maladie est important. Ces personnes ne se sentent pas malades, selon la présidente de l'association : d'après elles ce ne sont pas elles qui sont malades mais les autres. Les personnes en situation de handicap psychique souffrent d'agoraphobie. Elles ont également de manière générale des difficultés à gérer le stress. Celui-ci peut être engendré par des situations que d'autres personnes arriveraient à surmonter : par exemple devoir patienter dans une file pour acheter des tickets de métro. Par ailleurs, le coût élevé des transports permet difficilement aux personnes en situation de handicap psychique d'avoir accès à ces services, d'autant que leurs seuls revenus consistent en l'Allocation Adulte Handicapé ; 47 % d'entre elles habitent chez leurs parents. Une des missions de l'association est de lutter contre l'isolement de ces personnes et la stigmatisation de la maladie mentale. Le souhait de l'UNAFAM serait de former le personnel des transports (agents, contrôleurs). L'association dispose d'une équipe qui sensibilise sur la maladie psychique, auprès de divers organismes. Dans ces sessions de sensibilisation, les formateurs expliquent qui sont les personnes souffrant de troubles psychiques et comment il faut réagir avec elles.

Notre questionnaire a été diffusé auprès des adhérents de l'association, à savoir les parents ou amis de malades. Nous avons ainsi recueilli 3 questionnaires remplis, concernant : une femme de 65 ans vivant en appartement associatif et protégé, ainsi que deux hommes de 40 et 41 ans, vivant en domicile particulier, le premier précisant qu'il a « des troubles psychiques, des angoisses et des difficultés à gérer [sa] vie » ; tous les trois ont une reconnaissance MDPH. Leurs plus grandes difficultés concernent la patience et la gestion du stress, la maîtrise de leurs émotions et la gestion des événements imprévus. La personne de 65 ans se déplace en voiture, qu'elle conduit, mais n'utilise pas les TC car elle a « peur du monde ». L'homme de 41 ans se rend à son travail en utilisant le bus et le tramway et il se déclare non gêné pour utiliser les TC (il a arrêté définitivement de conduire parce qu'il était gêné par son problème de santé). Il est cependant toujours anxieux quand il se déplace en bus ou en tramway, notamment quand le bus change d'itinéraire de manière imprévue et quand il y a beaucoup de monde dans le bus. L'homme de 40 ans n'a jamais travaillé ; il n'a jamais conduit, il utilise les TC et déclare ne pas être gêné par son problème de santé pour les utiliser (il utilise notamment le métro pour se rendre sur le lieu de ses consultations médicales une fois par

³⁴ Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques

³⁵ Document disponible sur le site : www.unafam.org : « L'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique ».

mois). Il est cependant toujours anxieux quand il se déplace dans le bus, le tramway ou le métro, notamment quand le bus change d'itinéraire de manière imprévue, quand il y a beaucoup de monde dans le bus et quand il attend à l'arrêt : il dit « Mes angoisses, mes obsessions peuvent m'absorber, m'empêcher d'être détendu, je peux avoir l'air impoli en bousculant par exemple ».

3.3.3 Les personnes ayant un handicap cognitif

3.3.3.1 Les personnes autistes

Nous développons ici les résultats de notre enquête menée auprès des personnes autistes, d'une part au travers de l'entretien mené avec Mme Langlois, chargée de mission à l'association « Autistes dans la Cité » - et qui a fait partie du groupe de lecture du rapport sur l'autisme publié par la Haute Autorité de Santé (Dhénain, 2010), d'autre part avec les quelques questionnaires et entretiens passés auprès de personnes de l'association. Les données que nous avons recueillies ainsi concernent 3 jeunes enfants (5, 6 et 10 ans), 2 adolescents (16 et 17 ans), et un jeune adulte (22 ans), tous non autonomes dans les transports. Certaines personnes autistes ont cependant un niveau d'autonomie suffisant pour pouvoir se déplacer seules dans les TC ordinaires (nous avons d'ailleurs recueilli par le biais de notre enquête diffusée en ESAT, le cas d'une personne autiste qui se déplace seule en bus métro et tramway pour venir travailler). Par contre cette autonomie n'est possible qu'au prix d'efforts préalables et non sans difficulté, comme nous allons le développer plus loin.

Profil médical, psychologique et social

L'entretien avec la présidente de l'association rencontrée plus particulièrement centré sur les pratiques de déplacement des personnes autistes nous a aussi apporté des éléments d'information qui complètent les éléments de définition de l'autisme fournis au point 1.5.3. D'après elle, dans le monde une personne sur 150 serait autiste, dont 95 % de personnes non diagnostiquées autistes et classés psychotiques ou schizophrènes, ou bien désignées comme atteintes de déficiences intellectuelles. En fait, seules 30 % des personnes autistes auraient une déficience intellectuelle associée. Parmi les 70 % des personnes autistes n'ayant pas de déficiences intellectuelles, il y aurait 20 à 30 % de personnes ayant un syndrome d'Asperger, possédant un langage très élaboré et des compétences intellectuelles de très haut niveau, mais ayant des difficultés dans les interactions sociales. De manière générale, la surdité et la cécité sont surreprésentées dans l'autisme. Parmi les troubles associés à l'autisme, on retrouve souvent l'épilepsie. Un tiers des personnes autistes sont hyperactives, beaucoup sont dysphasiques. Les difficultés d'ordre digestif sont très fréquentes chez les personnes autistes ; un tiers d'entre elles seraient allergiques au gluten.

L'autisme est un trouble envahissant du développement qui constitue un handicap à la fois cognitif (les personnes autistes ont notamment une grande difficulté à généraliser), sensoriel ou sensorimoteur (toutes les personnes autistes seraient dyspraxiques) et comportemental ; il existe des rééducations possibles et efficaces pour chacune de ces composantes. Si l'autisme est un handicap, c'est qu'il peut se contourner, que l'on peut mettre en place une stratégie de compensation, afin que la personne autiste puisse trouver une place, plus ou moins possible et harmonieuse, en milieu ordinaire. Notons que cette vision de l'autisme s'oppose notamment à une vision plus ancienne, basée sur une approche psychanalytique.

Les personnes autistes auraient une neuromodulation sensorielle défaillante. Par exemple elles peuvent avoir une sous-perception des stimuli auditifs ou au contraire une hypertrophie de certaines perceptions, ce qui peut leur faire ressentir certaines situations que les autres personnes ne remarquent même pas, comme des agressions intolérables. Par exemple dans une gare, il y a une prolifération de bruits ingérable pour la personne autiste qui ne gère qu'une information à la fois. Certaines associations proposent même des casques filtrants permettant à la personne autiste de s'adapter à ces situations.

La personne autiste a besoin d'informations fiables et stables. Elle ne sait pas gérer l'imprévu, mais elle ne sait pas non plus demander de l'aide, il faut lui apprendre à le faire. De manière générale, l'accompagnement éducatif de la personne autiste est très important, pour lui permettre d'engranger des connaissances.

Pratiques de déplacement et difficultés rencontrées dans les transports

La personne autiste ayant besoin qu'on lui apprenne à appréhender le monde qui l'entoure, c'est également le cas pour ce qui est des situations de déplacement. Afin qu'elle puisse se déplacer de manière autonome dans les transports, il faut donc l'aider à apprendre « par cœur » son trajet. Les outils de « gestion de planning » lui sont particulièrement utiles. Elle a besoin qu'on lui apprenne où se trouvent les informations (par exemple les affichages dans une gare), précisément dans un endroit donné, car elle ne sait pas généraliser. En ce qui concerne la diffusion des informations, la personne autiste a particulièrement besoin de la redondance visuelle et auditive, par exemple pour les annonces. Précisons que l'autonomie dans les transports n'est possible que pour certaines personnes autistes.

La personne autiste, qui peut arriver à être autonome dans les transports suite à de l'apprentissage, est particulièrement démunie face aux imprévus. Elle a des difficultés pour demander de l'aide, mais elle peut également être très vulnérable vis-à-vis de personnes qui engageraient la conversation avec elle et qui seraient mal intentionnées (rencontrées par exemple dans les transports) et qui pourraient abuser de sa difficulté de compréhension pour par exemple lui dérober des effets (tels qu'un téléphone portable).

La personne autiste peut par exemple être gênée dans les transports parce qu'il y a trop de monde, ce qui lui pose un problème parce que pour elle « en principe dans un bus on est assis » (selon les termes utilisés lors d'un entretien avec la mère d'une personne autiste).

En ce qui concerne les pistes d'action pour trouver des moyens de compenser le handicap des personnes autistes, l'association rencontrée propose des scénarii sociaux pour apprendre à la personne autiste comment interagir avec d'autres personnes, ou comment se comporter pour se déplacer en transports en commun. Afin de former et d'informer sur l'autisme, l'association propose également des spots pour présenter l'autisme au grand public.

3.3.3.2 Les personnes ayant des troubles « dys »

Le président d'Avenir Dysphasie Rhône a été rencontré dans le cadre du projet POTAS et le questionnaire POTAS a été diffusé auprès des adhérents de cette association. Il a également été diffusé auprès des adhérents de l'association « 123-dys ». Nous avons en retour obtenu 6 questionnaires remplis (concernant 2 enfants de 8 et 11 ans - l'un dyspraxique, l'autre dysphasique et dyslexique, 3 adolescents de 15, 16, et 18 ans, dysphasiques et/ou dyspraxiques, et 1 jeune adulte de 28 ans, dysphasique). Un entretien a été également mené avec la jeune personne dyspraxique de 18 ans et son parent.

Le président d'AAD nous a fait part des difficultés des personnes dysphasiques à intégrer, organiser et comprendre l'information, ainsi que de leurs difficultés à se déplacer de manière autonome dans les transports. Dès que le handicap cognitif est reconnu par la MDPH, il y a une prise en charge spécifique qui se met en place, dont la possibilité de bénéficier d'un taxi. Les solutions à apporter au niveau des transports pour ces personnes, selon le président d'AAD Rhône, consisteraient en un accompagnement et un apprentissage de trajets.

Le jeune garçon de 16 ans dysphasique a beaucoup de difficultés de gestion de l'espace et de mémorisation, mais il déclare ne pas avoir de gêne pour utiliser les TC (il se rend à son école en bus). Il a cependant beaucoup de difficultés à comprendre et utiliser un horaire de bus, notamment pour calculer un temps de trajet.

Le jeune homme dysphasique de 28 ans vit seul à son propre domicile. Il a beaucoup de difficultés pour la lecture, pour comprendre ce qu'on lui explique et pour réagir à un événement imprévu, mais il déclare ne pas avoir de gêne dans les TC qu'il utilise régulièrement. Il rencontre cependant des difficultés pour ses déplacements, notamment pour repérer des lieux sur un plan de ville, planifier un trajet en bus et réaliser ce trajet dans tous ses aspects ; il éprouve également de l'anxiété quand le bus change d'itinéraire de manière imprévue, lorsqu'il y a beaucoup de monde dans le bus et lorsqu'il attend le bus.

Le jeune garçon de 15 ans dysphasique et dyspraxique se rend tout seul au collège sur un trajet qu'il effectue à pieds et en tramway. Ce trajet a cependant fait l'objet au préalable d'un apprentissage de deux semaines avec l'accompagnement de ses parents, dans le but notamment de lui apprendre à traverser les grandes avenues en tant que piéton et à gérer les imprévus. Ses parents soulignent également l'intérêt de son téléphone portable pour demander de l'aide en cas d'imprévu auquel il n'arriverait pas à faire face.

En ce qui concerne les difficultés rencontrées par les personnes atteintes de dyspraxie, le parent du jeune garçon de 8 ans « dyspraxique sévère » nous a expliqué que le principal problème d'une personne « dyspraxique visuo-spatiale » est de se repérer dans le temps et dans l'espace, ce qui peut devenir très problématique par exemple dans le bus pour savoir quand demander l'arrêt, d'où l'intérêt des annonces sonores dans les TC énonçant de manière intelligible le nom du prochain arrêt et répétant ce nom au moment de l'arrêt. La jeune fille dyspraxique de 18 ans que nous avons rencontrée ne se déplace jamais seule. Elle nous a fait part de son expérience d'apprentissage du déplacement avec l'aide d'une éducatrice, qui a échoué car elle n'arrive pas à prendre des repères spatiaux et à « photographier » les lieux pour s'en souvenir. Elle a à la fois des problèmes de vue, des problèmes de motricité fine et des problèmes de perception de l'espace, des mesures et des distances qui l'obligent à se concentrer par exemple pour franchir une simple marche. Ajoutés à la nécessité qu'elle a d'analyser toute interaction qu'elle doit avoir avec l'espace qui l'entoure, ces troubles la conduisent à être particulièrement lente, ce qui lui pose beaucoup de problèmes pour utiliser les transports. Elle utilise l'accompagnement jusqu'à sa place dans le train proposé par la SNCF. Elle ne pourra jamais conduire mais elle espère pouvoir réaliser plus tard des déplacements autonomes dans les TC et à pieds à l'aide d'outils tels que le GPS (avec une précision adaptée et un système de guidage) sur des petits trajets qu'elle aurait auparavant répétés et mémorisés. L'accompagnement, y compris dans les TC ordinaires est aussi une solution qui lui conviendrait. La formation des chauffeurs de bus est aussi souhaitable, afin qu'ils puissent proposer un accueil et une aide adaptés lorsqu'ils sont sollicités par une personne en situation de handicap.

3.4 Quel bilan dresser pour adapter les transports ?

Les personnes présentant un handicap d'ordre mental, c'est-à-dire des altérations des fonctions mentales, psychiques ou cognitives, représentent un groupe relativement hétérogène du point de vue de la nature et de la gravité des altérations des fonctions mentales mais aussi sur le plan des conséquences que ces altérations ont sur leur comportement et leurs performances en matière d'adaptation aux normes courantes d'activité et de participation à la vie en société. Néanmoins, les difficultés qu'elles peuvent rencontrer en matière de déplacement et d'usage des systèmes de transport transcendent les frontières des définitions cliniques, et à bien des égards, les distinguent des autres usagers handicapés ou à mobilité réduite.

Pour autant, cette population représente une clientèle potentielle pour les services de transport. Dans la mesure où ces personnes ne disposent généralement pas, sauf exception, de moyens de transport individuels, les progrès qu'elles réalisent peu à peu en matière d'insertion professionnelle et sociale et de participation à la vie collective, peuvent s'avérer freinés par les difficultés rencontrées dans leurs

déplacements et gâcher les investissements réalisés en matière d'autonomie personnelle. Par ailleurs, s'ouvrir à cette clientèle particulière peut aussi être profitable aux services de transport car les efforts faits par ceux-ci pour lever un certain nombre d'obstacles qui la gênent dans l'utilisation des transports collectifs, conduisent à assurer aussi de meilleures conditions de déplacement pour un plus large public (personnes âgées, étrangers, illettrés) qui peut rencontrer des difficultés de même ordre.

La prise en compte de leurs difficultés particulières s'est faite très tardivement car il était plus difficile de leur donner des réponses techniques (claires et aux conséquences aisées à évaluer), comme cela est le cas pour des déficiences sensorielles ou motrices. Les différences de performance dans les stratégies de déplacement de ces personnes handicapées avec celles des voyageurs ordinaires - dont les défaillances apparaissent fréquentes - étaient souvent jugées subtiles, voire peu significatives, notamment parce que seuls les plus autonomes étaient conviés à en faire l'expérience. Les transporteurs et plus généralement ceux qui constataient une restriction dans l'accès aux services de transport se sentaient démunis pour trouver des réponses convaincantes. Les études menées tendaient souvent à conclure que les personnes présentant ce type de handicap ne rencontraient pas de difficultés particulières ou alors n'avaient pas les capacités nécessaires pour voyager seules (RATP, 1984), (SNCF, 1984).

Les solutions semblent plutôt résider du côté d'une certaine attention à l'autre, de l'acceptation des défaillances de l'utilisateur, d'un remplacement de la logique du transporteur par celle du voyageur. Ce sur quoi butent les personnes présentant un handicap d'ordre mental est souvent un obstacle ou une gêne qui s'exprime aussi pour un plus large public, aux détails près d'une répercussion plus forte sur le malaise ressenti par la personne, d'une superposition de ces obstacles, et de l'absence d'aptitude à trouver rapidement des solutions de remplacement ou de contournement de la difficulté (Hermelin et al., 1986).

Au sein de chaque type de handicap, qu'il soit mental, psychique ou cognitif, l'hétérogénéité des capacités et des performances en matière de réalisation des étapes opératoires nécessaires au déplacement est de mise. Par contre entre ces trois types de handicap, des difficultés identiques vis-à-vis d'une tâche donnée peuvent être partagées.

Si l'on suit, par étapes successives, la réalisation d'un déplacement empruntant plusieurs types de modes de transport, les solutions aux problèmes rencontrés peuvent progressivement être évoquées.

A. La réalisation d'un trajet répétitif habituel

Parmi les personnes qui présentent une déficience intellectuelle, notamment celles qui sont en âge et capables de travailler en milieu ordinaire, dans des entreprises adaptées ou dans des centres ou services d'aide par le travail (ESAT), une certaine proportion (qu'il est difficile de chiffrer parce que cela n'est pas systématiquement tenté aujourd'hui) pourra apprendre à utiliser les services de transport de façon autonome pour réaliser un déplacement répétitif, comme celui d'un trajet-travail aller-retour, après une formation plus ou moins longue selon les cas. Ce qu'il est important de noter c'est que ces apprentissages devront : (1) permettre d'explicitier au futur usager la logique suivie par le transporteur dans son offre de transport et l'information qu'il produit pour le guider ; (2) être réalisés, au moins vers la fin, plusieurs fois en site réel, avec un accompagnement qui se retirera progressivement en effectuant un suivi de moins en moins proche de l'élève. Ces formations pourront être animées par des centres, des services ou des associations spécialisées, mais ceux-ci auront besoin du soutien des transporteurs locaux pour comprendre les logiques des compagnies (notamment en termes d'explication des choix d'organisation, de présentation de l'information, de tarification, d'identification des aides proposées aux voyageurs en difficulté, de description des consignes de sécurité et des procédures d'urgence sans compter la mise à disposition des documents d'information et des plans), élaborer le matériel pédagogique et réaliser à moindre frais les mises en situation réelles. Les explications données en classe, doivent en effet être absolument suivies de mise en pratique en situation réelle, individuellement, les éducateurs accompagnant tout d'abord la

personne, puis la suivant de près, et enfin vérifiant seulement ponctuellement que le trajet s'effectue bien selon l'itinéraire prévu. Evidemment ceci n'a de sens que si l'offre de transport est accessible (en termes de distance et d'horaires) aux établissements concernés.

L'achat de titres de transport peut être relativement bien maîtrisé si les dispositifs ne changent pas radicalement, dans le temps (ni les tarifs) ou d'un mode à l'autre. L'évolution vers l'automatisation des dispositifs de vente de titre de transport ou d'information est certainement inéluctable. Il est préférable d'éviter que cette évolution ne conduise à l'exclusion de nombreuses personnes. La meilleure façon d'offrir ces possibilités nouvelles au plus grand nombre est de les tester auprès de personnes présentant différents types de handicaps, sans oublier les personnes ayant un handicap d'ordre mental. Peut-être serait-il utile de permettre systématiquement un retour à l'opération antérieure (ce qui n'est pas toujours le cas) et d'inclure une touche qui, au choix de la personne, ralentisse le rythme de réaction de la machine qui souvent annule avant que la personne lente ait pu valider son choix après vérification minutieuse des entrées (dispositif qui serait utile aussi pour les personnes âgées). Cela une fois fait, une certaine stabilité des systèmes est préférable et les changements doivent être absolument justifiés ou doivent reprendre les acquis des dispositifs antérieurs. Lorsqu'il s'agit d'abonnement, il est seulement nécessaire d'indiquer à la personne handicapée les changements de tarif lorsqu'ils se font. L'utilisation des distributeurs de billets automatiques se généralisant, la vente de titres de transport peut se faire partout. Les guichets étaient faciles à repérer, les guichets électroniques le sont moins, et ils ressemblent à se méprendre aux guichets distributeurs de monnaie. Une claire identification des uns et des autres serait utile. La contrepartie de l'automatisation des dispositifs de vente de titres de transport ou d'information est la disparition des guichetiers et de la plupart des agents dans de nombreux lieux nodaux des systèmes de transport. Il faut prévoir que les automatismes dysfonctionnent ou que les personnes n'aient pas les moyens de les utiliser correctement. La permanence d'une présence humaine serait donc à ré-envisager sur des lieux fréquentés par cette population.

Quant au passage des dispositifs de péage, s'ils existent, il peut se faire sans trop de difficultés à condition que ces dispositifs soient relativement simples et non violents (ce qui n'a pas toujours été le cas dans le passé). Si l'achat du titre de transport et le passage du péage ne pose pas de problème à une personne de soixante-dix ans, ceux qui auront appris à se déplacer de façon autonome y réussiront sans difficulté sur des trajets de routine. Toutefois, ce sont les pannes, les incidents et les détournements de route qui peuvent altérer ces bonnes performances. Ces personnes n'ont que de très faibles capacités à trouver des solutions par elles-mêmes et perdent vite pied si elles se sentent perdues ou insécurisées. La solution se trouve là du côté des agents des entreprises de transport à qui il serait utile d'enseigner les comportements adaptés pour rassurer ces personnes et leur permettre de retrouver le trajet de routine. Ce type de formation est déjà mis en œuvre dans certaines compagnies, mais pourrait être systématiquement généralisé.

Contrairement aux personnes ayant une déficience intellectuelle depuis leur plus jeune âge, les personnes présentant un handicap psychique auront souvent maîtrisé l'utilisation des moyens collectifs de transport préalablement à l'apparition de leur maladie. Elles n'auront donc pas besoin d'accéder à la logique générale utilisée par le transporteur pour mettre à disposition son service de transport, mais plutôt à reconstituer une confiance dans l'enchaînement des tâches à accomplir pour y accéder. Dans le cadre d'un déplacement sur un trajet de routine, qu'il s'agisse de se rendre au travail (milieu ordinaire ou ESAT) ou, plus fréquemment de joindre un service de soins ou une consultation psychiatrique, la difficulté principale sera la confrontation avec du monde et pire, la foule. Le sentiment d'être agressé ou d'être plus vaguement en insécurité (notamment dans des espaces trop grands (agoraphobie) ou au contraire trop fermés (claustrophobie), l'emporte sur les difficultés d'utilisation des machines. Face à ces personnes, les agents des compagnies de transport devront faire preuve de calme et d'apaisement.

Les handicaps cognitifs peuvent atteindre des domaines très spécifiques jouant un rôle déterminant dans le processus de déplacement, tels que la reconnaissance et l'interprétation de formes ou de couleurs, la lecture, la mémoire, la parole ... Les solutions se trouvent du côté des rééducations ou des alternatives (pense-bête pour la mémoire, annonces sonores pour la lecture ...). Dans tous les cas, la multiplicité des modalités d'information est plutôt un plus à condition de ne pas devenir trop foisonnante : veiller à ce que les informations livrées en parallèle suivant différentes modalités d'expression (écrit, pictogramme, annonce vocale ...) soient le plus identiques possible, et jouent le rôle de confirmations réciproques, plutôt que celui de distracteurs.

B. Réalisation d'un trajet non habituel

Une bonne partie des remarques faites en ce qui concerne les trajets de routine s'applique de fait aux trajets non habituels réalisés par les personnes présentant un handicap d'ordre mental.

La première des difficultés supplémentaires concerne la planification du déplacement. Cela implique tout d'abord pour la personne de s'informer sur les différents modes de transport qui pourraient répondre à son projet de déplacement. Les personnes ayant un handicap intellectuel n'accèdent aux documents d'information, pour la grande majorité d'entre elles, que s'ils sont simples et clairs. Elles rejoignent ainsi le besoin des étrangers et celui de nombreuses personnes âgées qui n'ont plus la patience de chercher l'information déterminante. Il en est d'autres, plus jeunes, qui rencontrent aussi des difficultés à déchiffrer un texte complexe (les difficultés d'apprentissage des personnes ayant des handicaps cognitifs ou des conditions sociales défavorables peuvent avoir entravé l'accès à une maîtrise suffisante de la lecture). Mettre à disposition du public des documents très simplifiés est donc utile à beaucoup. En conséquence, il pourrait se révéler judicieux de faire évaluer l'accessibilité de tels documents. Plus généralement, les documents grand public ou les sites électroniques devraient la plupart du temps être plus faciles à comprendre, la meilleure façon d'y parvenir étant de les faire tester par des personnes présentant des handicaps de toute nature et surtout d'ordre mental. Notons qu'aujourd'hui les établissements médico-sociaux sont obligés eux aussi par une loi de 2002 de produire des documents lisibles par leurs usagers. Ils pourront ainsi être de bon conseil pour adapter les modalités d'expression des informations aux capacités des personnes. Il est possible que les nouvelles technologies actuelles permettent de procurer des éléments d'information personnalisés à partir des données des services de transport (télécharger un itinéraire simplifié). Les « Palms » offrent des perspectives intéressantes. Ils commencent à être utilisés. Couplés avec la possibilité de télécharger des informations d'un site internet, ils devraient représenter l'avenir. Notons que pour de nombreuses personnes présentant des handicaps mentaux ou psychiques, dialoguer avec une machine bien conçue est plus facile que de demander son chemin à un employé de la compagnie de transport ou à un autre voyageur.

La seconde étape est le choix de l'itinéraire. La lecture de plans est une épreuve particulièrement difficile pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou certains dysfonctionnements cognitifs. Tout d'abord la symbolique utilisée par le transporteur est le plus souvent implicite. Il faut donc préalablement l'expliquer pour que ceux qui en ont les moyens de les comprendre puissent utiliser ces plans. Pour les autres, il peut être profitable de leur procurer des plans simplifiés réalisés soit par les équipes éducatives qui les encadrent, soit par les services de transport eux-mêmes. Souvent, par ailleurs, il apparaît que le design utilisé pour rendre ces plans esthétiquement attractifs en gêne la compréhension y compris pour des personnes ne présentant pas de handicap. La meilleure façon de s'assurer qu'ils sont accessibles est de faire tester ces plans par des personnes présentant une déficience intellectuelle mais ayant quand même appris à lire un texte simple. Enfin, dans le cas de plans de différentes échelles, l'utilisation d'une même symbolique aiderait au passage de l'un à l'autre.

Les horaires sont une autre difficulté. Ils sont généralement non accessibles aux personnes ayant une déficience intellectuelle, sauf si leur maîtrise de la lecture et du calcul est bonne, ce qui est rare. Les

nouvelles technologies peuvent peut-être aider à simplifier les choses. Par contre l'annonce, en temps réel, du délai à attendre avant le prochain véhicule pour la destination choisie, est d'ores et déjà d'une grande aide. De façon générale, l'insécurité monte pour cette population dès que le temps d'attente s'allonge sans davantage d'information, laissant imaginer par la personne handicapée qu'il puisse ne plus y avoir de véhicule à venir pour la direction souhaitée. Il serait donc nécessaire que, comme cela commence à se faire, les prochains véhicules de chacune des destinations possibles desservies à partir du lieu (quai, arrêt...) où se trouve la personne, soient annoncés (écran ou annonce sonore).

Notons que lorsqu'elles ont le choix du mode de déplacement, les personnes ayant un handicap psychique ou mental préféreront les modes de surface qui leur permettent de voir l'environnement et ainsi de mieux contrôler le déroulement du trajet (ADAPEI et al., 1985). De plus, les voyages souterrains sont anxiogènes pour une grande partie d'entre elles. Il a pu être remarqué aussi qu'elles avaient une certaine appréhension devant les escaliers mécaniques et préféraient emprunter les escaliers ordinaires, même si cela les obligeait à un détour. Enfin, il est des espaces, trop vastes ou trop restreints, trop bruyants ou trop sombres, qui sont fortement anxiogènes. Là où le public peut ressentir un léger malaise, ces personnes pourront parfois se trouver très perturbées. L'intervention d'un agent du service peut avoir un effet rassurant.

Une fois ces choix réalisés, il faut se procurer un titre de transport. La raréfaction des guichetiers est certes une difficulté pour de nombreuses personnes, et pas uniquement celles qui ont un handicap d'ordre mental, dont, d'ailleurs une proportion non négligeable sont plus à l'aise face à une machine que vis-à-vis d'une personne en uniforme. Faut-il encore que les procédures adoptées par le concepteur de ces automates soient simples et efficaces. Là encore, une certaine standardisation des étapes à franchir faciliterait la tâche. L'écran tactile est généralement bien maîtrisé si le texte est court. Le choix sur menu déroulant avec validation aussi. Ce qui manque trop souvent c'est la possibilité de revenir en arrière sur la dernière opération pour la corriger ou vérifier que l'on ne s'est pas trompé. Les vrais problèmes arrivent lorsque l'automate dysfonctionne. Alors l'absence d'aide humaine peut s'avérer catastrophique car ces personnes ne disposent pas de la souplesse cognitive nécessaire pour trouver des solutions de remplacement, fussent-elles en prenant des libertés avec le règlement... De plus, un certain nombre d'études ont montré que les autres voyageurs, tout aussi perplexes, n'étaient pas d'un grand secours.

Le passage des péages et les procédures de validation du titre de transport, si les gestes à effectuer ne sont ni trop compliqués et les mécanismes pas trop violents, ne posent pas de problèmes particuliers dès lors qu'ils ont été expliqués. La multiplication des modèles au cours d'un trajet multimodal complique évidemment la tâche.

Par contre, il est une difficulté qui est aussi partagée par toute personne étrangère à la ville ou à l'environnement dans lesquels s'effectue le voyage : choisir le cheminement qui permet d'accéder à la bonne direction de déplacement, c'est-à-dire au bon quai, au bon arrêt du bon côté de la rue (Hermelin et al., 1986). L'information donnée sur la direction (à savoir en France, souvent, le nom de la dernière station desservie - d'autres choix sont possibles, comme Est/Ouest Nord/Sud, Centre/Périphérie ...) n'est explicite que pour le voyageur familier des lieux. Les possibilités de vérifier que la station recherchée est bien dans ce sens ne sont pas toujours existantes et, encore une fois, les autres voyageurs ne sont pas toujours d'une aide déterminante. Il faut dès lors s'assurer que le conducteur ou un autre agent du service de transport rassure la personne sur sa trajectoire. Les « pense-bêtes » avec les noms des différentes étapes sont utiles pour prendre des décisions, mais souvent peu pratiques si l'on s'est trompé. Il est un comportement qui peut s'avérer assez gênant, pour lequel il n'y a de solution qu'a posteriori, c'est une tendance fréquemment observée chez les personnes ayant une déficience intellectuelle à suivre le flux de voyageurs sans vérifier que celui-ci va dans la même direction qu'elles-mêmes. C'est particulièrement vrai lorsqu'un flux est dominant. Le manque de confiance en soi explique ce comportement de « suivisme ».

Une fois dans le bon véhicule (bus, car, train, tramway...) ces personnes vont se trouver dans la difficulté de contrôler le déroulement du trajet pour s'assurer qu'elles sont dans la bonne direction, puis anticiper leur descente. Une des difficultés d'accès à cette information réside dans une mauvaise maîtrise de la chose écrite, d'autres moyens d'expression ont été recherchés. Simple d'utilisation, le code couleur est l'un d'eux. Il se heurte cependant à quelques contraintes : un nombre limité de couleurs suffisamment différenciées et l'utilisation préalable de certaines couleurs pour d'autres objectifs (couleurs de l'entreprise ou couleurs liés aux messages d'urgence ou de danger). L'association de deux couleurs au moins devient un langage qui n'est pas toujours maîtrisé par les personnes présentant une déficience intellectuelle ; sans compter les risques de confusion : bleu dans blanc est-ce la même chose que blanc dans bleu ? Les pictogrammes ont alors semblé être la solution. Ils ont été utilisés dans de nombreux pays avec succès, mais seulement dans des conditions particulières (Leroy & Journet, 1987). Le problème est que, pour être compris, mémorisé et utilisé par des personnes présentant une déficience intellectuelle, le pictogramme doit représenter quelque chose de concret (objet, lieu ou bâtiment) et si possible sous une forme pas trop stylisée. Les idéogrammes constitués de plusieurs pictogrammes ne sont généralement pas compris (Velche et al., 1987), (Velche, 1991). L'écrit peut être également utilisé en parallèle, à condition de présenter des mots simples et courts. Attention alors aux confusions impliquées par l'emploi du même nom ou mot plusieurs fois (combien d'étrangers voit-on à Paris, place de l'Etoile rechercher l'aéroport Charles-de-Gaulle).

Apprendre à décrypter les panneaux est donc une étape essentielle de l'apprentissage au déplacement autonome. Mais il est un préalable, celui de la recherche de l'information. Ce qui peut être évident pour un usager habituel d'un service de transport, aller directement là où il trouvera l'information, l'est moins pour un voyageur occasionnel, et un vrai casse-tête pour les personnes ayant un handicap d'ordre mental. Etudier leur comportement dans la recherche d'informations utiles pour leur déplacement fait apparaître la pléthore de signaux présents dans l'environnement. Comment différencier les panneaux utiles des publicités quand on ne connaît pas le code implicite (explicite uniquement pour les agents du service et les concepteurs de ces panneaux) adopté par l'entreprise pour présenter les informations utiles au déplacement ? Aider ces personnes sera tout d'abord rendre explicite ces codes et leur apprendre à développer une stratégie systématique de recherche et de sélection de l'information pertinente. Là encore, les agents des services de transport pourront éclairer les éducateurs/formateurs sur la logique suivie par leur compagnie en matière de hiérarchisation et de présentation de l'information.

La signalétique, qui repose généralement sur des panneaux écrits n'est pas toujours à la portée des personnes ayant une déficience intellectuelle (Velche, 1992), (Velche, 1993). Là encore, il n'est pas sûr que des pictogrammes puissent totalement pallier les difficultés de lecture. Ce n'est vrai qu'à condition que le pictogramme représente un objet concret ou un bâtiment, un lieu, caractéristique, le cas échéant renforcé par un mot ou un nom simple. Des recherches ont en effet montré que des pictogrammes usuels dans les modes de transports français sont assez mal interprétés par un public tout-venant (Goledzinovski, 1983), (Goledzinovski, 1986). La chaîne signalétique peut cependant bénéficier de ce procédé si l'on prend soin de s'assurer que le dessin utilisé, sa couleur, les mots auxquels il est associé, sont bien compris et stables dans leur utilisation.

Le suivi du trajet dans le véhicule est plus aisé en surface pour qui connaît l'environnement (des travaux de psychologie ont montré que la représentation de l'espace est généralement très distordue sous terre) (Goledzinovski, 1973), (Goledzinovski, 1976), (Goledzinovski, 1977), (Velche & Goledzinovski, 1989)), mais il est clair que les affichages en temps réel de la direction suivie et du prochain arrêt l'ont grandement facilité. Les contraintes techniques imposent l'utilisation de messages courts, et cela est favorable à leur compréhension par des personnes ayant des capacités de lecture limitées. Les plans de ligne sont généralement trop abstraits pour être compris et utilisés par elles sans aide. De même les annonces sonores, qui doivent être en accord avec les messages écrits, sont

très utiles pour les non lecteurs (qui ne sont pas seulement, loin s'en faut, des personnes ayant une déficience intellectuelle). Pour qu'elles le soient davantage, il serait nécessaire que la qualité du son soit améliorée car un message sonore non compris accroît l'inquiétude et le sentiment d'insécurité de ces personnes, parmi d'autres (dans de nombreux cas ce qui devrait être la production d'informations claires devient émission de bruit perturbateur).

Les personnes ayant un handicap d'ordre mental présentent une autre caractéristique qu'elles partagent avec de nombreuses personnes âgées, celle d'éprouver des difficultés pour décider à temps de descendre du véhicule, soit par inattention, soit par inertie et lenteur dans la prise de décision, soit encore parce qu'elles ont des difficultés à détecter que c'est bien l'arrêt qu'elles attendaient, et à prendre des indices complémentaires pour confirmer cette hypothèse. Leur temps de latence est plus long et elles ne parviennent que rarement au degré de certitude qui leur permettrait de réagir promptement. Le risque est alors qu'elles soient entraînées plus loin, perdant alors le fil ténu du trajet prévu. Elles se retrouvent alors dans la situation d'un incident que seule l'intervention d'un agent compréhensif du service peut régler. Tous les moyens permettant d'attirer l'attention du voyageur sur l'arrêt imminent (annonce sonore, bandeau d'affichage en temps réel, flash lumineux...) peuvent être utiles. Il faut toutefois convenir que des annonces rapprochées d'arrêts fréquents saturent l'attention du voyageur et ont l'effet inverse. Un palm personnel préprogrammé et fonctionnant avec le GPS ou avec les bornes électroniques des arrêts pourrait peut-être représenter une solution dans le futur.

Une autre véritable difficulté que ces personnes rencontrent est le passage d'un mode de transport à un autre, notamment lorsqu'on change d'opérateur. L'endroit où l'on doit prendre le mode suivant n'est pas toujours clairement indiqué. Quand l'information existe, elle est parfois hors de vue directe. Il s'ensuit des ruptures dans la chaîne signalétique qui entravent le cheminement (Sanchez & Velche, 1996). Ces personnes pouvant montrer quelques gênes à demander leur chemin à d'autres voyageurs, resteront longtemps indécises et insécurisées, avec le risque que cela les conduise à des comportements inadaptés. L'intervention d'un agent du service permettra alors de résoudre la crise.

Que ce soit pour guider les voyageurs vers l'endroit où ils accéderont au véhicule de transport choisi ou lors de passages d'un mode de transport à un autre, il faut éviter les ruptures dans la chaîne d'information. Or, si dans le cadre d'une même entreprise de transport les correspondances sont généralement indiquées, cela est moins évident lorsqu'on doit changer d'opérateur. Dans certains cas le voyageur peut chercher pendant longtemps, tandis que celui qui a un handicap d'ordre mental va rester bloqué. Les autorités locales devraient s'assurer que l'enchaînement des modes de transport différents soit le plus aisé possible. La forme de plan de quartier peut être très utile pour localiser un autre mode de transport, mais elle ne l'est que pour ceux, peu nombreux, qui savent déchiffrer ces plans. Lorsque le cheminement des voyageurs est guidé par une succession de panneaux indicateurs et qu'en un lieu donné il devient impossible de trouver le panneau suivant, la plupart des habitués des transports font une série d'hypothèses sur la suite la plus probable à donner à leur cheminement pour accéder au véhicule choisi et finissent par trouver rapidement la solution. Ce n'est pas du tout le cas des personnes ayant un handicap d'ordre mental. Pour de tels voyageurs - mais c'est également vrai pour ceux qui ne sont pas habitués au mode de transport concerné (visiteurs, étrangers...) - les ruptures dans la chaîne d'information sont perturbantes et occasionnent elles aussi un sentiment d'insécurité. La continuité du guidage du cheminement leur sera d'un grand secours.

Jusqu'ici, seule l'autonomie de déplacement a été évoquée. C'est elle qui pose le plus de problèmes. Mais pour les personnes qui ne peuvent y parvenir, un accompagnement organisé au besoin est une solution tout à fait acceptable. Cela permet d'utiliser les services ordinaires de transport sans mobiliser des services spéciaux qui devraient plutôt répondre à des personnes à mobilité réduite. Sauf dans des cas de polyhandicap, le volet physique du déplacement ne pose aucune difficulté ; c'est du côté de la prise de décision et de l'insécurité qu'il convient de trouver des soutiens. L'accompagnement peut les

apporter tant que la personne en a besoin (elle peut progressivement devenir plus autonome) ou tant que l'environnement de transport présente des défauts majeurs d'accessibilité à ces personnes, dans les domaines et les conditions décrites ci-dessus. De tels services d'accompagnement du voyageur ont déjà été mis en place à l'initiative d'entreprises de transport ou de collectivités locales (Velche, 2005).

Enfin, il est toujours possible de faire appel à des services de transport spécialisé, mais ceux-ci devraient être réservés aux personnes incapables de cheminer normalement, même accompagnées. En pratique ces services pallient encore trop souvent le manque de disponibilité des systèmes ordinaires de transport dans l'offre locale et sont employés comme solution de facilité quand ils sont disponibles. Le caractère discriminatoire du recours quasi-systématique à ces services spécialisés est régulièrement dénoncé par les personnes handicapées, mais comme ils offrent un confort certain, bien supérieur à celui dont sont parfois dotés les transporteurs généralistes, en ce qui concerne les adaptations, ils ont aussi leurs défenseurs. Et en l'absence de meilleure solution, ils permettent au moins de se déplacer. Il reste que pour les personnes présentant un handicap d'ordre mental, l'utilisation de sociétés de transport spécialisé est antinomique avec l'objectif de développer la maîtrise du déplacement.

4. Conclusion et perspectives

Cette analyse des difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap d'ordre mental dans l'usage des systèmes de transport a tout d'abord permis de faire le point sur les différentes catégories du handicap d'ordre mental, telles qu'elles peuvent être perçues aujourd'hui en France, notamment sous l'influence de la loi de février 2005 et de son appropriation par les associations de défense des droits des personnes concernées. Elle a ensuite permis de mettre en lumière les pratiques de déplacements de ces personnes ainsi que les difficultés qu'elles rencontrent dans l'usage des transports, en utilisant toutes les sources d'information disponibles (littérature et grandes enquêtes) à partir desquelles des analyses complémentaires ont été menées dans le cadre de ce projet, ces analyses ayant également été complétées à l'aide d'une enquête de terrain réalisée auprès de personnes en situation de handicap mental, psychique et cognitif de la région lyonnaise.

En ce qui concerne l'enquête de terrain sur la région lyonnaise, les recueils entrepris principalement par le biais du contact d'associations, ont concerné les personnes en situation de handicap mental (avec l'association ADAPEI du Rhône), les personnes atteintes de handicap psychique (avec l'UNAFAM Lyon), les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (avec l'Association France Alzheimer Rhône à Lyon), les personnes atteintes d'un syndrome autistique (avec Autisme dans la Cité, association située à Saint-Etienne) les personnes atteintes de schizophrénie (avec les patients d'un psychologue clinicien des environs de Lyon), les personnes atteintes de dysphasie (avec l'association Avenir dysphasie située à Lyon), les personnes atteintes de troubles « dys » (avec l'association 123dys de Lyon). Les recueils concernant les personnes atteintes de schizophrénie et les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer n'ont pas abouti. Par contre, notre enquête a permis de décrire les spécificités de personnes atteintes de handicap mental travaillant dans des ESAT ainsi que les difficultés qu'elles rencontrent dans l'usage des transports. Nous avons aussi recueilli quelques éléments concernant des personnes en situation de handicap cognitif (autisme, dysphasie et dyspraxie) et psychique.

Ce travail de terrain engagé auprès des associations et personnes en situation de handicap est encore à approfondir et il va être donc poursuivi dans le cadre des suites de ce projet de recherche.

Notre nouvelle analyse de l'enquête HID nous a permis de montrer d'une part que l'examen des différents types de handicap d'ordre mental ne peut s'analyser qu'en tenant compte de l'âge, car il

existe un fort lien entre ces différents types de handicap et l'âge : les plus jeunes ont des troubles mentaux ou cognitifs plutôt de type « troubles des apprentissages », les plus âgés ont des troubles cognitifs de type « démence », et les troubles psychiques sont l'apanage du milieu de vie. Ceci ne s'explique pas seulement par l'âge d'apparition des troubles mais aussi par l'influence des pratiques « socio-administratives » de dépistage et de reconnaissance de chacun de ces types de troubles. Notons cependant que ces pratiques évoluent et qu'il serait intéressant de voir si ce lien entre les types de handicap d'ordre mental et les différentes tranches d'âge a évolué ; cette analyse pourrait être réalisée avec la nouvelle enquête Handicap-Santé que nous évoquons plus loin dans cette conclusion.

D'autre part, nous avons montré avec l'enquête HID, en étudiant chaque catégorie d'âge (associée à un type de handicap), et en tenant compte ainsi de la différence des pratiques de déplacement liée à la position dans le cycle de vie, que les personnes en situation de handicap d'ordre mental se déplaçaient moins et étaient plus gênées dans leurs déplacements que les personnes n'ayant pas de déficiences identifiées.

Nous avons également analysé les difficultés rencontrées dans les transports par les personnes en situation de handicap d'ordre mental, à partir des travaux qui ont été menés sur ce sujet, que nous avons complétés par notre enquête de terrain, dans le but de détailler les difficultés selon les types de handicap. Enfin, nous avons fait un bilan détaillé de ces difficultés et des solutions envisageables pour y remédier, en différenciant les situations de déplacement.

Les résultats obtenus avec HID mériteraient d'être mis à jour. Il faut souligner en effet que les données de cette enquête sont déjà anciennes, puisqu'elles datent de 1998 pour l'enquête en institutions et de 1999 pour l'enquête auprès des personnes vivant à domicile. Il serait donc particulièrement intéressant de refaire un point sur les questions liées aux personnes en situation de handicap mental, psychique ou cognitif à partir des données de la nouvelle enquête Handicap-Santé de l'Insee, dont nous allons dire quelques mots ici.

L'objectif de l'enquête Handicap-Santé est d'estimer le nombre de personnes connaissant des problèmes de santé ou en situation de handicap, d'évaluer les aides dont elles ont besoin et de mesurer les désavantages sociaux qu'elles peuvent rencontrer par rapport aux autres, en fonction de l'environnement dans lequel elles évoluent. Les recueils ont été réalisés en 2008 pour le volet « ménages » - 30 000 personnes ont répondu à l'enquête - et ont démarré fin 2009 pour le volet « institutions ».

Pour ce qui est de la formulation des questions posées, le questionnaire de l'enquête Handicap-Santé tient compte, pour les questions concernées, des formulations envisagées par Eurostat³⁶, en posant une série de trois questions sur la santé perçue, l'existence de maladies chroniques³⁷ et la santé fonctionnelle. Il s'agit en effet de se conformer au règlement européen que Eurostat prépare en matière d'enquêtes de santé, qui contraindra les états membres à réaliser tous les cinq ans une enquête comportant un questionnement commun (ECHIS, « European Core Health Interview Survey »).

Le questionnaire de l'enquête Handicap-Santé comporte des questions sur :

- Les déterminants de la santé (influant sur l'état de santé) : Poids/taille, Nutrition, Alcool, Tabac, Drogues ;

³⁶ Eurostat est l'Office statistique de l'Union européenne, une direction générale de la Commission européenne. Il est chargé de fournir à l'Union européenne des statistiques au niveau européen permettant des comparaisons entre les pays et les régions.

³⁷ Selon la définition européenne une maladie chronique est « une maladie qui a duré ou peut durer pendant une période de 6 mois au moins ».

- L'état de santé et les déficiences (facteurs personnels) : Santé perçue, Recueil des maladies, Recueil des déficiences, Recueil des limitations fonctionnelles ;
- Les causes de l'état de santé : Maladies, Accidents, Évènements de la vie, Conditions de travail ;
- L'utilisation du système de soins : Visites chez le médecin, Hospitalisations, Consommation de soins, Renoncement aux soins, Prévention/dépistage ;
- Les facteurs environnementaux : Accessibilité, Aides techniques, Aménagements (logement, véhicule), Aide humaine, Attitudes (dont discriminations), Allocations, Régime protection sociale et prestations perçues ;
- Les Situations de handicap ou de participation sociale résultant de l'interaction entre l'état de santé de la personne et les facteurs environnementaux : ADL/IADL³⁸, Scolarité, Emploi, Relations sociales, Déplacements, Loisirs/vacances, Revenus.

En ce qui concerne les handicaps d'ordre mental, les instructions de collecte de l'enquête Santé-Handicap auprès des ménages (HSM) mentionnent, dans une partie intitulée « Remarques sur les questions relatives aux troubles intellectuels ou psychiques » : « La réalité du handicap psychique, mental ou intellectuel est plurielle et peut être approchée de plusieurs manières. Ainsi, les éléments d'information recueillis auprès de la personne peuvent porter sur les maladies, les symptômes, sa perception de son état de santé (fatigue, stress, etc.), le recours au soin (consultation d'un psychologue, d'un psychiatre ou psychanalyste, hospitalisation) et enfin les gênes et désavantages perçus et vécus au quotidien (difficulté à se concentrer, difficulté à s'orienter dans l'espace, etc.). ».

Quelle que soit la terminologie adoptée pour décrire les handicaps d'ordre mental, il semble que tous les éléments soient réunis dans l'enquête HSM pour identifier ces handicaps, dénombrer les personnes qui les vivent et analyser leurs conséquences sur la participation sociale, notamment sous l'angle des déplacements, permettant ainsi d'actualiser et de compléter les analyses effectuées dans le cadre du travail décrit dans ce document.

³⁸ Echelles de dépendance.

Bibliographie

- Adapei, Hermelin, M., Goldszer, N. and Goldszer, R. (1985). Les déplacements des travailleurs handicapés mentaux des CAT des Hauts-de-Seine (enquêtes menées en 83-84). ADAPEI des Hauts-de-Seine, Document ronéoté, p.
- Ajuriaguerra, J.-S., Borel-Maisonny and Diatkine, R. (1958). Le groupe des audimutités. *Psychiatr. Enfant* 1, pp.6–62.
- Anguis, M., Peretti, C. D. and Chapiro, F. (2003). Les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux. *Etudes et Résultats n°231*, DREES, avril 2003, 8 p.
- Barham, P. (2005a). Core Concepts and Definitions. The MAPLE Project: Improving Mobility and Accessibility for People with Learning Disabilities in Europe, EU, DG Employment and Social Affairs (VP/2003/14), February 2005, p.
- Barham, P. (2005b). Can People with Cognitive Impairments Use Public Transport Effectively? Europe-wide Review. The MAPLE Project: Improving Mobility and Accessibility for People with Learning Disabilities in Europe, EU, DG Employment and Social Affairs (VP/2003/14), February 2005, 12 p.
- Barham, P. (2005c). Final Report. The MAPLE Project: Improving Mobility and Accessibility for People with Learning Disabilities in Europe, EU, DG Employment and Social Affairs (VP/2003/14), February 2005, p.
- Barham, P. and Finnegan, D. (2005). Literature Review. . The MAPLE Project: Improving Mobility and Accessibility for People with Learning Disabilities in Europe, EU, DG Employment and Social Affairs (VP/2003/14), February 2005, p.
- Barreyre, J.-Y., Bouquet, C. and Peintre, C. (2005a). Les adultes souffrant d'autisme ou de syndromes apparentés pris en charge par les établissements médico-sociaux. *Etudes et Résultats n°397*, DREES, avril 2005, 8 p.
- Barreyre, J.-Y., Bouquet, C. and Peintre, C. (2005b). Les enfants et adolescents souffrant d'autisme ou de syndromes apparentés pris en charge par les établissements médico-sociaux. *Etudes et Résultats n°396*, DREES, avril 2005, 8 p.
- Béliard, A. and Eideliman, J.-S. (2009). Aux frontières du handicap psychique : genèse et usages des catégories médico-administratives. *Revue française des Affaires sociales, Dossier Handicap psychique et vie quotidienne*, coordonné par J. Delbecq et F. Weber, pp.99-117.
- Bellamy, V., Roelandt, J.-L. and Caria, A. (2004). Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Etudes et Résultats n°347*, DREES, octobre 2004, 12 p.
- Billard, C. (2003). Les dysphasies de développement. *Act. Méd. Int. Neurol.* 1, pp.17–20.
- Bishop, D. V. M. (2008). Specific language impairment, dyslexia, and autism: Using genetics to unravel their relationship. in C. F. Norbury & J. B. Tomblin & D. V. M. Bishop (Eds.), *Understanding Developmental Language Disorders: from theory to practice*, Hove: Psychology Press, pp.67-78.
- Bishop, D. V. M. (2009). What can developmental language impairment tell us about genetic bases of syntax? In D. Bickerton & E. Szathmáry (Eds.), *Biological Foundations and Origins of syntax*, Cambridge, MA: MIT Press, pp.185-204.
- Castillo, M.-C., Lannoy, V., Seznec, J.-C., Januel, D. and Petitjean, F. (2008). Étude des représentations sociales de la schizophrénie dans la population générale et dans une population de patients schizophrènes. *L'Évolution Psychiatrique Volume 73(Issue 4)*, pp.615-628.
- Chabrol, H. (2004). *Psychopathologie de l'adolescent*. Paris, Belin, 320 p.
- Chapiro, F. (2002). Les personnes hospitalisées en psychiatrie en 1998 et en 2000. *Etudes et Résultats n°206*, DREES, décembre 2002, 8 p.
- Chapiro, F., Constant, J. and Durand, B. (1997). *Le handicap mental chez l'enfant*. ESF Editeur, 215 p.

- Charzat, M. (2002). Rapport pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches. Rapport public à Mme la Ministre Déléguée à la Famille, A l'Enfance et aux personnes handicapées, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Paris, Mars 2002, 138 p.
- Cuchet, A.-L. (2007). L'accessibilité des transports en commun - Etude menée auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle et/ou des troubles psychiques utilisant les transports en commun de l'agglomération grenobloise. Rapport de stage de Master 2 Economie Internationale et stratégies d'acteurs, option Management des politiques sociales, Université UPMF, Grenoble, Office Départemental des Personnes Handicapées de l'Isère, Eybens, 95 p.
- Cuenot, M. and Roussel, P. (2009). De la difficulté de quantifier le handicap psychique : des classifications aux enquêtes. *Revue française des Affaires sociales*, Dossier Handicap psychique et vie quotidienne, coordonné par J. Delbecq et F. Weber, pp.65-82.
- Delahaie, M. (2004). L'évolution du langage chez l'enfant : de la difficulté au trouble. Saint-Denis, INPES, 98 p.
- Delbecq, J. and Weber, F. (Eds). (2009). Handicap psychique et vie quotidienne. *Revue française des Affaires sociales*, La Documentation Française, 352 p.
- Demoly, E. (2008). Les demandeurs de l'AAH. Une population souvent éloignée du marché du travail. *Etudes et Résultats n°640*, DREES, juin 2008, 8 p.
- Dhénain, M. (2010). Autisme et autres troubles envahissants du développement. État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale. Haute Autorité de Santé, 186 p.
- Foucault, M. (1972). Histoire de la folie à l'âge classique. Suivi de *Mon corps, ce papier, ce feu* et de *La Folie, l'absence d'œuvre*. Collection Bibliothèque des Histoires, Gallimard, 624 p.
- Gattegno, M.-P. (2008). La prise en charge des personnes avec autisme et troubles envahissants du développement : l'intervention adaptée et individualisée. in *Approche neurocognitive de l'autisme. Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, N°100 Volume 20(Tome V), pp.305-310.
- Gérard, C. L. (1991). L'enfant dysphasique. Paris, Editions Universitaires,p.
- Goffman, E. (1975). Stigmate. Collection « Le sens commun », Les Editions de Minuit, 176 p.
- Goledzinovski, F. (1973). L'appropriation de l'espace dans le métro comme fait de civilisation. Etude de la station Châtelet. Mémoire de maîtrise en sociologie urbaine à Paris X-Nanterre, p.
- Goledzinovski, F. (1976). L'espace du métro : étude des besoins des voyageurs en matière d'orientation souterraine. *Le Travail Humain n°39(1)*, pp.33-42.
- Goledzinovski, F. (1977). Etude de la fonction d'orientation dans l'espace souterrain du réseau ferré métropolitain. Thèse pour le doctorat de 3ème cycle, Paris, Université de Paris V-Décartes, juillet 1977, p.
- Goledzinovski, F. (1983). Signalisation et désorientation dans le métro. *Communication et langage n°55* (1er trimestre 1983), pp.65-80.
- Goledzinovski, F. (1986). Attention aux pictogrammes : ils ne sont pas toujours compris. *Hommes et Migrations 1098*, 15 décembre 1986, pp.16-22.
- Grönvall, O., Ståhl, A. and Iwarsson, S. (2005). Can People with Cognitive Functional Impairments Use Public Transportation?: National Report for Sweden. The MAPLE Project: Improving Mobility and Accessibility for People with Learning Disabilities in Europe, EU, DG Employment and Social Affairs (VP/2003/14), February 2005, 29 p.
- Guelfi, J.-D. (2004). Mini DSM-IV-TR, Critères diagnostiques, Version française complétée des codes CIM-10. Masson, Paris, 384 p.
- Guidetti, M. and Tourrette, C. (1999). Handicaps et développement psychologique de l'enfant. Collection Cursus Psychologie, Armand Colin, 190 p.
- Has (2007). Guide Affection de Longue Durée - schizophrénie. Guide ALD23, Juin 2007, 20 p.

- Hermelin, M., Leloup-Lambard, A., Stevoux, P., Thery, C. and Velche, D. (1986). Les personnes handicapées mentales et les transports en commun. AFNOR, RATP, SNAPEI, SNCF, & UNAPEI, document ronéoté, 2 tomes, mars 1986, p.
- Kennedy Grimes, M. (2005). A study of the Irish Public Transport Situation in Relation to Improving Mobility and Accessibility for People with Learning Disabilities: National Report for the Republic of Ireland. The MAPLE Project: Improving Mobility and Accessibility for People with Learning Disabilities in Europe, EU, DG Employment and Social Affairs (VP/2003/14), February 2005, 70 p.
- Leroux, I. and Morin, T. (2006). Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale. Etudes et Résultats n°545, DREES, décembre 2006, 8 p.
- Leroy, C. and Journet, N. (1987). Des signaux vite et bien vus. Sciences et Vie n° 158, pp.104-107.
- Lysaker, P. H. and Hammersley, J. Association of delusions and lack of cognitive flexibility with social anxiety in schizophrenia spectrum disorders. Schizophrenia Research Volume 86(Issues 1-3), pp.147-153.
- Matsui, M., Sumiyoshi, T., Arai, H., Higuchi, Y. and Kurachi, M. (2008). Cognitive functioning related to quality of life in schizophrenia. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry Volume 32(Issue 1), pp.280-287.
- Milano, S. (2009). Le handicap psychique, d'une loi à l'autre. Revue française des Affaires sociales, Dossier Handicap psychique et vie quotidienne, coordonné par J. Delbecq et F. Weber, pp.19-24.
- Morin, T. (2008). Épisodes dépressifs : des situations multiples. Etudes et Résultats n°661, DREES, octobre 2008, 8 p.
- Mouvement-Sncf (1983). Mobilité et représentation du voyage en train par les personnes handicapées. MOUVEMENT & SNCF, document ronéoté, p.
- Mouvement (1987). Les concepts de communication et d'information dans les transports en commun. Analyse comparative des usagers mentaux et des autres usagers. MOUVEMENT, Rapport de recherche, avril 1987, p.
- Naniopoulos, A. and Nalmpantis, D. (2005). Can People with Cognitive Functional Impairments Use Public Transportation?: National Report for Greece. The MAPLE Project: Improving Mobility and Accessibility for People with Learning Disabilities in Europe, EU, DG Employment and Social Affairs (VP/2003/14), February 2005, 28 p.
- Ocde/Fit (2009). Déficience cognitive, santé mentale et transports - vers une accessibilité pour tous. Forum International des Transports, OCDE, 31 p.
- Oms (2001). La Santé mentale, nouvelle conception nouveaux espoirs. Rapport sur la santé mentale dans le monde, 172 p.
- Peeters, H., Crepel, A., Fruns, J.-P., Devriendt, K. and De Volder, A. (2008). Données génétiques dans les syndromes autistiques. in Approche neurocognitive de l'autisme. Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant, N°100 Volume 20(Tome V), pp.285-289.
- Pierart, B. (2008). Les dysphasies de l'enfant. in La Dysphasie. Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant, N°99 Volume 20(Tome IV), pp.192-201.
- Prouteau, A., Grondin, O. and Swendsen, J. (2009). Qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie : une étude en vie quotidienne. Revue française des Affaires sociales, Dossier Handicap psychique et vie quotidienne, coordonné par J. Delbecq et F. Weber, pp.139-155.
- Rabeyron, P.-L. (2008). Complexité des troubles du langage et complexité des aides : d'une pluridisciplinarité bien conduite à un éclectisme théorique avoué. Les Dysphasies Développementales. Troubles du langage et modalité d'apprentissage : de l'individuel au collectif. Actes des 6° rencontres interrégionales de Châtillons d'Azergues, 22, 23 et 24 mars 2007 N°11, pp.5-15.
- Rapin, I. and Allen, D. A. (1983). Developmental language disorders: nosologic considerations. In: U. Kirk, Editor, Neuropsychology of language, reading and spelling, New-York academic Press, pp.155-180.
- Ratp (1984). Les personnes handicapées et les transports en Ile-de-France : constats et propositions. RATP, rapport ronéoté, p.

- Rode, G., Thomas-Antérion, C., Luauté, J., Jacquin-Courtois, S., Ciancia, S., Rossetti, Y. and Boisson, D. (2005). Évaluation des incapacités et de la qualité de vie des patients présentant des troubles cognitifs. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique* 48(6), pp.376-391.
- Rogé, B. and Chabrol, H. (2003). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, Belin, 240 p.
- Roussel, P. (2006). Quelle vie sociale et économique pour les personnes ayant des troubles mentaux ? Une exploitation de l'enquête HID 1999 auprès des personnes vivant à domicile. Rapport remis à la DGAS, CTNERHI, novembre 2006, 168 p.
- Sanchez, J. (1989). L'accessibilité support concret et symbolique de l'intégration. Apports et développement. Publications du CTNERHI (n° 169), Mai 1989, p.
- Sanchez, J. and Velche, D. (1996). Vécus et usages de la Gare de Lyon par des personnes handicapées. p.
- SnCF (1984). Les personnes handicapées et le voyage. SNCF, rapport ronéoté, p.
- Tricker, R. and Barham, P. (2005). Can People with Cognitive Impairments Use Public Transport Effectively? National Report for the United Kingdom. The MAPLE Project: Improving Mobility and Accessibility for People with Learning Disabilities in Europe, EU, DG Employment and Social Affairs (VP/2003/14), February 2005, 31 p.
- Velche, D. (1991). Evaluation des modalités de traitement de l'information dans l'utilisation des transports en commun par les personnes ayant une déficience intellectuelle. *Handicaps et Inadaptations - Les Cahiers du CTNERHI* 55-56, pp.149-192.
- Velche, D. (1992). Accès à la signalétique et utilisation des systèmes de transport par les personnes handicapées mentales. In M. Dejeannes & J.P. Medevielle (Eds.), *Mobilité et transport des personnes âgées ou à mobilité réduite*. Actes de la 6ème conférence internationale COMOTRED 92. Lyon, INRETS, 1992, N° 30bis (2), pp.546-553.
- Velche, D. (1993). De la lisibilité des pictogrammes. In I. Joseph (Ed.), *Accessibilité et situations d'urgence*. Actes du Séminaire 1992-1993, (3). *Mobilités réduites. Des citoyens pas comme les autres*. Paris, Plan Urbain, Direction de la Recherche et des Affaires scientifiques et Techniques & RATP, Département du Développement, Unité prospective, pp.43-64.
- Velche, D. (2005). Public Transport for People with Cognitive Impairments: National Report for France. The MAPLE Project: Improving Mobility and Accessibility for People with Learning Disabilities in Europe, EU, DG Employment and Social Affairs (VP/2003/14), February 2005, 72 p.
- Velche, D. (2007). Les handicaps psychiques et les services de transport. In M. Dejeannes (Ed.). *Handicaps et ville*. Voiron, Territorial Editions & CERTU, fiche de cas n° 4, p.
- Velche, D. and Golezinski, F. (1989). La ville comme milieu de vie : difficultés dans les transports et fractures dans les représentations spéciales. In *Savoir-faire et technologies nouvelles : intégrer dans la vie, dans la ville, l'homme réparé*. Vanves, CTNERHI, pp.17-34.
- Velche, D., Schobinger, A., Ajavon, C. and Moallem, A. (1987). Le traitement de l'information constitue-t-il une entrave à l'utilisation des transports en commun par les personnes ayant un handicap mental ? In *Cognitiva 87 : de l'intelligence artificielle aux biosciences / MARI 87 : Machines Réseaux intelligents*, Paris, La Villette, .

Annexes

Annexe 1 Tableaux et figures des analyses sur HID de la partie 3.2.1

Enquête HID 1999 auprès des ménages vivant à domicile – Répartition des individus		
Codes HID	Libellés HID des déficiences d'ordre mental	% pondéré
-	Pas de déficience d'ordre mental	84,18
69	Déficience intellectuelle ou du psychisme non précisée	6,05
68	Autres troubles psychiques	4,90
65	Troubles de l'humeur, dépression	1,52
63	Pertes des acquis intellectuels, troubles de la mémoire, désorientation temporo-spatiale (démences, détérioration...)	1,48
62	Retard léger, déficience intellectuelle légère, troubles des acquisitions et des apprentissages	0,26
63-68	Pertes des acquis intellectuels, troubles de la mémoire, désorientation temporo-spatiale + Autres troubles psychiques	0,22
63-65	Pertes des acquis intellectuels, troubles de la mémoire, désorientation temporo-spatiale + Troubles de l'humeur, dépression	0,20
61	Retard mental (moyen, grave, profond ou sévère)	0,16
63-69	Pertes des acquis intellectuels, troubles de la mémoire désorientation, temporo-spatiale + Déficience intellectuelle ou du psychisme non précisée	0,11
44	Autres troubles du langage (aphasie, dysphasie, dyslexie, ...)	0,10
65-68	Troubles de l'humeur, dépression + "Autres troubles psychiques"	0,09
64	Troubles du comportement, troubles de la personnalité et des capacités relationnelles	0,09
63-66-69	Pertes des acquis intellectuels, troubles de la mémoire, désorientation temporo-spatiale + Pertes intermittentes de la conscience (épilepsie) + Déficience intellectuelle et du psychisme non précisée	0,09
61-68	Retard mental (moyen, grave, profond ou sévère) + Autres trouble psychiques	0,08
68-69	Autres troubles psychiques + Déficience intellectuelle ou du psychisme non précisée	0,06
67	Autres troubles intellectuels (retard mental non précisé)	0,06
66	Pertes intermittentes de la conscience (épilepsie)	0,04
autres	(autres combinaisons de 2 à 3 codes)	0,31
	Total identification d'une ou plusieurs déficiences d'ordre mental	15,82
	Total	100,00

Tableau A1.1 Répartition des personnes vivant à domicile selon les déficiences d'ordre mental les plus répandues, d'après l'enquête HID-1999 en ménages

Enquête HID 1998 auprès des personnes vivant en institutions		
Codes HID	Libellés HID	% pondéré
-	Pas de déficience d'ordre mental	37,97
63	Pertes des acquis intellectuels, troubles de la mémoire, désorientation temporo-spatiale (démences, détérioration...)	20,85
68	Autres troubles psychiques	7,20
67	Autres troubles intellectuels (retard mental non précisé)	6,57
64	Troubles du comportement, troubles de la personnalité et des capacités relationnelles	4,44
65	Troubles de l'humeur, dépression	3,56
69	Déficience intellectuelle ou du psychisme non précisée	3,39
61	Retard mental (moyen, grave, profond ou sévère)	2,39
63-68	Pertes des acquis intellectuels, troubles de la mémoire, désorientation temporo-spatiale + Autres troubles psychiques	1,31
67-68	Autres troubles intellectuels (retard mental non précisé) + Autres troubles psychiques	1,27
63-64	Pertes des acquis intellectuels, troubles de la mémoire, désorientation temporo-spatiale (démences, détérioration...) + Troubles du comportement, troubles de la personnalité et des capacités relationnelles	1,20
64-67	Troubles du comportement, troubles de la personnalité et des capacités relationnelles + Autres troubles intellectuels (retard mental non précisé)	1,15
63-65	Pertes des acquis intellectuels, troubles de la mémoire, désorientation temporo-spatiale + Troubles de l'humeur, dépression	0,86
62	Retard léger, déficience intellectuelle légère, troubles des acquisitions et des apprentissages	0,85
61-64	Retard mental (moyen, grave, profond ou sévère) + Troubles du comportement, troubles de la personnalité et des capacités relationnelles	0,50
63-69	Pertes des acquis intellectuels, troubles de la mémoire, désorientation temporo-spatiale + Déficience intellectuelle ou du psychisme non précisée	0,48
65-68	Troubles de l'humeur, dépression + "Autres troubles psychiques"	0,42
66-67	Pertes intermittentes de la conscience (épilepsie) + Autres troubles intellectuels (retard mental non précisé)	0,40
66	Pertes intermittentes de la conscience (épilepsie)	0,37
44	Autres troubles du langage (aphasie, dysphasie, dyslexie, ...)	0,37
autres	(autres combinaisons de 2 à 3 codes)	4,45
	Total identification d'une ou plusieurs déficiences d'ordre mental	62,03
	Total	100,00

Tableau A1.2 Répartition des personnes vivant en institution selon les déficiences d'ordre mental les plus répandues, d'après l'enquête HID-1998 auprès des institutions

Déficiences associées aux déficiences d'ordre mental - HID 1999								
Mentales	Motrices	Visuelles	Auditive	Du langage	Viscérales ou métaboliques	Autres	% pond	
X	-	-	-	-	-	-	37,81	
X	X	-	-	-	-	-	10,74	
X	-	-	-	-	X	-	7,47	
X	X	-	-	-	X	-	5,31	
X	-	-	X	-	-	-	3,87	
X	-	-	-	-	-	X	3,71	
X	X	-	X	-	-	-	2,86	
X	X	-	X	-	X	-	2,83	
X	-	-	-	-	X	X	2,42	
X	-	-	-	X	-	-	2,18	
X	-	-	X	-	X	-	1,82	
X	-	X	-	-	X	-	1,78	
X	X	-	-	-	-	X	1,55	
X	-	X	-	-	-	-	1,54	
X	X	X	-	-	X	-	1,37	
X	X	X	X	-	X	-	1,22	
X	X	-	-	-	X	X	0,89	
X	X	X	-	-	-	-	0,75	
X	X	X	-	-	X	X	0,69	
X	X	-	-	X	X	-	0,65	
X	-	-	X	X	X	-	0,62	
X	X	X	X	-	-	-	0,60	
X	autres associations							7,31
							100,00	

Tableau A1.3 Répartition des personnes ayant des déficiences mentales selon les associations les plus répandues avec d'autres déficiences (personnes vivant en ménages HID-1999)

Déficiences associées aux déficiences d'ordre mental - HID 1998								
Mentales	Motrices	Visuelles	Auditive	Du langage	Viscérales ou métaboliques	Autres	% pond	
X	-	-	-	-	-	-	20,84	
X	-	-	-	X	-	-	6,07	
X	-	-	-	-	X	-	5,90	
X	X	-	-	-	X	-	5,47	
X	X	-	-	-	-	-	4,84	
X	X	X	X	X	X	-	4,12	
X	X	-	X	-	X	-	3,59	
X	X	-	-	X	X	-	3,25	
X	-	-	-	X	X	-	3,17	
X	X	X	X	-	X	-	3,00	
X	-	-	X	-	-	-	2,60	
X	X	-	X	X	X	-	2,38	
X	-	-	X	-	X	-	2,16	
X	-	X	X	X	X	-	2,14	
X	X	-	X	-	-	-	2,15	
X	-	-	X	X	X	-	1,93	
X	-	-	X	X	-	-	1,67	
X	X	-	-	X	-	-	1,64	
X	-	-	-	-	-	X	1,54	
X	X	X	-	-	X	-	1,38	
X	-	X	X	-	X	-	1,35	
X	-	X	-	-	-	-	1,24	
X	X	X	-	X	X	-	1,10	
X	X	X	-	-	-	-	1,02	
X	-	X	-	-	X	-	1,01	
X	autres associations							14,44
							100,00	

Tableau A1.4 Répartition des personnes ayant des déficiences mentales selon les associations les plus répandues avec d'autres déficiences (personnes vivant en institutions HID-1998)

Classes d'âge (en années)	%											Total	Proportion du type de déficience
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	100-109		
Déficiences identifiées dans l'enquête HID-1999													
Pas de déficience d'ordre mental	13,5	13,2	13,9	15,6	14,1	11,2	9,2	7,0	2,0	0,3	0,0	100,0	84,18
Déficience intellectuelle ou du psychisme non précisée	8,7	12,2	10,6	12,3	14,1	17,2	9,5	10,5	3,9	1,1	0,0	100,0	6,05
Autres troubles psychiques	12,3	16,2	13,1	10,0	18,4	12,7	8,3	6,4	2,4	0,3	0,0	100,0	4,90
Troubles de l'humeur, dépression	0,0	5,0	4,4	18,3	33,7	10,0	16,3	10,3	2,0	0,0	0,0	100,0	1,52
Pertes des acquis intellectuels, troubles de la mémoire désorientation temporo-spatiale (démences, détérioration...)	0,0	0,5	0,9	4,3	2,9	7,1	17,8	31,3	27,6	7,5	0,0	100,0	1,48
Retard léger, déficience intellectuelle légère, troubles des acquisitions et des apprentissages	3,4	66,5	5,3	8,3	5,2	1,9	3,2	3,8	2,4	0,0	0,0	100,0	0,26
Pertes des acquis intellectuels, troubles de la mémoire désorientation temporo-spatiale + Autres troubles psychiques	0,0	0,3	8,6	6,7	15,9	7,7	13,6	27,3	14,3	5,7	0,0	100,0	0,22
Pertes des acquis intellectuels, troubles de la mémoire désorientation temporo-spatiale + Troubles de l'humeur, dépression	0,0	0,0	1,2	4,9	10,2	48,9	20,9	7,5	5,9	0,7	0,0	100,0	0,20
Retard mental (moyen, grave, profond ou sévère)	10,5	23,8	14,8	14,4	17,1	6,5	8,2	4,7	0,0	0,0	0,0	100,0	0,16
Pertes des acquis intellectuels, troubles de la mémoire désorientation temporo-spatiale + Déficience intellectuelle ou du psychisme non précisée	0,0	0,0	0,0	6,6	6,1	12,3	7,3	33,6	28,7	5,4	0,0	100,0	0,11
Autres troubles du langage (aphasie, dysphasie, dyslexie, ...)	55,3	1,3	1,1	0,7	3,5	5,1	3,2	14,5	12,7	2,7	0,0	100,0	0,10
Troubles de l'humeur, dépression + "Autres troubles psychiques"	0,0	0,0	1,4	5,1	10,2	62,5	4,9	13,7	2,2	0,0	0,0	100,0	0,09
Troubles du comportement, troubles de la personnalité et des capacités relationnelles	5,1	17,2	15,8	17,2	14,6	6,4	12,4	7,2	4,1	0,0	0,0	100,0	0,09
Pertes des acquis intellectuels, troubles de la mémoire désorientation temporo-spatiale + Pertes intermittentes de la conscience (épilepsie) + Déficience intellectuelle et du psychisme non précisée	0,0	0,0	97,9	0,2	1,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,09
Retard mental (moyen, grave, profond ou sévère) + Autres troubles psychiques	85,6	4,6	3,1	2,9	1,2	1,7	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,08
Autres troubles psychiques + Déficience intellectuelle ou du psychisme non précisée	1,0	0,8	15,6	7,6	27,2	9,2	17,6	12,1	8,8	0,0	0,0	100,0	0,06
Autres troubles intellectuels (retard mental non précisé)	2,7	29,3	30,9	7,3	6,1	9,4	10,4	3,9	0,0	0,0	0,0	100,0	0,06
Pertes intermittentes de la conscience (épilepsie)	5,4	0,4	5,9	30,6	27,9	7,2	4,3	13,5	3,7	1,2	0,0	100,0	0,04
Répartition de l'ensemble des individus	12,7	13,0	13,3	14,9	14,4	11,6	9,4	7,7	2,6	0,5	0,0	100,0	

Tableau A1.5 Répartitions des individus en termes d'âge, selon les déficiences identifiées pour les individus vivant à domicile (enquête HID-1999)

Classes d'âge (en années)	Déficiences identifiées dans l'enquête HID-1998											Total	Proportion du type de déficience
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	100-109		
Pas de déficience d'ordre mental	0,4	3,1	1,9	2,0	2,0	1,6	6,6	17,1	40,6	24,2	0,7	100,0	37,97
Pertes des acquis intellectuels, troubles de la mémoire désorientation temporo-spatiale (démences, détérioration...)	0,0	0,2	0,3	0,7	0,3	0,6	3,3	15,8	47,6	30,2	1,1	100,0	20,85
Autres troubles psychiques	0,8	6,2	7,5	9,5	9,1	7,4	13,7	16,5	19,3	9,7	0,3	100,0	7,20
Autres troubles intellectuels (retard mental non précisé)	3,1	24,3	13,7	13,6	12,4	6,6	6,7	8,5	7,6	3,4	0,0	100,0	6,57
Troubles du comportement, troubles de la personnalité et des capacités relationnelles	3,1	16,0	9,8	11,4	12,0	6,9	12,5	14,1	10,1	4,2	0,0	100,0	4,44
Troubles de l'humeur, dépression	0,1	0,9	4,1	7,1	10,2	7,3	9,2	22,5	29,7	9,0	0,0	100,0	3,56
Déficience intellectuelle ou du psychisme non précisée	0,7	8,0	10,2	10,9	9,9	7,8	7,0	11,2	17,4	16,4	0,7	100,0	3,39
Retard mental (moyen, grave, profond ou sévère)	0,9	10,3	15,6	24,4	23,5	11,7	7,3	5,8	0,6	0,0	0,0	100,0	2,39
Pertes des acquis intellectuels, troubles de la mémoire désorientation temporo-spatiale + Autres troubles psychiques	0,0	1,1	1,1	1,9	4,5	5,1	11,7	15,6	39,8	19,3	0,0	100,0	1,31
Autres troubles intellectuels (retard mental non précisé) + Autres troubles psychiques	1,7	26,4	12,9	14,8	10,1	3,4	7,2	11,3	7,1	4,3	0,9	100,0	1,27
Pertes des acquis intellectuels, troubles de la mémoire désorientation temporo-spatiale (démences, détérioration...) + Troubles du comportement, troubles de la personnalité et des capacités relationnelles	0,5	0,0	2,3	2,1	1,7	2,0	11,8	15,4	46,5	17,7	0,0	100,0	1,20
Troubles du comportement, troubles de la personnalité et des capacités relationnelles + Autres troubles intellectuels (retard mental non précisé)	4,2	29,5	9,9	17,0	14,8	5,1	7,9	4,8	5,2	1,8	0,0	100,0	1,15
Pertes des acquis intellectuels, troubles de la mémoire désorientation temporo-spatiale + Troubles de l'humeur, dépression	0,0	0,0	1,4	2,0	3,1	2,9	8,1	14,1	55,1	13,3	0,0	100,0	0,86
Retard léger, déficience intellectuelle légère, troubles des acquisitions et des apprentissages	3,9	49,6	10,6	7,9	7,7	5,5	8,1	3,6	1,5	1,6	0,0	100,0	0,85
Retard mental (moyen, grave, profond ou sévère) + Troubles du comportement, troubles de la personnalité et des capacités relationnelles	1,9	13,1	21,2	25,4	23,2	6,5	6,6	2,2	0,0	0,0	0,0	100,0	0,50
Pertes des acquis intellectuels, troubles de la mémoire désorientation temporo-spatiale + Déficience intellectuelle ou du psychisme non précisée	1,9	2,5	1,9	3,7	0,0	4,7	4,3	20,5	46,3	14,3	0,0	100,0	0,48
Troubles de l'humeur, dépression + "Autres troubles psychiques"	0,0	0,3	5,7	17,2	25,8	12,0	13,6	7,9	17,6	0,0	0,0	100,0	0,42
Pertes intermittentes de la conscience (épilepsie) + Autres troubles intellectuels (retard mental non précisé)	3,6	19,8	24,0	24,5	14,0	8,2	0,7	5,4	0,0	0,0	0,0	100,0	0,40
Pertes intermittentes de la conscience (épilepsie)	2,1	16,2	13,6	16,0	9,4	8,6	3,9	19,0	11,4	0,0	0,0	100,0	0,37
Autres troubles du langage (aphasie, dysphasie, dyslexie, ...)	0,0	0,8	0,0	2,3	1,6	3,1	15,2	31,2	37,5	8,2	0,0	100,0	0,37
Répartition de l'ensemble des individus	0,8	6,5	4,7	5,8	5,3	3,6	7,0	15,1	32,1	18,5	0,5	100,0	

Tableau A1.6 Répartitions des individus en termes d'âge, selon les déficiences identifiées pour les individus vivant en institutions (enquête HID-1998)

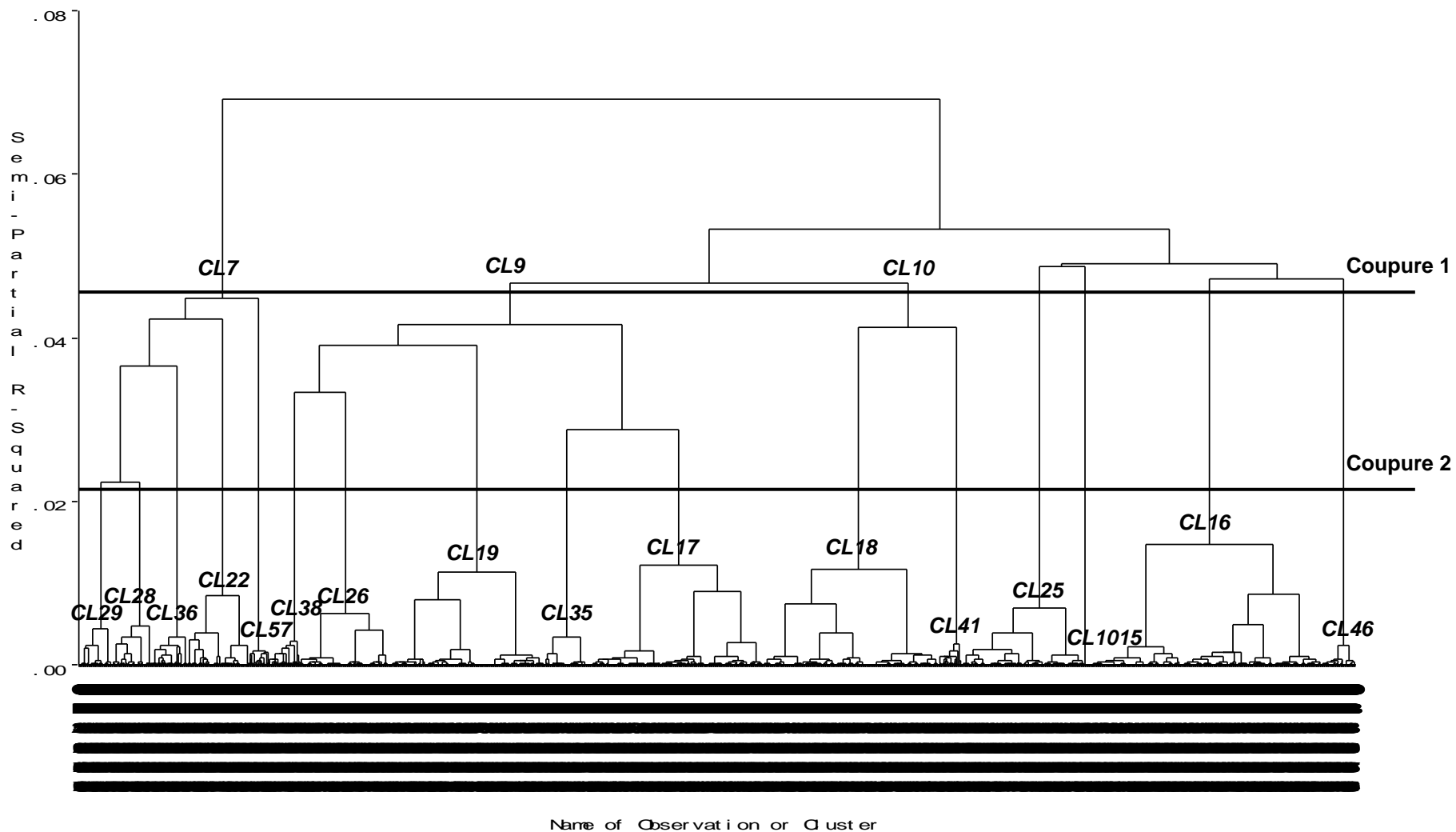


Figure A1.1 : Dendrogramme issu de la CAH sur les coordonnées factorielles de l'AFCM sur les variables âge, déficiences d'ordre mental, déficiences associées

	Déficiences d'ordre mental														Déficiences associées					
	Effectif	%	% pond	Age	code 44	code 61	code 62	code 63	code 64	code 65	code 66	code 67	code 68	code 69	mot	visu	audi	lang	visc-meta	autre
CL1015	2	0,0	0,0	100-109 (100,0 %)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	50,0	100,0	0,0	50,0	100,0
CL46	158	2,7	1,3	90-99 (100,0 %)	0,0	0,0	0,0	60,8	0,6	1,3	1,3	0,0	11,4	36,7	72,8	48,1	71,5	15,8	58,2	20,3
CL25	579	9,7	5,5	80-89 (100,0 %)	0,0	0,0	0,0	53,5	0,0	5,4	0,0	0,0	18,5	34,9	66,5	33,9	58,4	6,6	57,7	18,3
CL16	1099	18,5	10,9	70-79 (100,0 %)	0,0	0,4	0,0	34,5	0,0	11,4	0,0	0,0	21,5	40,9	60,4	19,7	43,0	7,1	57,6	19,5
CL10	925	15,6	11,1	60-69 (90,9 %)	11,1	0,4	0,5	23,9	0,1	16,2	0,3	0,0	22,8	40,9	65,8	19,9	32,7	7,8	55,8	17,7
CL9	2300	38,7	49,0	20-59 (98,2 %)	0,0	0,7	0,2	13,9	0,3	21,9	6,4	0,0	28,5	45,5	54,0	14,4	18,8	8,8	38,8	16,5
CL7	884	14,9	22,1	0-39 (72,7 %)	0,2	25,6	19,5	5,7	19,5	3,1	1,1	10,3	17,8	19,6	26,2	12,1	18,1	39,3	23,9	6,9
	5947	100,0	100,0		1,8	4,2	3,0	23,1	3,0	14,1	2,7	1,5	23,3	38,8	54,6	18,7	30,6	12,8	45,1	16,1

Tableau A1.7 Description des classes de la typologie obtenue par la coupure en 7 classes du dendrogramme issu de la classification réalisée par AFCM+CAH sur le sous-échantillon des personnes ayant des déficiences d'ordre mental, parmi les personnes vivant en ménages (HID-1999)

	Sur éch. pers. avec déf. ment			Déficiences d'ordre mental											Déficiences associées						
	Effectif	%	% pond	Age	code 44	code 61	code 62	code 63	code 64	code 65	code 66	code 67	code 68	code 69	mot	visu	audi	lang	visc-meta	autre	
CL17	821	13,8	13,4	50-59 (99,8%)	0,0	0,0	0,0	14,0	0,0	25,6	0,0	0,0	28,0	44,0	58,0	16,6	24,5	6,9	45,8	20,8	
CL18	822	13,8	10,1	60-69 (100,0%)	0,0	0,0	0,0	24,0	0,0	17,6	0,0	0,0	24,7	43,7	64,8	20,7	32,2	8,6	56,1	18,7	
CL19	726	12,2	15,3	40-49 (100,0%)	0,0	0,3	0,0	14,2	0,0	24,1	0,0	0,0	29,1	46,0	58,0	14,5	16,7	6,8	38,7	14,7	
CL22	290	4,9	12,0	10-29 (72,1%)	0,0	0,0	53,5	4,5	0,0	3,1	1,4	0,0	23,5	30,3	26,9	10,7	17,9	22,8	22,4	7,6	
CL26	410	6,9	10,2	30-39 (100,0%)	0,0	0,2	0,0	13,4	0,0	21,5	0,0	0,0	28,5	48,3	52,0	10,0	13,2	10,0	28,1	13,7	
CL28	185	3,1	1,0	10-49 (82,7%)	0,0	100,0	0,0	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0	10,3	2,2	25,4	14,1	22,2	70,3	26,0	4,3	
CL29	152	2,6	7,7	0-9 (100,0%)	0,0	19,7	9,2	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	29,6	46,7	21,7	11,2	13,2	36,8	18,4	5,9	
CL35	197	3,3	8,8	20-29 (100,0%)	0,0	0,0	0,0	10,7	0,0	9,1	0,0	0,0	37,1	50,8	36,6	9,6	13,2	12,7	28,4	12,2	
CL36	166	2,8	0,9	0-49 (69,3%)	0,0	6,6	1,2	15,1	100,0	8,4	0,0	0,0	4,2 ²		24,1	10,2	16,3	29,5	26,5	9,0	
CL38	146	2,5	1,3	0-59 (85,6%)	0,0	8,2	2,7	17,1	4,8	8,9	100,0	0,0	16,4	37,0	40,4	21,2	21,2	21,2	43,8	14,4	
CL41	103	1,7	1,0	0-19 17,5% 60-89 49,5%	100,0	3,9	4,9	23,3	1,0	4,9	2,9	0,0	7,8	18,5	73,8	13,6	35,9	1,0	53,4	9,7	
CL57	91	1,5	0,6	0-39 (64,5%)	0,0	0,0	1,1	5,5	6,6	2,2	6,6	100,0	19,8	6,6	37,4	17,6	22,0	50,6	28,6	7,7	
.....																			
Total éch.	5947	100,0			1,8	4,2	3,0	23,1	3,0	14,1	2,7	1,5	23,3	38,8	54,6	18,7	30,6	12,8	45,1	16,1	

Tableau A1.8 Description des classes de la typologie obtenue par la coupure en 16 classes du dendrogramme issu de la classification réalisée par AFCM+CAH sur le sous-échantillon des personnes ayant des déficiences d'ordre mental, parmi les personnes vivant en ménages (HID-1999)

	Effectif	Age										
		0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	100-109
CL1015	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
CL16	1099	0	0	0	0	0	0	0	1099	0	0	0
CL17	821	0	0	0	0	0	819	0	0	2	0	0
CL18	822	0	0	0	0	0	0	822	0	0	0	0
CL19	726	0	0	0	0	726	0	0	0	0	0	0
CL22	290	0	186	23	28	22	13	9	5	4	0	0
CL25	579	0	0	0	0	0	0	0	0	579	0	0
CL26	410	0	0	0	410	0	0	0	0	0	0	0
CL28	185	0	41	34	40	38	21	11	0	0	0	0
CL29	152	152	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CL35	197	0	0	197	0	0	0	0	0	0	0	0
CL36	166	11	24	22	27	31	21	17	8	5	0	0
CL38	146	10	8	17	29	37	24	10	9	2	0	0
CL41	103	8	10	2	2	13	15	19	19	13	2	0
CL46	158	0	0	0	0	0	0	0	0	0	158	0
CL57	91	8	22	12	13	13	9	8	5	1	0	0
Total éch.	5947	189	291	307	549	880	922	896	1145	606	160	2

Tableau A1.9 Bilan de la partition en 16 classes pour l'âge

	Effectif	Déficiences d'ordre mental									Déficiences associées						
		code 44	code 61	code 62	code 63	code 64	code 65	code 66	code 67	code 68	code 69	mot	visu	audi	lang	visc-meta	autre
CL1015	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	2	0	1	2
CL16	1099	0	4	0	379	0	125	0	0	236	449	664	216	473	78	633	214
CL17	821	0	0	0	115	0	210	0	0	230	361	476	136	201	57	376	171
CL18	822	0	0	0	197	0	145	0	0	203	359	533	170	265	71	461	154
CL19	726	0	2	0	103	0	175	0	0	211	334	421	105	121	49	281	107
CL22	290	0	0	155	13	0	9	4	0	68	88	78	31	52	66	65	22
CL25	579	0	0	0	310	0	31	0	0	107	202	385	196	338	38	334	106
CL26	410	0	1	0	55	0	88	0	0	117	198	213	41	54	41	115	56
CL28	185	0	185	0	7	0	0	0	0	19	4	47	26	41	130	48	8
CL29	152	0	30	14	0	0	2	0	0	45	71	33	17	20	56	28	9
CL35	197	0	0	0	21	0	18	0	0	73	100	72	19	26	25	56	24
CL36	166	0	11	2	25	166	14	0	0	7	4	40	17	27	49	44	15
CL38	146	0	12	4	25	7	13	146	0	24	54	59	31	31	31	64	21
CL41	103	103	4	5	24	1	5	3	0	8	19	76	14	37	1	55	10
CL46	158	0	0	0	96	1	2	2	0	18	58	115	76	113	25	92	32
CL57	91	2	0	1	5	6	2	6	91	18	6	34	16	20	46	26	7
Total éch.	5947	105	249	181	1375	181	839	161	91	1384	2309	3248	1112	1821	763	2679	958

Tableau A1.10 Bilan de la partition en 16 classes pour les déficiences d'ordre mental et les autres types de déficiences

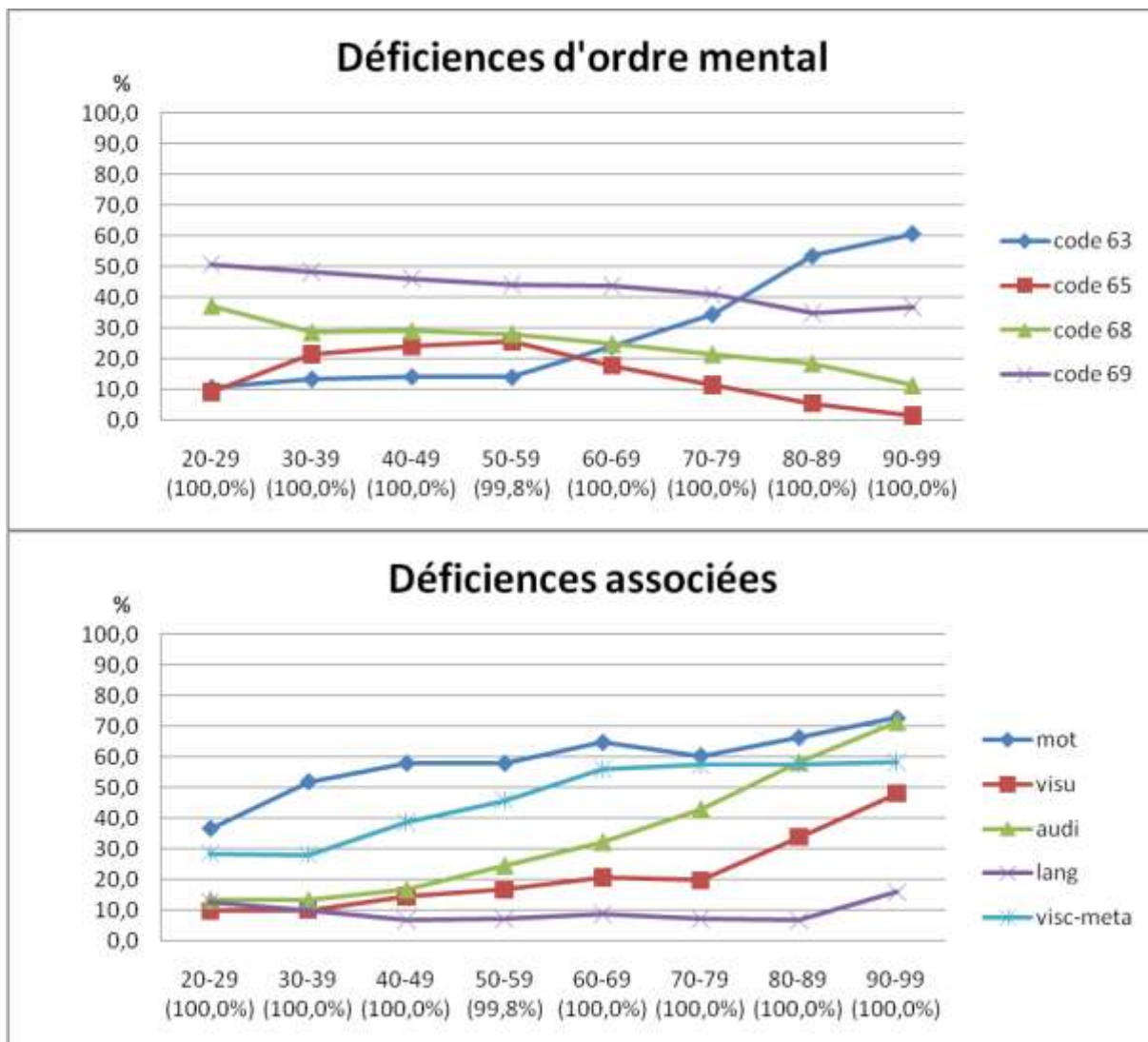


Figure A1.2 : Evolution des proportions de certaines déficiences, selon les classes de la CAH définies par l'âge

Typologie des personnes ayant des déficiences d'ordre mental (HID-1999)				
Nom de la classe	Description du profil type de la classe	Effectif	%	% pond
Classe 1	Personnes de 80 ans et plus, avec déficiences de type "perte des acquis intellectuels, troubles de la mémoire", et diverses déficiences associées	739	12,4	6,9
Classe 2	Personnes de 60 à 79 ans, avec déficiences de type "déficiences intellectuelles et du psychisme non précisées", et diverses déficiences associées	1921	32,3	21,0
Classe 3	Personnes de 40 à 59 ans, avec divers troubles psychiques et diverses déficiences associées, dont motrices, viscérales et métaboliques	1547	26,0	28,7
Classe 4	Personnes de 30 à 39 ans, avec divers troubles psychiques et diverses déficiences associées	410	6,9	10,2
Classe 5	Personnes de 20 à 29 ans, avec des troubles psychiques ou des déficiences intellectuelles non précisés, pas de déficiences associées	197	3,3	8,8
Classe 6	Enfants de 0 à 9 ans, avec divers troubles mentaux et des troubles du langage	152	2,6	7,7
Classe 7	Personnes de 0 à 49 ans, avec retard mental important ou non précisé et des troubles du langage	276	4,6	1,5
Classe 8	Personnes de 10 à 29 ans, avec « retard léger, déficience intellectuelle légère, troubles des acquisitions et des apprentissages » et pour certaines des troubles du langage	290	4,9	12,0
Classe 9	Personnes de 0 à 49 ans, avec déficiences du type « troubles du comportement, troubles de la personnalité et des capacités relationnelles » et pour certaines des troubles du langage	166	2,8	0,9
Classe 10	Personnes de 0 à 59 ans, avec « pertes intermittentes de la conscience (épilepsie, ..) » et pour certaines des déficiences visuelles et/ou du langage	146	2,5	1,3
Classe 11	Personnes atteintes de déficiences du type « aphasie, dysphasie, dyslexie, .. »	103	1,7	1,0
		5947	100,0	100,0

Tableau A1.11 : Typologie des personnes ayant des déficiences d'ordre mental (HID-1999)

Annexe 2 Tableaux et figures des analyses sur HID de la partie 3.2.2

Age	N	%	% pond
0 à 4 ans	45	23,8	29,6
5 à 9 ans	144	76,2	70,4
Total	189	100,0	100,0

Répartition dans la typologie	N	%	% pond
classe 6	152	80,4	94,2
classe 7	8	4,2	0,3
classe 9	11	5,8	0,4
classe 10	10	5,3	0,6
classe 11	8	4,2	4,5
Total	189	100,0	100,0

Avez-vous des difficultés à parler ? (Y compris pour raison de bégaiement)	N	%	% pond
Sans objet : muet(te)	1	0,5	0,0
Non, pas du tout	99	52,4	74,3
Oui, sauf avec les personnes qui me connaissent bien	15	7,9	7,0
Oui, beaucoup de difficultés	52	27,5	17,3
Ne parle pas (autiste...)	13	6,9	0,6
Sans objet : trop jeune	8	4,2	0,9
Ne sait pas	1	0,5	0,0
Total	189	100,0	100,0

En dehors de problèmes liés à la surdité, communiquez-vous avec votre entourage sans l'aide de quelqu'un ?	N	%	% pond
Sans objet : ne communique pas avec les gens (autiste...)	8	5,6	0,4
Oui, je communique sans aide et sans aucune difficulté	108	75,0	97,7
Oui, je communique sans aide mais avec quelques difficultés	11	7,6	0,7
Oui, je communique sans aide mais avec beaucoup de difficultés	8	5,6	0,7
Non, j'ai besoin de l'aide de quelqu'un	9	6,3	0,5
Total	144	100,0	100,0

Sortez-vous de votre domicile sans aide ?	N	%	% pond
Oui, je sors assez souvent, et je peux m'éloigner sans aide	41	29,1	43,4
Oui, mais je ne sors que rarement	5	3,6	8,5
Oui, mais je ne m'éloigne jamais sans aide de chez moi	14	9,9	9,0
Non, je ne sors jamais sans l'aide de quelqu'un en raison de mes difficultés physiques	8	5,7	0,7
Non, je ne sors jamais sans l'aide de quelqu'un en raison de mes difficultés psychologiques ou émotionnelles	14	9,9	1,2
Sans objet : trop jeune	59	41,8	37,2
Total	141	100,0	100,0

Avez-vous des difficultés à trouver votre chemin quand vous sortez ?	N	%	% pond
Sans objet : ne sort pas ou ne peut sortir seul pour une raison de santé physique	14	10,6	1,0
Non, jamais	57	43,2	71,2
Non, à condition de toujours faire le(s) même(s) trajet(s)	7	5,3	1,4
Oui, parfois je suis perdu(e) ou j'ai besoin d'aide	3	2,3	0,2
Oui, j'ai toujours besoin de quelqu'un pour me guider	7	5,3	0,7
Sans objet : trop jeune	44	33,3	25,5
Total	132	100,0	100,0

Tableau A2.1 Enfants de 0-9 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 1 - caractéristiques et incapacités [HID-1999]

COLVEZ (Indicateur de mobilité)	N	%	% pond
1 : Confiné au lit ou au fauteuil	1	0,7	0,0
2 : Besoin d'aide pour la toilette ou l'habillage	44	30,6	4,2
3 : Besoin d'aide pour sortir	3	2,1	0,3
4 : Autres	96	66,7	95,4
Total	144	100,0	100,0

ADL : Activités of Daily Living (indicateur de KATZ) (*)	N	%	% pond
A : Indépendant pour les 6 activités	94	65,3	95,5
B : Dépendant pour une seule des 6 activités	12	8,3	1,9
C : Dépendant pour 2 activités, dont la première	9	6,3	0,7
D : Dépendant pour 3 activités, dont les 2 premières	9	6,3	0,6
E : Dépendant pour 4 activités, dont les 3 premières	5	3,5	0,3
F : Dépendant pour 5 activités, dont les 4 premières	4	2,8	0,3
G : Dépendant pour les 6 activités	4	2,8	0,2
H : Dépendant pour au moins deux activités, sans être classable en C, D, E ou F	7	4,9	0,5
Total	144	100,0	100,0

(*) L'indicateur de Katz est une synthèse des besoins d'aide vers l'indépendance pour la réalisation de six activités de la vie quotidienne :

1 - Faire sa toilette ; 2 - S'habiller ; 3 - Aller aux toilettes et les utiliser ; 4 - Se coucher ou quitter son lit et s'asseoir ou quitter son siège ; 5 - Contrôler ses selles et ses urines ; 6 - Manger des aliments déjà préparés (cuisinés et coupés).

EHPA (indicateur croisé COLVEZ x dépendance psychique)	N	%	% pond
Dépendant psychique (totalement incohérent ou toujours désorienté, ou partiellement incohérent et parfois désorienté) :			
11 : Dépendant psychique et confiné au lit et au fauteuil (non rd	1	0,7	0,0
12 : Dépendant psychique non classé en 11, mais ayant besoin d'aide pour faire sa toilette OU s'habiller	36	25,0	2,6
13 : Dépendant psychique non classé en 11 ou 12, mais ayant toujours besoin d'aide pour sortir du logement	3	2,1	0,3
14 : Dépendant psychique non classé en 11, 12 ou 13	21	14,6	14,4
Indépendant psychique (totalement cohérent et jamais désorienté ou totalement cohérent et parfois désorienté ou partiellement incohérent et jamais désorienté) :			
21 : Sans dépendance psychique mais confiné au lit et au fauteuil	0	0,0	0,0
22 : Sans dépendance psychique, non classé en 21, mais ayant besoin d'aide pour faire sa toilette OU s'habiller	8	5,6	1,6
23 : Sans dépendance psychique, non classé en 21 ou 22, mais ayant toujours besoin d'aide pour sortir du logement	0	0,0	0,0
24 : Sans dépendance psychique, non classé en 21, 22 ou 23	75	52,1	81,0
Total	144	100,0	100,0

Tableau A2.2 Enfants de 0-9 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 2 - indicateurs d'incapacités (enfants 5-9 ans) [HID-1999]

Savez-vous (sait-il) lire ? [enfants de 6 ans et +]	N	%	% pond
Oui, couramment	46	36,8	68,5
Oui, mais avec difficultés	34	27,2	19,1
Non	45	36,0	12,4
Total	125	100,0	100,0

Savez-vous (sait-il) compter ? [enfants de 6 ans et +]	N	%	% pond
Oui, sans difficulté	57	45,6	77,4
Oui, mais avec difficultés	29	23,2	11,0
Non	39	31,2	11,6
Total	125	100,0	100,0

Dans quel type de classe ou d'établissement ?	N	%	% pond
Une classe ordinaire d'une école, collège, lycée, université	100	62,5	94,2
Une classe spéciale d'une école primaire ou maternelle ordinaire (CLIS)	30	18,8	4,3
Un établissement spécialisé de l'Education Nationale (EREA, ENP)	6	3,8	0,4
Un établissement spécialisé des ministères de la Santé ou des Affaires Sociales (IMP, IMPRO, établissements socio-éducatifs, établissements sanitaires)	24	15,0	1,1
Total	160	100,0	100,0

Savez-vous (sait-il) écrire ? [enfants de 6 ans et +]	N	%	% pond
Oui, sans difficulté	39	31,2	58,3
Oui, mais avec quelques difficultés	41	32,8	37,5
Non	45	36,0	4,2
Total	125	100,0	100,0

Suivez-vous actuellement des études dans une école ?	N	%	% pond
Oui	160	84,7	88,0
Non, études terminées	1	0,5	0,0
Non, enfant pas encore en âge d'être scolarisé	13	6,9	10,6
Non, jamais scolarisé	15	7,9	1,4
Total	189	100,0	100,0

Spécialité de l'établissement spécialisé fréquenté	N	%	% pond
Etablissement pour déficients intellectuels	14	58,3	64,2
Institut de rééducation	1	4,2	0,4
Etablissements pour infirmes moteurs	2	8,3	15,6
Etablissements pour déficients visuels	1	4,2	0,4
Etablissements pour déficients auditifs	2	8,3	6,2
Etablissements pour polyhandicapés	3	12,5	12,2
Autre établissement spécialisé	1	4,2	0,9
Total	24	100,0	100,0

Tableau A2.3 Enfants de 0-9 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 3 - scolarité [HID-1999]

A cette école ou établissement, êtes-vous ...	N	%	% pond
Interne	6	3,8	0,3
Demi-pensionnaire	75	46,9	22,2
Externe	79	49,4	77,5
Total	160	100,0	100,0

Avez-vous accès à un transport spécialisé pour PMR ?	N	%	% pond
Oui	21	20,4	2,2
Non, j'en aurais besoin mais leur accès m'est impossible	3	2,9	0,3
Non, je n'en ai pas besoin	79	76,7	97,5
Total	103	100,0	100,0

Pouvez-vous accéder aux TC ordinaires	N	%	% pond
Oui, sans difficulté	44	74,6	97,3
Oui, mais avec difficulté	5	8,5	1,0
Non, l'accès ou l'usage des véhicules est trop difficile	10	16,9	1,7
Total	59	100,0	100,0

Dans vos déplacements hors de votre domicile, êtes-vous gêné du fait d'un handicap ou d'un problème de santé ?	N	%	% pond
Pas de gêne	59	61,5	96,5
Gêné mais peut se déplacer seul sur tous itinéraires	1	1,0	0,1
Gêné mais peut se déplacer seul sur certains itinéraires	5	5,2	0,4
Ne peut se déplacer seul	31	32,3	3,0
Total	96	100,0	100,0

Bénéficiez-vous pour le trajet scolaire quotidien d'une aide financière liée à un handicap ou problème de santé ?	N	%	% pond
Oui	32	20,0	1,6
Non	127	79,4	98,3
Ne sait pas	1	0,6	0,0
Total	160	100,0	100,0

Bénéficiez-vous pour le trajet scolaire quotidien d'un service de transport spécialisé pour PMR ?	N	%	% pond
Oui	23	14,4	1,4
Non	137	85,6	98,6
Total	160	100,0	100,0

Hier, avez-vous effectué au moins un déplacement hors de votre domicile (à partir de 4 h du matin et jusqu'à ce matin 4h) ?	N	%	% pond
Oui	111	88,1	90,6
Non	12	9,5	9,1
Sans objet : trop jeune	3	2,4	0,3
Total	126	100,0	100,0

Pour quelle raison ne vous êtes-vous pas déplacé hier ?	N	%	% pond
Pas besoin de me déplacer	7	58,3	95,1
Pas envie de sortir	1	8,3	0,7
J'étais provisoirement incapable de me déplacer (maladie, maternité)	1	8,3	1,0
Je suis tout à fait incapable de me déplacer	1	8,3	1,0
Il n'y avait personne pour m'accompagner	2	16,7	2,2
Total	12	100,0	100,0

Tableau A2.4 Enfants de 0-9 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 4 - déplacements [HID-1999]

Age	N	%	% pond
10-14 ans	162	55,7	57,2
15-19 ans	129	44,3	42,8
Total	291	100,0	100,0

En dehors de problèmes liés à la surdité, communiquez-vous avec votre entourage sans l'aide de quelqu'un ?	N	%	% pond
Sans objet : ne communique pas avec les gens (autiste...)	14	5,5	0,7
Oui, je communique sans aide et sans aucune difficulté	182	70,8	87,9
Oui, je communique sans aide mais avec quelques difficultés	25	9,7	9,8
Oui, je communique sans aide mais avec beaucoup de difficultés	22	8,6	1,1
Non, j'ai besoin de l'aide de quelqu'un	13	5,1	0,6
Sans objet : trop jeune	1	0,4	0,0
Total (*)	257	100,0	100,0

(*) la question sur les difficultés de communication n'était posée qu'aux personnes qui ne répondaient pas seules à l'enquête

Sortez-vous de votre domicile sans aide ?	N	%	% pond
Oui, je sors assez souvent, et je peux m'éloigner sans aide	169	60,4	81,8
Oui, mais je ne sors que rarement	11	3,9	0,5
Oui, mais je ne m'éloigne jamais sans aide de chez moi	26	9,3	1,6
Non, je ne sors jamais sans l'aide de quelqu'un en raison de mes difficultés physiques	17	6,1	0,6
Non, je ne sors jamais sans l'aide de quelqu'un en raison de mes difficultés psychologiques ou émotionnelles	43	15,4	4,8
Sans objet : trop jeune	14	5,0	10,7
Total	280	100,0	100,0

Répartition dans la typologie	N	%	% pond
classe 7	63	21,7	3,3
classe 8	186	63,9	95,0
classe 9	24	8,3	0,9
classe 10	8	2,8	0,2
classe 11	10	3,4	0,6
Total	291	100,0	100,0

Avez-vous des difficultés à parler ? (Y compris pour raison de bégaiement)	N	%	% pond
Sans objet : muet(te)	3	1,0	0,1
Non, pas du tout	193	66,3	92,0
Oui, sauf avec les personnes qui me connaissent bien	34	11,7	5,1
Oui, beaucoup de difficultés	40	13,8	1,9
Ne parle pas (autiste...)	21	7,2	0,9
Total	291	100,0	100,0

Avez-vous des difficultés à trouver votre chemin quand vous sortez ?	N	%	% pond
Sans objet : ne sort pas ou ne peut sortir seul pour une raison de santé physique	24	8,7	0,9
Non, jamais	186	67,6	96,4
Non, à condition de toujours faire le(s) même(s) trajet(s)	29	10,6	1,2
Oui, parfois je suis perdu(e) ou j'ai besoin d'aide	8	2,9	0,2
Oui, j'ai toujours besoin de quelqu'un pour me guider	20	7,3	0,8
Sans objet : trop jeune	7	2,6	0,5
Ne sait pas	1	0,4	0,1
Total	275	100,0	100,0

Tableau A2.5 Enfants et adolescents de 10-19 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 1 - caractéristiques et incapacités [HID-1999]

COLVEZ (Indicateur de mobilité)	N	%	% pond
1 : Confiné au lit ou au fauteuil	3	1,0	0,2
2 : Besoin d'aide pour la toilette ou l'habillement	58	19,9	2,3
3 : Besoin d'aide pour sortir	27	9,3	4,3
4 : Autres	203	69,8	93,3
Total	291	100,0	100,0

ADL : Activities of Daily Living (indicateur de KATZ) (*)	N	%	% pond
A : Indépendant pour les 6 activités	223	76,6	97,4
B : Dépendant pour une seule des 6 activités	17	5,8	0,5
C : Dépendant pour 2 activités, dont la première	15	5,2	0,7
D : Dépendant pour 3 activités, dont les 2 premières	7	2,4	0,2
E : Dépendant pour 4 activités, dont les 3 premières	14	4,8	0,6
F : Dépendant pour 5 activités, dont les 4 premières	2	0,7	0,1
G : Dépendant pour les 6 activités	10	3,4	0,5
H : Dépendant pour au moins deux activités, sans être classable en C, D, E ou F	3	1,0	0,1
Total	291	100,0	100,0

(*) L'indicateur de Katz est une synthèse des besoins d'aide vers l'indépendance pour la réalisation de six activités de la vie quotidienne :

1 - Faire sa toilette ; 2 - S'habiller ; 3 - Aller aux toilettes et les utiliser ; 4 - Se coucher ou quitter son lit et s'asseoir ou quitter son siège ; 5 - Contrôler ses selles et ses urines ; 6 - Manger des aliments déjà préparés (cuisinés et coupés).

EHPA (indicateur croisé COLVEZ x dépendance psychique)	N	%	% pond
Dépendant psychique (totalement incohérent ou toujours désorienté, ou partiellement incohérent et parfois désorienté) :			
11 : Dépendant psychique et confiné au lit et au fauteuil (non r	2	0,7	0,2
12 : Dépendant psychique non classé en 11, mais ayant besoin d'aide pour faire sa toilette OU s'habiller	47	16,2	1,7
13 : Dépendant psychique non classé en 11 ou 12, mais ayant toujours besoin d'aide pour sortir du logement	18	6,19	3,94
14 : Dépendant psychique non classé en 11, 12 ou 13	37	12,7	12,7
Indépendant psychique (totalement cohérent et jamais désorienté ou totalement cohérent et parfois désorienté ou partiellement incohérent et jamais désorienté) :			
21 : Sans dépendance psychique mais confiné au lit et au fau	1	0,3	0,0
22 : Sans dépendance psychique, non classé en 21, mais ayant besoin d'aide pour faire sa toilette OU s'habiller	11	3,8	0,6
23 : Sans dépendance psychique, non classé en 21 ou 22, mais ayant toujours besoin d'aide pour sortir du logement	9	3,09	0,3
24 : Sans dépendance psychique, non classé en 21, 22 ou 23	166	57,0	80,6
Total	291	100,0	100,0

Tableau A2.6 Enfants et adolescents de 10-19 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 2 - indicateurs d'incapacités [HID-1999]

Savez-vous (sait-il) lire ?	N	%	% pond
Oui, couramment	148	50,9	93,9
Oui, mais avec difficultés	67	23,0	2,9
Non	76	26,1	3,2
Total	291	100,0	100,0

Savez-vous (sait-il) compter ?	N	%	% pond
Oui, sans difficulté	159	54,6	91,3
Oui, mais avec difficultés	61	21,0	5,8
Non	71	24,4	2,9
Total	291	100,0	100,0

Dans quel type de classe ou d'établissement ?	N	%	% pond
Enfants de 10 à 15 ans			
Sans objet : enseignement à domicile, par corresp., ...	1	0,54	0,03
Une classe ordinaire d'une école, collège, lycée, université	67	36,0	78,5
Une classe spéciale d'une école primaire ou maternelle ordinaire (CLIS)	29	15,6	7,4
Une classe spéciale d'un établissement secondaire ordinaire (SEGPA, GCA)	24	12,9	6,1
Un établissement spécialisé de l'Education Nationale (EREA, ENP)	3	1,6	0,2
Un établissement spécialisé des ministères de la Santé ou des Affaires Sociales (IMP, IMPRO)	59	31,7	7,6
Un établissement spécialisé, ministère non connu	3	1,6	0,1
Total	186	100,0	100,0

Spécialité de l'établissement spécialisé fréquenté	N	%	% pond
Etablissement pour déficients intellectuels	53	59,6	32,0
Institut de rééducation	2	2,3	1,0
Etablissements pour infirmes moteurs	5	5,6	2,4
Etablissements pour déficients auditifs	2	2,3	1,1
Etablissements pour polyhandicapés	10	11,2	3,9
Autre établissement spécialisé	15	16,9	58,2
Ne sait pas	2	2,3	1,3
Total	89	100,0	100,0

Savez-vous (sait-il) écrire ?	N	%	% pond
Oui, sans difficulté	138	47,4	91,1
Oui, mais avec quelques difficultés	76	26,1	5,5
Non	77	26,5	3,3
Total	291	100,0	100,0

Suivez-vous actuellement des études dans une école ?	N	%	% pond
Enfants de 10 à 15 ans			
Oui	186	95,9	99,3
Non, études terminées	1	0,5	0,1
Non, jamais scolarisé	7	3,6	0,7
Total	194	100,0	100,0
Adolescents de 16 à 19 ans			
Oui	67	69,1	82,0
Non, études terminées	25	25,8	17,6
Non, jamais scolarisé	5	5,2	0,4
Total	97	100,0	100,0

Dans quel type de classe ou d'établissement ?	N	%	% pond
Adolescents de 16 à 19 ans			
Sans objet : enseignement à domicile, par corresp., ...	2	2,99	0,41
Une classe ordinaire d'une école, collège, lycée, université	26	38,8	93,3
Une classe spéciale d'une école primaire ou maternelle ordinaire (CLIS)	1	1,5	0,3
Une classe spéciale d'un établissement secondaire ordinaire (SEGPA, GCA)	2	3,0	0,7
Un établissement spécialisé de l'Education Nationale (EREA, ENP)	4	6,0	0,5
Un établissement spécialisé des ministères de la Santé ou des Affaires Sociales (IMP, IMPRO)	30	44,8	4,4
Un établissement spécialisé, ministère non connu	2	3,0	0,4
Total	67	97,0	99,6

A cette école ou établissement, êtes-vous ...	N	%	% pond
Interne	43	17,2	5,2
Demi-pensionnaire	149	59,6	73,1
Externe	58	23,2	21,7
Total	250	100,0	100,0

Tableau A2.7 Enfants et adolescents de 10-19 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 3 - scolarité [HID-1999]

Bénéficiez-vous pour le trajet scolaire quotidien d'un service de transport spécialisé pour PMR ?	N	%	% pond
Oui	36	14,4	1,4
Non	214	85,6	98,6
Total	250	100,0	100,0

Pouvez-vous accéder aux TC ordinaires	N	%	% pond
Oui, sans difficulté	178	63,6	92,3
Oui, mais avec difficulté	27	9,6	4,4
Non, ils sont trop éloignés	3	1,1	0,2
Non, l'accès ou l'usage des véhicules est trop difficile	37	13,2	1,3
Sans objet : trop jeune	33	11,8	1,7
Ne sait pas	2	0,7	0,1
Total	280	100,0	100,0

Hier, avez-vous effectué au moins un déplacement hors de votre domicile (à partir de 4 h du matin et jusqu'à ce matin 4h)	N	%	% pond
Oui	245	84,8	83,0
Non	41	14,2	16,8
Sans objet : trop jeune	1	0,4	0,1
Ne sait pas	2	0,7	0,1
Total	289	100,0	100,0

Pour quelle raison ne vous êtes-vous pas déplacé hier ?	N	%	% pond
Pas besoin de me déplacer	15	36,6	29,6
Pas envie de sortir	9	22,0	23,6
J'étais provisoirement incapable de me déplacer (maladie, mate	3	7,3	42,7
Nécessité de rester sur place	5	12,2	2,4
Il n'y avait personne pour m'accompagner	1	2,4	0,3
Autre	8	19,5	1,5
Total	41	100,0	100,0

Bénéficiez-vous pour le trajet scolaire quotidien d'une aide financière liée à un handicap ou problème de santé	N	%	% pond
Oui	76	30,4	3,1
Non	174	69,6	96,9
Total	250	100,0	100,0

Avez-vous accès à un transport spécialisé pour PMR ?	N	%	% pond
Oui	29	10,4	1,1
Non, j'en aurais besoin mais leur accès m'est impossible	8	2,9	0,4
Non, je n'en ai pas besoin	239	85,4	98,3
Sans objet : trop jeune	4	1,4	0,2
Total	280	100,0	100,0

Jeunes adultes de 18 ou 19 ans			
Possédez-vous un permis "voiture" ?	N	%	% pond
Oui	6	10,3	65,6
Non	52	89,7	34,4
Total	58	100,0	100,0

Si non, est-ce en raison d'un problème de santé ?	N	%	% pond
Oui	18	35,3	16,3
Non	33	64,7	83,7
Total	51	100,0	100,0

Si oui, conduisez-vous une automobile ?	N	%	% pond
Oui, régulièrement	5	83,3	97,2
Oui, occasionnellement	1	16,7	2,8
Total	6	100,0	100,0

Dans vos déplacements hors de votre domicile, êtes-vous gêné du fait d'un handicap ou d'un problème de santé ?	N	%	% pond
Sans objet : non autorisé à sortir	1	0,34	0,06
Pas de gêne	169	58,3	91,5
Gêné mais peut se déplacer seul sur tous itinéraires	17	5,9	0,7
Gêné mais peut se déplacer seul sur certains itinéraires	33	11,4	5,1
Ne peut se déplacer seul	65	22,4	2,2
Sans objet : trop jeune	5	1,7	0,4
Total	290	100,0	100,0

Tableau A2.8 Enfants et adolescents de 10-19 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 4 - déplacements [HID-1999]

Age	N	%	%pond
20-24 ans	123	40,1	20,4
25-29 ans	184	59,9	79,6
Total	307	100,0	100,0

Sexe	N	%	%pond
Masculin	171	55,7	61,0
Féminin	136	44,3	39,0
Total	307	100,0	100,0

En dehors de problèmes liés à la surdité, communiquez-vous avec votre entourage sans l'aide de quelqu'un ?	N	%	%pond
Sans objet : ne communique pas avec les gens (autiste...)	2	1,6	0,7
Oui, je communique sans aide et sans aucune difficulté	64	51,2	74,9
Oui, je communique sans aide mais avec quelques difficultés	31	24,8	12,3
Oui, je communique sans aide mais avec beaucoup de difficultés	18	14,4	7,9
Non, j'ai besoin de l'aide de quelqu'un	10	8,0	4,3
Total (*)	125	100,0	100,0

Sortez-vous de votre domicile sans aide ?	N	%	%pond
Oui, je sors assez souvent, et je peux m'éloigner sans aide	228	76,8	96,6
Oui, mais je ne sors que rarement	5	1,7	0,2
Oui, mais je ne m'éloigne jamais sans aide de chez moi	29	9,8	1,3
Non, je ne sors jamais sans l'aide de quelqu'un en raison de mes difficultés physiques	9	3,0	0,6
Non, je ne sors jamais sans l'aide de quelqu'un en raison de mes difficultés psychologiques ou émotionnelles	26	8,8	1,3
Total	297	100,0	100,0

Répartition dans la typologie	N	%	%pond
classe 5	197	64,2	88,5
classe 7	46	15,0	3,1
classe 8	23	7,5	1,3
classe 9	22	7,2	1,0
classe 10	17	5,5	6,0
classe 11	2	0,7	0,1
Total	307	100,0	100,0

Avez-vous des difficultés à parler ? (Y compris pour raison de bégaiement)	N	%	%pond
Sans objet : muet(te)	1	0,3	0,1
Non, pas du tout	224	73,4	95,8
Oui, sauf avec les personnes qui me connaissent bien	39	12,8	2,0
Oui, beaucoup de difficultés	35	11,5	1,8
Ne parle pas (autiste...)	6	2,0	0,3
Total	305	100,0	100,0

Avez-vous des difficultés à trouver votre chemin quand vous sortez ?	N	%	%pond
Sans objet : ne sort pas ou ne peut sortir seul pour une raison de santé physique	10	3,4	0,5
Non, jamais	220	74,3	95,8
Non, à condition de toujours faire le(s) même(s) trajet(s)	29	9,8	1,8
Oui, parfois je suis perdu(e) ou j'ai besoin d'aide	15	5,1	0,8
Oui, j'ai toujours besoin de quelqu'un pour me guider	22	7,4	1,3
Total	296	100,0	100,0

(*) la question sur les difficultés de communication n'était posée qu'aux personnes qui ne répondaient pas seules à l'enquête

Tableau A2.9 Jeunes adultes de 20-29 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 1 - caractéristiques et incapacités [HID-1999]

COLVEZ (Indicateur de mobilité)	N	%	%pond
1 : Confiné au lit ou au fauteuil	3	1,0	0,1
2 : Besoin d'aide pour la toilette ou l'habillage	33	10,8	1,6
3 : Besoin d'aide pour sortir	24	7,8	1,4
4 : Autres	247	80,5	96,9
Total	307	100,0	100,0

ADL : Activities of Daily Living (indicateur de KATZ) (*)	N	%	%pond
A : Indépendant pour les 6 activités	265	86,3	97,9
B : Dépendant pour une seule des 6 activités	19	6,2	0,8
C : Dépendant pour 2 activités, dont la première	10	3,3	0,5
D : Dépendant pour 3 activités, dont les 2 premières	2	0,7	0,1
E : Dépendant pour 4 activités, dont les 3 premières	4	1,3	0,2
F : Dépendant pour 5 activités, dont les 4 premières	0	0,0	0,0
G : Dépendant pour les 6 activités	5	1,6	0,3
H : Dépendant pour au moins deux activités, sans être classable en C, D, E ou F	2	0,7	0,1
Total	307	100,0	100,0

(*) L'indicateur de Katz est une synthèse des besoins d'aide vers l'indépendance pour la réalisation de six activités de la vie quotidienne :

1 - Faire sa toilette ; 2 - S'habiller ; 3 - Aller aux toilettes et les utiliser ; 4 - Se coucher ou quitter son lit et s'asseoir ou quitter son siège ; 5 - Contrôler ses selles et ses urines ; 6 - Manger des aliments déjà préparés (cuisinés et coupés).

EHPA (indicateur croisé COLVEZ x dépendance psychique)	N	%	%pond
Dépendant psychique (totalement incohérent ou toujours désorienté, ou partiellement incohérent et parfois désorienté) :			
11 : Dépendant psychique et confiné au lit et au fauteuil (non rou	3	1,0	0,1
12 : Dépendant psychique non classé en 11, mais ayant besoin d'aide pour faire sa toilette OU s'habiller	26	8,5	1,5
13 : Dépendant psychique non classé en 11 ou 12, mais ayant toujours besoin d'aide pour sortir du logement	16	5,2	0,8
14 : Dépendant psychique non classé en 11, 12 ou 13	64	20,9	17,9
Indépendant psychique (totalement cohérent et jamais désorienté ou totalement cohérent et parfois désorienté ou partiellement incohérent et jamais désorienté) :			
21 : Sans dépendance psychique mais confiné au lit et au fauteu	0	0,0	0,0
22 : Sans dépendance psychique, non classé en 21, mais ayant besoin d'aide pour faire sa toilette OU s'habiller	7	2,3	0,2
23 : Sans dépendance psychique, non classé en 21 ou 22, mais ayant toujours besoin d'aide pour sortir du logement	8	2,6	0,6
24 : Sans dépendance psychique, non classé en 21, 22 ou 23	183	59,6	79,0
Total	307	100,0	100,0

Tableau A2.10 Jeunes adultes de 20-29 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 2 - indicateurs d'incapacités [HID-1999]

Savez-vous (sait-il) lire ?	N	%	% pond
Oui, couramment	220	72,1	94,3
Oui, mais avec difficultés	37	12,1	3,1
Non	48	15,7	2,7
Total	305	100,0	100,0

Savez-vous (sait-il) compter ?	N	%	% pond
Oui, sans difficulté	211	69,2	94,0
Oui, mais avec difficultés	46	15,1	3,5
Non	48	15,7	2,5
Total	305	100,0	100,0

Actuellement, remplissez-vous sans aide les formulaires simples (chèques ou feuilles de maladie) ?	N	%	% pond
Sans objet : est placé(e) sous tutelle	10	3,3	0,4
Oui, je m'en occupe seul(e) et sans aucune difficulté	168	55,5	84,1
Oui, je m'en occupe seul(e), mais avec quelques difficultés	12	4,0	8,1
Oui, je m'en occupe seul(e), mais avec beaucoup de difficultés	1	0,3	0,1
Non, c'est mon conjoint ou quelqu'un du ménage qui s'en occupe, mais je pourrais le faire en cas de besoin	16	5,3	1,3
Non, c'est mon conjoint ou quelqu'un du ménage qui s'en occupe, et j'aurais beaucoup de difficultés à le faire en cas de besoin	55	18,2	4,0
Non, quelqu'un d'autre s'en occupe pour moi (service social...)	41	13,5	2,0
Total	303	100,0	100,0

Savez-vous (sait-il) écrire ?	N	%	% pond
Oui, sans difficulté	208	68,2	93,7
Oui, mais avec quelques difficultés	48	15,7	3,6
Non	49	16,1	2,7
Total	305	100,0	100,0

Vous débrouillez-vous seul(e) pour commander et prendre un taxi ou pour emprunter le réseau de TC ?	N	%	% pond
Sans objet : ne sors pas	4	1,3	0,1
Oui, je le fais seul(e) et sans aucune difficulté	217	71,6	95,6
Oui, je le fais seul(e), mais avec quelques difficultés	12	4,0	0,6
Oui, je le fais seul(e), mais avec beaucoup de difficultés	7	2,3	0,3
Non, je suis accompagné(e) par un parent, ami, enfant, mais je pourrais me débrouiller seul(e) en cas de besoin	7	2,3	0,3
Non, je suis accompagné(e) par un parent, ami, enfant, et j'aurais beaucoup de difficultés à le faire seul(e) en cas de besoin	52	17,2	3,0
Non, je ne sors qu'en ambulance	3	1,0	0,2
Ne sait pas	1	0,3	0,0
Total	303	100,0	100,0

Tableau A2.11 Jeunes adultes de 20-29 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 3 - incapacités [HID-1999]

Suivez-vous actuellement des études dans une école ?	N	%	% pond
Oui	38	12,5	2,3
Non, études terminées	253	83,0	97,2
Non, jamais scolarisé	14	4,6	0,6
Total	305	100,0	100,0

Dans quel type de classe ou d'établissement ?	N	%	% pond
Sans objet : enseignement à domicile, par corresp., ...	1	2,63	1,45
Une classe ordinaire d'une école, collège, lycée, université	24	63,2	66,5
Un établissement spécialisé de l'Education Nationale (EREA, ENP)	1	2,6	2,9
Un établissement spécialisé des ministères de la Santé ou des Affaires Sociales (IMP, IMPRO)	12	31,6	29,2
Total	38	100,0	100,0

Avez-vous du interrompre vos études pour des raisons médicales (non compris grossesse normale) ?	N	%	% pond
Oui, de façon définitive	53	18,2	3,2
Oui, pendant au moins trois mois consécutifs	34	11,7	1,8
Non	204	70,1	95,1
Total	291	100,0	100,0

Si non, votre scolarité a-t-elle été perturbée en raison d'un handicap ou de problèmes de santé ?	N	%	% pond
Oui	88	43,1	11,7
Non	115	56,4	88,2
Ne sait pas	1	0,5	0,1
Total	204	100,0	100,0

Niveau des études en cours	N	%	% pond
2ème cycle lycée, général ou technologique	1	4,0	1,2
Classes ou établ. Spécialisé pour enfants handicapés	1	4,0	2,1
Enseignement technique ou professionnel long	3	12,0	5,8
Enseignement supérieur ou technique supérieur	20	80,0	90,9
Total	25	100,0	100,0

Spécialité de l'établissement spécialisé fréquenté	N	%	% pond
Etablissement pour déficients intellectuels	7	58,3	56,0
Institut de rééducation	1	8,3	2,5
Etablissements pour infirmes moteurs	1	8,3	17,4
Etablissements pour polyhandicapés	1	8,3	5,2
Autre établissement spécialisé	2	16,7	18,9
Total	12	100,0	100,0

Bénéficiez-vous pour le trajet scolaire quotidien d'une aide financière liée à un handicap ou problème de santé	N	%	% pond
Oui	9	24,3	19,2
Non	27	73,0	79,2
Ne sait pas	1	2,7	1,6
Total	37	100,0	100,0

Bénéficiez-vous pour le trajet scolaire quotidien d'un service de transport spécialisé pour PMR ?	N	%	% pond
Oui	4	10,8	11,7
Non	33	89,2	88,3
Total	37	100,0	100,0

Tableau A2.12 Jeunes adultes de 20-29 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 4 - scolarité [HID-1999]

Quelle est votre occupation actuelle	N	%	%pond
Exerce une prof. à son compte ou salarié, même à temps partiel; aide un membre de sa famille dans son travail, même sans être rémunéré; est apprenti, stagiaire rémunéré, élèves-fonctionnaire, intérimaire...;est employé dans un CAT,atelier protégé,CDTD	145	47,5	81,3
Chômeur (inscrit ou non à l'ANPE)	45	14,8	7,9
Etudiant, élève, en formation, en stage non rémunéré	26	8,5	1,7
Femme au foyer	16	5,3	4,4
Autre inactif (y compris les personnes ne touchant qu'une pension de réversion et les personnes invalides, les handicapés en ATO)	73	23,9	4,7
Total	305	100,0	100,0

(Si exerce prof.) Est-ce un emploi protégé ou réservé ?	N	%	%pond
Non, c'est un emploi ordinaire	92	63,5	97,2
Oui, je suis employé de la fonction publique (y.c. PTT) ou des collectivités locales au titre des emplois réservés	2	1,4	0,2
Oui, c'est un emploi dans un CAT	37	25,5	1,9
Oui, c'est un emploi dans un Atelier Protégé (A.P.) ou dans un Centre de Distribution de Travail à Domicile (C.D.T.D.)	5	3,5	0,3
Oui, c'est un autre emploi protégé	9	6,2	0,5
Total	145	100,0	100,0

(Si exerce prof.) En raison d'un handicap ou d'un problème de santé, êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité de travail que vous pouvez accomplir ?	N	%	%pond
Oui	71	49,0	5,4
Non	72	49,7	94,5
Ne sait pas	2	1,4	0,1
Total	145	100,0	100,0

Cherchez-vous un emploi, une situation ?	N	%	%pond
Oui	52	32,5	45,3
Non	108	67,5	54,7
Total	160	100,0	100,0
Si non, souhaiteriez-vous cependant travailler ou avez-vous déjà trouvé un emploi qui commencera plus tard ?	N	%	%pond
Je souhaiterais travailler	8	7,4	5,5
Je ne souhaite pas travailler	29	26,9	58,2
Je suis inapte au travail en raison de mon état de santé	71	65,7	36,3
Total	108	100,0	100,0

(Si salarié) Quelle est la position professionnelle de votre emploi actuel ?	N	%	%pond
1 - Manoeuvre ou ouvrier spécialisé (OS1, OS2, OS3, etc.)	24	17,7	14,4
2 - Ouvrier qualifié ou hautement qualifié (P1, P2, P3, TA, OQ, ..)	23	16,9	19,0
3 - Agent de maîtrise dirigeant des ouvriers, maîtrise administrative ou commerciale	4	2,9	4,4
4 - Agent de maîtrise dirigeant des techniciens ou d'autres agents de maîtrise	1	0,7	6,0
5 - Technicien, dessinateur, VRP (non cadre)	3	2,2	6,3
6 - Instituteur, assistant(e) social(e), infirmier(e) et autre personnel de la catég. B de la fonction publique	5	3,7	10,2
7 - Ingénieur ou cadre	5	3,7	1,2
8 - Professeur et personnel de catég. A de la fonction publique	1	0,7	5,6
9 - Employé de bureau, employé de commerce, agent de service, aide soignant(e), gardienne d'enfants, personnel de catég. C ou D de la fonction publique	29	21,3	24,8
10 - Autre cas	41	30,2	8,2
Total	136	100,0	100,0

Tableau A2.13 Jeunes adultes de 20-29 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 5 - emploi [HID-1999]

Possédez-vous un permis "voiture" ?	N	%	%pond
Oui	138	45,3	82,9
Non	167	54,8	17,1
Total	305	100,0	100,0
Si non, est-ce en raison d'un problème de santé ?	N	%	%pond
Oui	111	66,5	37,1
Non	56	33,5	62,9
Total	167	100,0	100,0
Si oui, conduisez-vous une automobile ?	N	%	%pond
Oui, régulièrement	103	77,4	88,8
Oui, occasionnellement	23	17,3	6,6
Non, plus maintenant	7	5,3	4,6
Total	133	100,0	100,0

Hier, avez-vous effectué au moins un déplacement hors de votre domicile (à partir de 4 h du matin et jusqu'à ce matin 4h) ?	N	%	%pond
Oui	262	86,5	93,5
Non	41	13,5	6,5
Total	303	100,0	100,0
Pour quelle raison ne vous êtes-vous pas déplacé hier ?	N	%	%pond
Pas besoin de me déplacer	20	48,8	22,2
Pas envie de sortir	15	36,6	12,8
J'étais provisoirement incapable de me déplacer (maladie, maternité)	1	2,4	0,1
Je suis tout à fait incapable de me déplacer	2	4,9	1,1
Autre	3	7,3	63,9
Total	41	100,0	100,0

Avez-vous accès à un transport spécialisé pour PMR ?	N	%	%pond
Oui	25	8,4	1,3
Non, j'en aurais besoin mais leur accès m'est impossible	10	3,4	0,6
Non, je n'en ai pas besoin	260	87,5	90,9
Sans objet : trop jeune	2	0,7	7,3
Total	297	100,0	100,0

Pouvez-vous accéder aux TC ordinaires	N	%	%pond
Oui, sans difficulté	222	74,8	95,6
Oui, mais avec difficulté	32	10,8	1,6
Non, ils sont trop éloignés	5	1,7	0,3
Non, l'accès ou l'usage des véhicules est trop difficile	37	12,5	2,4
Sans objet : trop jeune	1	0,3	0,0
Total	297	100,0	100,0

Dans vos déplacements hors de votre domicile, êtes-vous gêné du fait d'un handicap ou d'un problème de santé ?	N	%	%pond
Sans objet : non autorisé à sortir	1	0,33	0,01
Pas de gêne	167	54,9	92,5
Gêné mais peut se déplacer seul sur tous itinéraires	44	14,5	2,9
Gêné mais peut se déplacer seul sur certains itinéraires	47	15,5	2,2
Ne peut se déplacer seul	45	14,8	2,4
Total	304	100,0	100,0

Tableau A2.14 Jeunes adultes de 20-29 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 6 - déplacements [HID-1999]

Age	N	%	%pond
30-34 ans	251	45,7	39,1
35-39 ans	298	54,3	60,9
Total	549	100,0	100,0

Sexe	N	%	%pond
Masculin	286	52,1	51,4
Féminin	263	47,9	48,6
Total	549	100,0	100,0

En dehors de problèmes liés à la surdité, communiquez-vous avec votre entourage sans l'aide de quelqu'un ?	N	%	%pond
Sans objet : ne communique pas avec les gens (autiste...)	8	5,67	2,62
Oui, je communique sans aide et sans aucune difficulté	79	56,0	81,1
Oui, je communique sans aide mais avec quelques difficultés	21	14,9	6,6
Oui, je communique sans aide mais avec beaucoup de difficultés	21	14,9	5,5
Non, j'ai besoin de l'aide de quelqu'un	12	8,5	4,1
Total (*)	141	100,0	100,0

Sortez-vous de votre domicile sans aide ?	N	%	%pond
Oui, je sors assez souvent, et je peux m'éloigner sans aide	413	77,9	95,1
Oui, mais je ne sors que rarement	30	5,7	1,0
Oui, mais je ne m'éloigne jamais sans aide de chez moi	45	8,5	2,3
Non, je ne sors jamais sans l'aide de quelqu'un en raison de mes difficultés physiques	17	3,2	0,6
Non, je ne sors jamais sans l'aide de quelqu'un en raison de mes difficultés psychologiques ou émotionnelles	25	4,7	1,1
Total	530	100,0	100,0

Répartition dans la typologie	N	%	%pond
classe 4	410	74,7	93,2
classe 7	53	9,7	2,1
classe 8	28	5,1	1,8
classe 9	27	4,9	1,5
classe 10	29	5,3	1,2
classe 11	2	0,4	0,1
Total	549	100,0	100,0

Avez-vous des difficultés à parler ? (Y compris pour raison de bégaiement)	N	%	%pond
Non, pas du tout	446	81,2	95,6
Oui, sauf avec les personnes qui me connaissent bien	44	8,0	2,0
Oui, beaucoup de difficultés	50	9,1	2,0
Ne parle pas (autiste...)	9	1,6	0,4
Total	549	100,0	100,0

Avez-vous des difficultés à trouver votre chemin quand vous sortez ?	N	%	%pond
Sans objet : ne sort pas ou ne peut sortir seul pour une raison de santé physique	15	2,8	0,6
Non, jamais	435	82,1	91,4
Non, à condition de toujours faire le(s) même(s) trajet(s)	40	7,6	5,8
Oui, parfois je suis perdu(e) ou j'ai besoin d'aide	25	4,7	1,5
Oui, j'ai toujours besoin de quelqu'un pour me guider	15	2,8	0,8
Total	530	100,0	100,0

(*) la question sur les difficultés de communication n'était posée qu'aux personnes qui ne répondaient pas seules à l'enquête

Tableau A2.15 Jeunes adultes de 30-39 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 1 - caractéristiques et incapacités [HID-1999]

COLVEZ (Indicateur de mobilité)	N	%	% pond
1 : Confiné au lit ou au fauteuil	5	0,9	0,1
2 : Besoin d'aide pour la toilette ou l'habillage	47	8,6	2,0
3 : Besoin d'aide pour sortir	25	4,6	1,0
4 : Autres	472	86,0	96,9
Total	549	100,0	100,0

ADL : Activities of Daily Living (indicateur de KATZ) (*)	N	%	% pond
A : Indépendant pour les 6 activités	482	87,8	97,4
B : Dépendant pour une seule des 6 activités	30	5,5	1,1
C : Dépendant pour 2 activités, dont la première	15	2,7	0,6
D : Dépendant pour 3 activités, dont les 2 premières	4	0,7	0,1
E : Dépendant pour 4 activités, dont les 3 premières	5	0,9	0,3
F : Dépendant pour 5 activités, dont les 4 premières	5	0,9	0,2
G : Dépendant pour les 6 activités	3	0,6	0,1
H : Dépendant pour au moins deux activités, sans être classable en C, D, E ou F	5	0,9	0,2
Total	549	100,0	100,0

(*) L'indicateur de Katz est une synthèse des besoins d'aide vers l'indépendance pour la réalisation de six activités de la vie quotidienne :

1 - Faire sa toilette ; 2 - S'habiller ; 3 - Aller aux toilettes et les utiliser ; 4 - Se coucher ou quitter son lit et s'asseoir ou quitter son siège ; 5 - Contrôler ses selles et ses urines ; 6 - Manger des aliments déjà préparés (cuisinés et coupés).

EHPA (indicateur croisé COLVEZ x dépendance psychique)	N	%	% pond
Dépendant psychique (totalement incohérent ou toujours désorienté, ou partiellement incohérent et parfois désorienté) :			
11 : Dépendant psychique et confiné au lit et au fauteuil (non rou	4	0,7	0,1
12 : Dépendant psychique non classé en 11, mais ayant besoin d'aide pour faire sa toilette OU s'habiller	32	5,8	1,5
13 : Dépendant psychique non classé en 11 ou 12, mais ayant toujours besoin d'aide pour sortir du logement	16	2,9	0,7
14 : Dépendant psychique non classé en 11, 12 ou 13	108	19,7	9,0
Indépendant psychique (totalement cohérent et jamais désorienté ou totalement cohérent et parfois désorienté ou partiellement incohérent et jamais désorienté) :			
21 : Sans dépendance psychique mais confiné au lit et au fauteu	1	0,2	0,0
22 : Sans dépendance psychique, non classé en 21, mais ayant besoin d'aide pour faire sa toilette OU s'habiller	15	2,7	0,5
23 : Sans dépendance psychique, non classé en 21 ou 22, mais ayant toujours besoin d'aide pour sortir du logement	9	1,6	0,3
24 : Sans dépendance psychique, non classé en 21, 22 ou 23	364	66,3	87,9
Total	549	100,0	100,0

Tableau A2.16 Jeunes adultes de 30-39 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 2 - indicateurs d'incapacités [HID-1999]

Savez-vous (sait-il) lire ?	N	%	% pond
Oui, couramment	432	78,7	93,9
Oui, mais avec difficultés	60	10,9	3,5
Non	57	10,4	2,7
Total	549	100,0	100,0

Savez-vous (sait-il) écrire ?	N	%	% pond
Oui, sans difficulté	411	74,9	92,8
Oui, mais avec quelques difficultés	70	12,8	3,8
Non	68	12,4	3,4
Total	549	100,0	100,0

Savez-vous (sait-il) compter ?	N	%	% pond
Oui, sans difficulté	432	78,7	94,5
Oui, mais avec difficultés	60	10,9	3,0
Non	57	10,4	2,4
Total	549	100,0	100,0

Vous débrouillez-vous seul(e) pour commander et prendre un taxi ou pour emprunter le réseau de TC ?	N	%	% pond
Sans objet : ne sors pas	5	0,9	0,2
Oui, je le fais seul(e) et sans aucune difficulté	414	75,7	94,2
Oui, je le fais seul(e), mais avec quelques difficultés	31	5,7	1,2
Oui, je le fais seul(e), mais avec beaucoup de difficultés	10	1,8	0,4
Non, je suis accompagné(e) par un parent, ami, enfant, mais je pourrais me débrouiller seul(e) en cas de besoin	15	2,7	0,7
Non, je suis accompagné(e) par un parent, ami, enfant, et j'aurais beaucoup de difficultés à le faire seul(e) en cas de besoin	67	12,3	3,2
Non, je ne sors qu'en ambulance	5	0,9	0,2
Total	547	100,0	100,0

Actuellement, remplissez-vous sans aide les formulaires simples (chèques ou feuilles de maladie) ?	N	%	% pond
Sans objet : est placé(e) sous tutelle	12	2,2	0,6
Oui, je m'en occupe seul(e) et sans aucune difficulté	342	62,8	86,0
Oui, je m'en occupe seul(e), mais avec quelques difficultés	20	3,7	4,3
Oui, je m'en occupe seul(e), mais avec beaucoup de difficultés	4	0,7	0,3
Non, c'est mon conjoint ou quelqu'un du ménage qui s'en occupe, mais je pourrais le faire en cas de besoin	21	3,9	2,1
Non, c'est mon conjoint ou quelqu'un du ménage qui s'en occupe, et j'aurais beaucoup de difficultés à le faire en cas de besoin	88	16,2	3,8
Non, quelqu'un d'autre s'en occupe pour moi (service social...)	58	10,6	3,0
Total	545	100,0	100,0

Tableau A2.17 Jeunes adultes de 30-39 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 3 - incapacités [HID-1999]

Quelle est votre occupation actuelle	N	%	%pond
Exerce une prof. à son compte ou salarié, même à temps partiel; aide un membre de sa famille dans son travail, même sans être rémunéré; est apprenti, stagiaire rémunéré, élèves-fonctionnaire, intérimaire...; est employé dans un CAT, atelier protégé, CDTD	241	43,9	61,6
Chômeur (inscrit ou non à l'ANPE)	78	14,2	21,2
Etudiant, élève, en formation, en stage non rémunéré	7	1,3	0,3
Retraité (ancien salarié) ou préretraité	2	0,4	0,1
Femme au foyer	45	8,2	9,7
Autre inactif (y compris les personnes ne touchant qu'une pension de réversion et les personnes invalides, les handicapés en ATO)	176	32,1	7,1
Total	549	100,0	100,0

(Si exerce prof.) Est-ce un emploi protégé ou réservé ?	N	%	%pond
Non, c'est un emploi ordinaire	161	66,8	89,5
Oui, je suis employé de la fonction publique (y.c. PTT) ou des collectivités locales au titre des emplois réservés	9	3,7	5,7
Oui, je suis employé d'une autre entreprise, avec le bénéfice de la Garantie de ressources	1	0,4	0,1
Oui, c'est un emploi dans un CAT	50	20,8	3,5
Oui, c'est un emploi dans un Atelier Protégé (A.P.) ou dans un Centre de Distribution de Travail à Domicile (C.D.T.D.)	9	3,7	0,6
Oui, c'est un autre emploi protégé	11	4,6	0,7
Total	241	100,0	100,0
(Si exerce prof.) En raison d'un handicap ou d'un problème de santé, êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité de travail que vous pouvez accomplir ?	N	%	%pond
Oui	131	54,4	17,2
Non	107	44,4	82,6
Ne sait pas	3	1,2	0,2
Total	241	100,0	100,0

Cherchez-vous un emploi, une situation ?	N	%	%pond
Oui	87	28,3	56,2
Non	221	71,8	43,8
Total	308	100,0	100,0
Si non, souhaiteriez-vous cependant travailler ou avez-vous déjà trouvé un emploi qui commencera plus tard ?	N	%	%pond
J'ai déjà trouvé un emploi qui commencera plus tard	4	1,81	22,86
Je souhaiterais travailler	30	13,6	10,2
Je ne souhaite pas travailler	28	12,7	29,0
Je suis inapte au travail en raison de mon état de santé	158	71,5	37,7
Ne sait pas	1	0,5	0,1
Total	221	100,0	100,0

(Si salarié) Quelle est la position professionnelle de votre emploi actuel ?	N	%	%pond
1 - Manoeuvre ou ouvrier spécialisé (OS1, OS2, OS3, etc.)	39	17,7	16,2
2 - Ouvrier qualifié ou hautement qualifié (P1, P2, P3, TA, OQ, ..)	40	18,1	9,3
3 - Agent de maîtrise dirigeant des ouvriers, maîtrise administrative ou commerciale	6	2,7	25,3
5 - Technicien, dessinateur, VRP (non cadre)	4	1,8	0,3
6 - Instituteur, assistant(e) social(e), infirmier(e) et autre personnel de la catég. B de la fonction publique	5	2,3	8,2
7 - Ingénieur ou cadre	6	2,7	7,8
8 - Professeur et personnel de catég. A de la fonction publique	3	1,4	0,3
9 - Employé de bureau, employé de commerce, agent de service, aide soignant(e), gardienne d'enfants, personnel de catég. C ou D de la fonction publique	66	29,9	27,4
10 - Autre cas	52	23,5	5,3
Total	221	100,0	100,0

Tableau A2.18 Jeunes adultes de 30-39 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 4 - emploi [HID-1999]

Possédez-vous un permis "voiture" ?	N	%	%pond
Oui	321	58,7	82,2
Non	226	41,3	17,8
Total	547	100,0	100,0
Si non, est-ce en raison d'un problème de santé ?	N	%	%pond
Oui	139	61,5	52,3
Non	86	38,1	47,6
Ne sait pas	1	0,4	0,1
Total	226	100,0	100,0
Si oui, conduisez-vous une automobile ?	N	%	%pond
Oui, régulièrement	232	73,7	88,7
Oui, occasionnellement	38	12,1	7,3
Non, plus maintenant	45	14,3	4,1
Total	315	100,0	100,0

Hier, avez-vous effectué au moins un déplacement hors de votre domicile (à partir de 4 h du matin et jusqu'à ce matin 4h) ?	N	%	%pond
Oui	435	79,5	91,5
Non	111	20,3	8,5
Ne sait pas	1	0,2	0,0
Total	547	100,0	100,0
Pour quelle raison ne vous êtes-vous pas déplacé hier ?	N	%	%pond
Pas besoin de me déplacer	36	32,4	58,5
Pas envie de sortir	42	37,8	23,6
J'étais provisoirement incapable de me déplacer (maladie, maternité)	14	12,6	8,1
Je suis tout à fait incapable de me déplacer	8	7,2	4,6
Nécessité de rester sur place	2	1,8	1,2
Il n'y avait personne pour m'accompagner	3	2,7	1,1
Autre	6	5,4	2,9
Total	111	100,0	100,0

Avez-vous accès à un transport spécialisé pour PMR ?	N	%	%pond
Oui	22	4,2	0,9
Non, j'en aurais besoin mais leur accès m'est impossible	7	1,3	0,4
Non, je n'en ai pas besoin	500	94,3	98,7
Sans objet : trop jeune	1	0,2	0,0
Total	530	100,0	100,0

Pouvez-vous accéder aux TC ordinaires	N	%	%pond
Oui, sans difficulté	394	74,3	94,3
Oui, mais avec difficulté	72	13,6	3,1
Non, ils sont trop éloignés	21	4,0	1,0
Non, l'accès ou l'usage des véhicules est trop difficile	43	8,1	1,6
Total	530	100,0	100,0

Dans vos déplacements hors de votre domicile, êtes-vous gêné du fait d'un handicap ou d'un problème de santé ?	N	%	%pond
Sans objet : non autorisé à sortir	2	0,36	0,11
Pas de gêne	299	54,5	86,4
Géné mais peut se déplacer seul sur tous itinéraires	92	16,8	6,7
Géné mais peut se déplacer seul sur certains itinéraires	90	16,4	4,0
Ne peut se déplacer seul	66	12,0	2,8
Total	549	100,0	100,0

Tableau A2.19 Jeunes adultes de 30-39 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 5 - déplacements [HID-1999]

Age	N	%	% pond
40-44 ans	381	21,1	24,3
45-49 ans	499	27,7	29,2
50-54 ans	510	28,3	24,1
55-59 ans	412	22,9	22,4
Total	1802	100,0	100,0

Sexe	N	%	% pond
Masculin	849	47,1	39,5
Féminin	953	52,9	60,5
Total	1802	100,0	100,0

En dehors de problèmes liés à la surdité, communiquez-vous avec votre entourage sans l'aide de quelqu'un ?	N	%	% pond
Sans objet : ne communique pas avec les gens (autiste...)	10	3,09	1,32
Oui, je communique sans aide et sans aucune difficulté	187	57,7	81,4
Oui, je communique sans aide mais avec quelques difficultés	55	17,0	8,1
Oui, je communique sans aide mais avec beaucoup de difficultés	39	12,0	4,6
Non, j'ai besoin de l'aide de quelqu'un	33	10,2	4,5
Total (*)	324	100,0	100,0

Sortez-vous de votre domicile sans aide ?	N	%	% pond
Oui, je sors assez souvent, et je peux m'éloigner sans aide	1270	73,4	86,5
Oui, mais je ne sors que rarement	159	9,2	4,2
Oui, mais je ne m'éloigne jamais sans aide de chez moi	168	9,7	4,4
Non, je ne sors jamais sans l'aide de quelqu'un en raison de mes difficultés physiques	67	3,9	2,6
Non, je ne sors jamais sans l'aide de quelqu'un en raison de mes difficultés psychologiques ou émotionnelles	64	3,7	2,4
Sans objet : trop jeune	1	0,1	0,0
Ne sait pas	1	0,1	0,0
Total	1730	100,0	100,0

Répartition dans la typologie	N	%	% pond
classe 3	1545	85,7	95,9
classe 7	81	4,5	1,2
classe 8	35	1,9	0,5
classe 9	52	2,9	0,8
classe 10	61	3,4	1,1
classe 11	28	1,6	0,4
Total	1802	100,0	100,0

Avez-vous des difficultés à parler ? (Y compris pour raison de bégaïement)	N	%	% pond
Sans objet : muet(te)	4	0,2	0,1
Non, pas du tout	1577	87,6	94,9
Oui, sauf avec les personnes qui me connaissent bien	89	4,9	3,1
Oui, beaucoup de difficultés	114	6,3	1,7
Ne parle pas (autiste...)	16	0,9	0,2
Ne sait pas	1	0,1	0,0
Total	1801	100,0	100,0

Avez-vous des difficultés à trouver votre chemin quand vous sortez ?	N	%	% pond
Sans objet : ne sort pas ou ne peut sortir seul pour une raison de santé physique	55	3,2	0,8
Non, jamais	1497	86,6	91,7
Non, à condition de toujours faire le(s) même(s) trajet(s)	89	5,2	4,8
Oui, parfois je suis perdu(e) ou j'ai besoin d'aide	59	3,4	2,0
Oui, j'ai toujours besoin de quelqu'un pour me guider	29	1,7	0,8
Total	1729	100,0	100,0

(*) la question sur les difficultés de communication n'était posée qu'aux personnes qui ne répondaient pas seules à l'enquête

Tableau A2.20 Adultes de 40-59 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 1 - caractéristiques et incapacités [HID-1999]

COLVEZ (Indicateur de mobilité)	N	%	% pond
1 : Confiné au lit ou au fauteuil	10	0,6	0,2
2 : Besoin d'aide pour la toilette ou l'habillage	191	10,6	5,6
3 : Besoin d'aide pour sortir	107	5,9	5,8
4 : Autres	1493	82,9	88,4
Total	1801	100,0	100,0

ADL : Activities of Daily Living (indicateur de KATZ) (*)	N	%	% pond
A : Indépendant pour les 6 activités	1541	85,6	89,3
B : Dépendant pour une seule des 6 activités	134	7,4	8,9
C : Dépendant pour 2 activités, dont la première	59	3,3	0,8
D : Dépendant pour 3 activités, dont les 2 premières	25	1,4	0,3
E : Dépendant pour 4 activités, dont les 3 premières	10	0,6	0,2
F : Dépendant pour 5 activités, dont les 4 premières	12	0,7	0,2
G : Dépendant pour les 6 activités	6	0,3	0,1
H : Dépendant pour au moins deux activités, sans être classable en C, D, E ou F	14	0,8	0,2
Total	1801	100,0	100,0

(*) L'indicateur de Katz est une synthèse des besoins d'aide vers l'indépendance pour la réalisation de six activités de la vie quotidienne :

1 - Faire sa toilette ; 2 - S'habiller ; 3 - Aller aux toilettes et les utiliser ; 4 - Se coucher ou quitter son lit et s'asseoir ou quitter son siège ; 5 - Contrôler ses selles et ses urines ; 6 - Manger des aliments déjà préparés (cuisinés et coupés).

EHPA (indicateur croisé COLVEZ x dépendance psychique)	N	%	% pond
Dépendant psychique (totalement incohérent ou toujours désorienté, ou partiellement incohérent et parfois désorienté) :			
11 : Dépendant psychique et confiné au lit et au fauteuil (non roulant)	8	0,4	0,2
12 : Dépendant psychique non classé en 11, mais ayant besoin d'aide pour faire sa toilette OU s'habiller	104	5,8	1,5
13 : Dépendant psychique non classé en 11 ou 12, mais ayant toujours besoin d'aide pour sortir du logement	57	3,2	2,4
14 : Dépendant psychique non classé en 11, 12 ou 13	299	16,6	12,0
Indépendant psychique (totalement cohérent et jamais désorienté ou totalement cohérent et parfois désorienté ou partiellement incohérent et jamais désorienté) :			
21 : Sans dépendance psychique mais confiné au lit et au fauteuil	2	0,1	0,0
22 : Sans dépendance psychique, non classé en 21, mais ayant besoin d'aide pour faire sa toilette OU s'habiller	87	4,8	4,2
23 : Sans dépendance psychique, non classé en 21 ou 22, mais ayant toujours besoin d'aide pour sortir du logement	50	2,8	3,4
24 : Sans dépendance psychique, non classé en 21, 22 ou 23	1194	66,3	76,4
Total	1801	100,0	100,0

Tableau A2.21 Adultes de 40-59 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 2 - indicateurs d'incapacités [HID-1999]

Savez-vous (sait-il) lire ?	N	%	% pond
Oui, couramment	1583	88,0	95,4
Oui, mais avec difficultés	109	6,1	2,6
Non	107	6,0	2,0
Total	1799	100,0	100,0

Savez-vous (sait-il) compter ?	N	%	% pond
Oui, sans difficulté	1595	88,7	96,5
Oui, mais avec difficultés	101	5,6	1,9
Non	103	5,7	1,6
Total	1799	100,0	100,0

Actuellement, remplissez-vous sans aide les formulaires simples (chèques ou feuilles de maladie) ?	N	%	% pond
Sans objet : est placé(e) sous tutelle	27	1,5	0,3
Oui, je m'en occupe seul(e) et sans aucune difficulté	1202	67,1	83,5
Oui, je m'en occupe seul(e), mais avec quelques difficultés	79	4,4	1,4
Oui, je m'en occupe seul(e), mais avec beaucoup de difficultés	17	1,0	0,2
Non, c'est mon conjoint ou quelqu'un du ménage qui s'en occupe, mais je pourrais le faire en cas de besoin	122	6,8	6,8
Non, c'est mon conjoint ou quelqu'un du ménage qui s'en occupe, et j'aurais beaucoup de difficultés à le faire en cas de besoin	182	10,2	3,8
Non, quelqu'un d'autre s'en occupe pour moi (service social...)	161	9,0	4,0
Ne sait pas	1	0,1	0,0
Total	1791	100,0	100,0

Savez-vous (sait-il) écrire ?	N	%	% pond
Oui, sans difficulté	1522	84,6	93,1
Oui, mais avec quelques difficultés	143	8,0	4,4
Non	134	7,5	2,5
Total	1799	100,0	100,0

Vous débrouillez-vous seul(e) pour commander et prendre un taxi ou pour emprunter le réseau de TC ?	N	%	% pond
Sans objet : ne sors pas	32	1,8	0,5
Oui, je le fais seul(e) et sans aucune difficulté	1344	74,8	87,0
Oui, je le fais seul(e), mais avec quelques difficultés	105	5,8	3,0
Oui, je le fais seul(e), mais avec beaucoup de difficultés	37	2,1	0,5
Non, je suis accompagné(e) par un parent, ami, enfant, mais je pourrais me débrouiller seul(e) en cas de besoin	48	2,7	0,9
Non, je suis accompagné(e) par un parent, ami, enfant, et j'aurais beaucoup de difficultés à le faire seul(e) en cas de besoin	212	11,8	7,9
Non, je ne sors qu'en ambulance	18	1,0	0,2
Ne sait pas	1	0,1	0,0
Total	1797	100,0	100,0

Tableau A2.22 Adultes de 40-59 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 3 - incapacités [HID-1999]

Quelle est votre occupation actuelle	N	%	%pond
Exerce une prof. à son compte ou salarié, même à temps partiel; aide un membre de sa famille dans son travail, même sans être rémunéré; est apprenti, stagiaire rémunéré, élèves-fonctionnaire, intérimaire...; est employé dans un CAT, atelier protégé, CDTD	604	33,6	53,3
Chômeur (inscrit ou non à l'ANPE)	176	9,8	7,9
Etudiant, élève, en formation, en stage non rémunéré	7	0,4	0,1
Retraité (ancien salarié) ou préretraité	77	4,3	5,7
Retiré des affaires (anc. agriculteur, artisan, commerçant, prof. lib.)	5	0,3	0,1
Femme au foyer	177	9,8	15,9
Autre inactif (y compris les personnes ne touchant qu'une pension de réversion et les personnes invalides, les handicapés en ATO)	752	41,8	17,0
Ne sait pas	1	0,1	0,0
Total	1799	100,0	100,0

(Si exerce prof.) Est-ce un emploi protégé ou réservé ?	N	%	%pond
Non, c'est un emploi ordinaire	517	85,6	97,2
Oui, je suis employé de la fonction publique (y.c. PTT) ou des collectivités locales au titre des emplois réservés	22	3,6	0,7
Oui, je suis employé d'une autre entreprise, avec le bénéfice de la Garantie de ressources	4	0,7	0,1
Oui, c'est un emploi dans un CAT	38	6,3	1,1
Oui, c'est un emploi dans un Atelier Protégé (A.P.) ou dans un Centre de Distribution de Travail à Domicile (C.D.T.D.)	5	0,8	0,1
Oui, c'est un autre emploi protégé	18	3,0	0,8
Total	604	100,0	100,0

(Si exerce prof.) En raison d'un handicap ou d'un problème de santé, êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité de travail que vous pouvez accomplir ?	N	%	%pond
Oui	322	53,3	15,7
Non	275	45,5	84,1
Ne sait pas	7	1,2	0,2
Total	604	100,0	100,0

Cherchez-vous un emploi, une situation ?	N	%	%pond
Oui	179	15,0	15,1
Non	1015	84,9	84,8
Ne sait pas	1	0,1	0,0
Total	1195	100,0	100,0
Si non, souhaiteriez-vous cependant travailler ou avez-vous déjà trouvé un emploi qui commencera plus tard ?	N	%	%pond
J'ai déjà trouvé un emploi qui commencera plus tard	2	0,2	0,28
Je souhaiterais travailler	47	4,6	1,9
Je ne souhaite pas travailler	190	18,7	49,3
Je suis inapte au travail en raison de mon état de santé	776	76,4	48,5
Ne sait pas	1	0,1	0,0
Total	1016	100,0	100,0

(Si salarié) Quelle est la position professionnelle de votre emploi actuel ?	N	%	%pond
1 - Manoeuvre ou ouvrier spécialisé (OS1, OS2, OS3, etc.)	60	11,4	9,7
2 - Ouvrier qualifié ou hautement qualifié (P1, P2, P3, TA, OQ, ..)	82	15,6	16,3
3 - Agent de maîtrise dirigeant des ouvriers, maîtrise administrative ou commerciale	17	3,2	3,8
4 - Agent de maîtrise dirigeant des techniciens ou d'autres agents de maîtrise	7	1,3	3,7
5 - Technicien, dessinateur, VRP (non cadre)	18	3,4	4,6
6 - Instituteur, assistant(e) social(e), infirmier(e) et autre personnel de la catég. B de la fonction publique	41	7,8	14,6
7 - Ingénieur ou cadre	46	8,8	10,1
8 - Professeur et personnel de catég. A de la fonction publique	25	4,8	2,1
9 - Employé de bureau, employé de commerce, agent de service, aide soignant(e), gardienne d'enfants, personnel de catég. C ou D de la fonction publique	188	35,8	33,7
10 - Autre cas	41	7,8	1,5
Total	525	100,0	100,0

Tableau A2.23 Adultes de 40-59 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 4 - emploi [HID-1999]

Possédez-vous un permis "voiture" ?	N	%	%pond
Oui	1247	69,4	82,8
Non	551	30,7	17,2
Total	1798	100,0	100,0
Si non, est-ce en raison d'un problème de santé ?	N	%	%pond
Oui	258	46,8	30,6
Non	292	53,0	69,3
Ne sait pas	1	0,2	0,1
Total	551	100,0	100,0
Si oui, conduisez-vous une automobile ?	N	%	%pond
Oui, régulièrement	847	70,2	81,9
Oui, occasionnellement	163	13,5	7,1
Non, plus maintenant	197	16,3	11,0
Total	1207	100,0	100,0

Hier, avez-vous effectué au moins un déplacement hors de votre domicile (à partir de 4 h du matin et jusqu'à ce matin 4h) ?	N	%	%pond
Oui	1332	74,5	81,9
Non	453	25,4	18,1
Sans objet : trop jeune	1	0,1	0,1
Ne sait pas	1	0,1	0,0
Total	1787	100,0	100,0
Pour quelle raison ne vous êtes-vous pas déplacé hier ?	N	%	%pond
Pas besoin de me déplacer	190	41,9	65,8
Pas envie de sortir	154	34,0	14,9
J'étais provisoirement incapable de me déplacer (maladie, materni	42	9,3	13,1
Je suis tout à fait incapable de me déplacer	22	4,9	1,6
Nécessité de rester sur place	11	2,4	0,9
Il n'y avait pas de moyen de transport accessible ou disponible	2	0,4	0,2
Il n'y avait personne pour m'accompagner	17	3,8	1,5
Autre	15	3,3	2,1
Total	453	100,0	100,0

Avez-vous accès à un transport spécialisé pour PMR ?	N	%	%pond
Oui	57	3,3	0,7
Non, j'en aurais besoin mais leur accès m'est impossible	50	2,9	0,9
Non, je n'en ai pas besoin	1617	93,5	98,3
Sans objet : trop jeune	3	0,2	0,1
Ne sait pas	2	0,1	0,0
Total	1729	100,0	100,0

Pouvez-vous accéder aux TC ordinaires	N	%	%pond
Oui, sans difficulté	1186	68,6	82,7
Oui, mais avec difficulté	263	15,2	9,0
Non, ils sont trop éloignés	85	4,9	5,2
Non, l'accès ou l'usage des véhicules est trop difficile	188	10,9	2,9
Sans objet : trop jeune	1	0,1	0,0
Ne sait pas	6	0,4	0,1
Total	1729	100,0	100,0

Dans vos déplacements hors de votre domicile, êtes-vous gêné du fait d'un handicap ou d'un problème de santé ?	N	%	%pond
Sans objet : non autorisé à sortir	10	0,56	0,18
Pas de gêne	811	45,1	70,9
Gêné mais peut se déplacer seul sur tous itinéraires	421	23,4	10,9
Gêné mais peut se déplacer seul sur certains itinéraires	351	19,5	10,6
Ne peut se déplacer seul	204	11,4	7,5
Total	1797	100,0	100,0

Tableau A2.24 Adultes de 40-59 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 5 - déplacements [HID-1999]

Age	N	%	%pond
60-64 ans	419	20,5	22,6
65-69 ans	477	23,4	25,9
70-74 ans	585	28,7	25,1
75-79 ans	560	27,4	26,4
Total	2041	100,0	100,0

Sexe	N	%	%pond
Masculin	850	41,7	37,1
Féminin	1191	58,4	62,9
Total	2041	100,0	100,0

En dehors de problèmes liés à la surdité, communiquez-vous avec votre entourage sans l'aide de quelqu'un ?	N	%	%pond
Sans objet : ne communique pas avec les gens (autiste...)	15	3,3	3,01
Oui, je communique sans aide et sans aucune difficulté	269	59,3	62,9
Oui, je communique sans aide mais avec quelques difficultés	85	18,7	19,3
Oui, je communique sans aide mais avec beaucoup de difficultés	46	10,1	9,2
Non, j'ai besoin de l'aide de quelqu'un	39	8,6	5,6
Total (*)	454	100,0	100,0

Sortez-vous de votre domicile sans aide ?	N	%	%pond
Oui, je sors assez souvent, et je peux m'éloigner sans aide	1223	64,4	73,0
Oui, mais je ne sors que rarement	216	11,4	8,7
Oui, mais je ne m'éloigne jamais sans aide de chez moi	259	13,7	10,2
Non, je ne sors jamais sans l'aide de quelqu'un en raison de mes difficultés physiques	153	8,1	6,2
Non, je ne sors jamais sans l'aide de quelqu'un en raison de mes difficultés psychologiques ou émotionnelles	47	2,5	1,9
Total	1898	100,0	100,0

Répartition dans la typologie	N	%	%pond
classe 2	1921	94,1	95,7
classe 7	24	1,2	0,8
classe 8	14	0,7	0,6
classe 9	25	1,2	0,8
classe 10	19	0,9	0,8
classe 11	38	1,9	1,3
Total	2041	100,0	100,0

Avez-vous des difficultés à parler ? (Y compris pour raison de bégaiement)	N	%	%pond
Sans objet : muet(te)	3	0,2	0,1
Non, pas du tout	1827	89,6	92,5
Oui, sauf avec les personnes qui me connaissent bien	76	3,7	3,2
Oui, beaucoup de difficultés	119	5,8	3,7
Ne parle pas (autiste...)	15	0,7	0,6
Total	2040	100,0	100,0

Avez-vous des difficultés à trouver votre chemin quand vous sortez ?	N	%	%pond
Sans objet : ne sort pas ou ne peut sortir seul pour une raison de santé physique	127	6,7	4,7
Non, jamais	1575	83,0	86,0
Non, à condition de toujours faire le(s) même(s) trajet(s)	111	5,9	5,4
Oui, parfois je suis perdu(e) ou j'ai besoin d'aide	46	2,4	2,1
Oui, j'ai toujours besoin de quelqu'un pour me guider	39	2,1	1,8
Total	1898	100,0	100,0

(*) la question sur les difficultés de communication n'était posée qu'aux personnes qui ne répondaient pas seules à l'enquête

Tableau A2.25 Personnes de 60-79 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 1 - caractéristiques et incapacités [HID-1999]

COLVEZ (Indicateur de mobilité)	N	%	% pond
1 : Confiné au lit ou au fauteuil	37	1,8	1,3
2 : Besoin d'aide pour la toilette ou l'habillage	242	11,9	8,1
3 : Besoin d'aide pour sortir	161	7,9	6,7
4 : Autres	1600	78,4	83,8
Total	2040	100,0	100,0

ADL : Activities of Daily Living (indicateur de KATZ) (*)	N	%	% pond
A : Indépendant pour les 6 activités	1668	81,8	87,2
B : Dépendant pour une seule des 6 activités	188	9,2	6,3
C : Dépendant pour 2 activités, dont la première	68	3,3	2,3
D : Dépendant pour 3 activités, dont les 2 premières	35	1,7	1,4
E : Dépendant pour 4 activités, dont les 3 premières	22	1,1	0,8
F : Dépendant pour 5 activités, dont les 4 premières	20	1,0	0,7
G : Dépendant pour les 6 activités	17	0,8	0,6
H : Dépendant pour au moins deux activités, sans être classable en C, D, E ou F	22	1,1	0,7
Total	2040	100,0	100,0

(*) L'indicateur de Katz est une synthèse des besoins d'aide vers l'indépendance pour la réalisation de six activités de la vie quotidienne :

1 - Faire sa toilette ; 2 - S'habiller ; 3 - Aller aux toilettes et les utiliser ; 4 - Se coucher ou quitter son lit et s'asseoir ou quitter son siège ; 5 - Contrôler ses selles et ses urines ; 6 - Manger des aliments déjà préparés (cuisinés et coupés).

EHPA (indicateur croisé COLVEZ x dépendance psychique)	N	%	% pond
Dépendant psychique (totalement incohérent ou toujours désorienté, ou partiellement incohérent et parfois désorienté) :			
11 : Dépendant psychique et confiné au lit et au fauteuil (non roulant)	29	1,4	1,1
12 : Dépendant psychique non classé en 11, mais ayant besoin d'aide pour faire sa toilette OU s'habiller	108	5,3	3,8
13 : Dépendant psychique non classé en 11 ou 12, mais ayant toujours besoin d'aide pour sortir du logement	56	2,8	2,5
14 : Dépendant psychique non classé en 11, 12 ou 13	253	12,4	13,6
Indépendant psychique (totalement cohérent et jamais désorienté ou totalement cohérent et parfois désorienté ou partiellement incohérent et jamais désorienté) :			
21 : Sans dépendance psychique mais confiné au lit et au fauteuil	8	0,4	0,2
22 : Sans dépendance psychique, non classé en 21, mais ayant besoin d'aide pour faire sa toilette OU s'habiller	134	6,6	4,3
23 : Sans dépendance psychique, non classé en 21 ou 22, mais ayant toujours besoin d'aide pour sortir du logement	105	5,2	4,2
24 : Sans dépendance psychique, non classé en 21, 22 ou 23	1347	66,0	70,3
Total	2040	100,0	100,0

Tableau A2.26 Personnes de 60-79 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 2 - indicateurs d'incapacités [HID-1999]

Savez-vous (sait-il) lire ?	N	%	%pond
Oui, couramment	1871	91,8	92,1
Oui, mais avec difficultés	80	3,9	3,3
Non	86	4,2	4,6
Ne sait pas	1	0,1	0,0
Total	2038	100,0	100,0

Savez-vous (sait-il) compter ?	N	%	%pond
Oui, sans difficulté	1885	92,5	93,8
Oui, mais avec difficultés	100	4,9	4,0
Non	52	2,6	2,3
Ne sait pas	1	0,1	0,0
Total	2038	100,0	100,0

Actuellement, remplissez-vous sans aide les formulaires simples (chèques ou feuilles de maladie) ?	N	%	%pond
Sans objet : est placé(e) sous tutelle	11	0,5	0,3
Oui, je m'en occupe seul(e) et sans aucune difficulté	1163	57,6	61,4
Oui, je m'en occupe seul(e), mais avec quelques difficultés	80	4,0	3,8
Oui, je m'en occupe seul(e), mais avec beaucoup de difficultés	26	1,3	1,0
Non, c'est mon conjoint ou quelqu'un du ménage qui s'en occupe, mais je pourrais le faire en cas de besoin	238	11,8	11,0
Non, c'est mon conjoint ou quelqu'un du ménage qui s'en occupe, et j'aurais beaucoup de difficultés à le faire en cas de besoin	284	14,1	12,8
Non, quelqu'un d'autre s'en occupe pour moi (service social...)	217	10,7	9,6
Ne sait pas	1	0,1	0,0
Total	2020	100,0	100,0

Savez-vous (sait-il) écrire ?	N	%	%pond
Oui, sans difficulté	1780	87,3	89,2
Oui, mais avec quelques difficultés	152	7,5	5,6
Non	106	5,2	5,2
Total	2038	100,0	100,0

Vous débrouillez-vous seul(e) pour commander et prendre un taxi ou pour emprunter le réseau de TC ?	N	%	%pond
Sans objet : ne sors pas	59	2,9	2,2
Oui, je le fais seul(e) et sans aucune difficulté	1317	64,9	72,4
Oui, je le fais seul(e), mais avec quelques difficultés	147	7,2	6,3
Oui, je le fais seul(e), mais avec beaucoup de difficultés	54	2,7	2,1
Non, je suis accompagné(e) par un parent, ami, enfant, mais je pourrais me débrouiller seul(e) en cas de besoin	88	4,3	3,6
Non, je suis accompagné(e) par un parent, ami, enfant, et j'aurais beaucoup de difficultés à le faire seul(e) en cas de besoin	312	15,4	11,7
Non, je ne sors qu'en ambulance	49	2,4	1,7
Ne sait pas	3	0,2	0,1
Total	2029	100,0	100,0

Tableau A2.27 Personnes de 60-79 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 3 - incapacités [HID-1999]

Quelle est votre occupation actuelle	N	%	% pond
Exerce une prof. à son compte ou salarié, même à temps partiel; aide un membre de sa famille dans son travail, même sans être rémunéré; est apprenti, stagiaire rémunéré, élèves-fonctionnaire, intérimaire...; est employé dans un CAT, atelier protégé, CDTD	14	0,7	0,7
Chômeur (inscrit ou non à l'ANPE)	9	0,4	0,5
Retraité (ancien salarié) ou préretraité	1441	70,7	65,5
Retiré des affaires (anc. agriculteur, artisan, commerçant, prof. lib.)	292	14,3	18,4
Femme au foyer	158	7,8	10,3
Autre inactif (y compris les personnes ne touchant qu'une pension de réversion et les personnes invalides, les handicapés en ATO)	124	6,1	4,7
Total	2038	100,0	100,0

(Si exerce prof.) Est-ce un emploi protégé ou réservé ?	N	%	% pond
Non, c'est un emploi ordinaire	12	85,7	93,2
Oui, je suis employé de la fonction publique (y.c. PTT) ou des collectivités locales au titre des emplois réservés	1	7,1	1,9
Oui, c'est un autre emploi protégé	1	7,1	4,9
Total	14	100,0	100,0
(Si exerce prof.) En raison d'un handicap ou d'un problème de santé, êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité de travail que vous pouvez accomplir ?	N	%	% pond
Oui	6	42,9	48,3
Non	8	57,1	51,7
Total	14	100,0	100,0

Cherchez-vous un emploi, une situation ?	N	%	% pond
Non	407	100,0	100,0
Total	407	100,0	100,0
Si non, souhaiteriez-vous cependant travailler ou avez-vous déjà trouvé un emploi qui commencera plus tard ?	N	%	% pond
Je souhaiterais travailler	2	0,5	0,3
Je ne souhaite pas travailler	267	65,6	78,2
Je suis inapte au travail en raison de mon état de santé	138	33,9	21,4
Total	407	100,0	100,0

(Si salarié) Quelle est la position professionnelle de votre emploi actuel ?	N	%	% pond
1 - Manoeuvre ou ouvrier spécialisé (OS1, OS2, OS3, etc.)	1	14,3	35,8
2 - Ouvrier qualifié ou hautement qualifié (P1, P2, P3, TA, OQ, ..)	1	14,3	11,3
6 - Instituteur, assistant(e) social(e), infirmier(e) et autre personnel de la catég. B de la fonction publique	1	14,3	4,3
7 - Ingénieur ou cadre	1	14,3	11,3
9 - Employé de bureau, employé de commerce, agent de service, aide soignant(e), gardienne d'enfants, personnel de catég. C ou D de la fonction publique	3	42,9	37,2
Total	7	100,0	99,9

Tableau A2.28 Personnes de 60-79 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 4 - emploi [HID-1999]

Possédez-vous un permis "voiture" ?	N	%	%pond
Oui	1162	57,1	57,0
Non	874	42,9	43,1
Total	2036	100,0	100,0
Si non, est-ce en raison d'un problème de santé ?	N	%	%pond
Oui	107	12,2	9,6
Non	767	87,8	90,4
Total	874	100,0	100,0
Si oui, conduisez-vous une automobile ?	N	%	%pond
Oui, régulièrement	680	61,8	62,6
Oui, occasionnellement	147	13,4	11,1
Non, plus maintenant	274	24,9	26,4
Total	1101	100,0	100,0

Hier, avez-vous effectué au moins un déplacement hors de votre domicile (à partir de 4 h du matin et jusqu'à ce matin 4h) ?	N	%	%pond
Oui	1203	59,7	61,6
Non	812	40,3	38,4
Ne sait pas	1	0,1	0,0
Total	2016	100,0	100,0
Pour quelle raison ne vous êtes-vous pas déplacé hier ?	N	%	%pond
Pas besoin de me déplacer	373	45,9	53,6
Pas envie de sortir	223	27,5	23,4
J'étais provisoirement incapable de me déplacer (maladie, materni	65	8,0	8,0
Je suis tout à fait incapable de me déplacer	70	8,6	6,6
Nécessité de rester sur place	24	3,0	2,5
Il n'y avait pas de moyen de transport accessible ou disponible	2	0,3	0,2
Il n'y avait personne pour m'accompagner	17	2,1	1,2
Autre	38	4,7	4,3
Total	812	100,0	100,0

Avez-vous accès à un transport spécialisé pour PMR ?	N	%	%pond
Oui	45	2,4	1,3
Non, j'en aurais besoin mais leur accès m'est impossible	48	2,5	1,9
Non, je n'en ai pas besoin	1801	95,0	96,4
Sans objet : trop jeune	2	0,1	0,4
Total	1896	100,0	100,0

Pouvez-vous accéder aux TC ordinaires	N	%	%pond
Oui, sans difficulté	1105	58,3	66,5
Oui, mais avec difficulté	315	16,6	13,7
Non, ils sont trop éloignés	167	8,8	8,3
Non, l'accès ou l'usage des véhicules est trop difficile	297	15,7	11,0
Sans objet : trop jeune	3	0,2	0,1
Ne sait pas	9	0,5	0,4
Total	1896	100,0	100,0

Dans vos déplacements hors de votre domicile, êtes-vous gêné du fait d'un handicap ou d'un problème de santé ?	N	%	%pond
Sans objet : non autorisé à sortir	13	0,64	0,65
Pas de gêne	845	41,7	50,9
Gêné mais peut se déplacer seul sur tous itinéraires	378	18,6	18,3
Gêné mais peut se déplacer seul sur certains itinéraires	422	20,8	16,4
Ne peut se déplacer seul	369	18,2	13,7
Ne sait pas	2	0,1	0,1
Total	2029	100,0	100,0

Tableau A2.29 Personnes de 60-79 ans ayant des déficiences d'ordre mental - 5 - déplacements [HID-1999]

Age	N	%	% pond
80-84 ans	290	37,8	39,7
85-89 ans	316	41,2	41,4
90-94 ans	130	16,9	15,5
95-99 ans	30	3,9	3,3
100-105 ans	2	0,3	0,1
Total	768	100,0	100,0

Sexe	N	%	% pond
Masculin	217	28,3	29,4
Féminin	551	71,7	70,6
Total	768	100,0	100,0

En dehors de problèmes liés à la surdité, communiquez-vous avec votre entourage sans l'aide de quelqu'un ?	N	%	% pond
Sans objet : ne communique pas avec les gens (autiste...)	18	5,11	3,48
Oui, je communique sans aide et sans aucune difficulté	192	54,6	56,6
Oui, je communique sans aide mais avec quelques difficultés	63	17,9	17,4
Oui, je communique sans aide mais avec beaucoup de difficultés	45	12,8	12,6
Non, j'ai besoin de l'aide de quelqu'un	34	9,7	10,0
Total (*)	352	100,0	100,0

Sortez-vous de votre domicile sans aide ?	N	%	% pond
Oui, je sors assez souvent, et je peux m'éloigner sans aide	224	40,4	43,9
Oui, mais je ne sors que rarement	72	13,0	12,2
Oui, mais je ne m'éloigne jamais sans aide de chez moi	133	24,0	22,8
Non, je ne sors jamais sans l'aide de quelqu'un en raison de mes difficultés physiques	105	18,9	17,8
Non, je ne sors jamais sans l'aide de quelqu'un en raison de mes difficultés psychologiques ou émotionnelles	21	3,8	3,4
Total	555	100,0	100,0

Répartition dans la typologie	N	%	% pond
classe 1	739	96,2	96,3
classe 3	2	0,3	0,2
classe 7	1	0,1	0,1
classe 8	4	0,5	0,6
classe 9	5	0,7	0,6
classe 10	2	0,3	0,3
classe 11	15	2,0	1,9
Total	768	100,0	100,0

Avez-vous des difficultés à parler ? (Y compris pour raison de bégaiement)	N	%	% pond
Non, pas du tout	680	88,5	90,3
Oui, sauf avec les personnes qui me connaissent bien	24	3,1	2,5
Oui, beaucoup de difficultés	52	6,8	6,4
Ne parle pas (autiste...)	12	1,6	0,9
Total	768	100,0	100,0

Avez-vous des difficultés à trouver votre chemin quand vous sortez ?	N	%	% pond
Sans objet : ne sort pas ou ne peut sortir seul pour une raison de santé physique	105	18,9	17,0
Non, jamais	356	64,1	65,2
Non, à condition de toujours faire le(s) même(s) trajet(s)	55	9,9	11,3
Oui, parfois je suis perdu(e) ou j'ai besoin d'aide	12	2,2	2,6
Oui, j'ai toujours besoin de quelqu'un pour me guider	27	4,9	3,8
Total	555	100,0	100,0

(*) la question sur les difficultés de communication n'était posée qu'aux personnes qui ne répondaient pas seules à l'enquête

Tableau A2.30 Personnes de 80 ans et plus ayant des déficiences d'ordre mental - 1 - caractéristiques et incapacités [HID-1999]

Savez-vous (sait-il) lire ?	N	%	%pond
Oui, couramment	710	92,7	94,3
Oui, mais avec difficultés	37	4,8	3,8
Non	19	2,5	2,0
Total	766	100,0	100,0

Savez-vous (sait-il) compter ?	N	%	%pond
Oui, sans difficulté	663	86,6	88,8
Oui, mais avec difficultés	82	10,7	8,9
Non	21	2,7	2,3
Total	766	100,0	100,0

Actuellement, remplissez-vous sans aide les formulaires simples (chèques ou feuilles de maladie) ?	N	%	%pond
Sans objet : est placé(e) sous tutelle	2	0,3	0,4
Oui, je m'en occupe seul(e) et sans aucune difficulté	231	31,1	34,3
Oui, je m'en occupe seul(e), mais avec quelques difficultés	43	5,8	5,6
Oui, je m'en occupe seul(e), mais avec beaucoup de difficultés	13	1,8	1,9
Non, c'est mon conjoint ou quelqu'un du ménage qui s'en occupe, mais je pourrais le faire en cas de besoin	65	8,8	8,5
Non, c'est mon conjoint ou quelqu'un du ménage qui s'en occupe, et j'aurais beaucoup de difficultés à le faire en cas de besoin	158	21,3	18,4
Non, quelqu'un d'autre s'en occupe pour moi (service social...)	230	31,0	30,8
Ne sait pas	1	0,1	0,1
Total	743	100,0	100,0

Savez-vous (sait-il) écrire ?	N	%	%pond
Oui, sans difficulté	698	91,1	93,1
Oui, mais avec quelques difficultés	58	7,6	6,1
Non	10	1,3	0,8
Total	766	100,0	100,0

Quelle est votre occupation actuelle	N	%	%pond
Exerce une profession	1	0,13	0,05
Retraité (ancien salarié) ou préretraité	486	63,6	63,7
Retiré des affaires (anc. agriculteur, artisan, commerçant, prof. lib.)	166	21,7	23,5
Femme au foyer	62	8,1	7,1
Autre inactif (y compris les personnes ne touchant qu'une pension de réversion et les personnes invalides, les handicapés en ATO)	48	6,3	5,6
Ne sait pas	1	0,1	0,1
Total	764	100,0	100,0

Vous débrouillez-vous seul(e) pour commander et prendre un taxi ou pour emprunter le réseau de TC ?	N	%	%pond
Sans objet : ne sors pas	102	13,4	11,9
Oui, je le fais seul(e) et sans aucune difficulté	244	32,1	35,2
Oui, je le fais seul(e), mais avec quelques difficultés	46	6,0	6,8
Oui, je le fais seul(e), mais avec beaucoup de difficultés	17	2,2	2,3
Non, je suis accompagné(e) par un parent, ami, enfant, mais je pourrais me débrouiller seul(e) en cas de besoin	40	5,3	5,7
Non, je suis accompagné(e) par un parent, ami, enfant, et j'aurais beaucoup de difficultés à le faire seul(e) en cas de besoin	260	34,2	32,7
Non, je ne sors qu'en ambulance	52	6,8	5,4
Total	761	100,0	100,0

Tableau A2.31 Personnes de 80 ans et plus ayant des déficiences d'ordre mental - 2 - incapacités [HID-1999]

COLVEZ (Indicateur de mobilité)	N	%	% pond
1 : Confiné au lit ou au fauteuil	75	9,8	7,3
2 : Besoin d'aide pour la toilette ou l'habillage	195	25,4	23,5
3 : Besoin d'aide pour sortir	116	15,1	15,5
4 : Autres	382	49,7	53,7
Total	768	100,0	100,0

ADL : Activities of Daily Living (indicateur de KATZ) (*)	N	%	% pond
A : Indépendant pour les 6 activités	453	59,0	63,6
B : Dépendant pour une seule des 6 activités	110	14,3	13,4
C : Dépendant pour 2 activités, dont la première	61	7,9	7,9
D : Dépendant pour 3 activités, dont les 2 premières	35	4,6	3,3
E : Dépendant pour 4 activités, dont les 3 premières	28	3,7	2,8
F : Dépendant pour 5 activités, dont les 4 premières	33	4,3	3,7
G : Dépendant pour les 6 activités	26	3,4	2,5
H : Dépendant pour au moins deux activités, sans être classable en C, D, E ou F	22	2,9	2,7
Total	768	100,0	100,0

(*) L'indicateur de Katz est une synthèse des besoins d'aide vers l'indépendance pour la réalisation de six activités de la vie quotidienne :

1 - Faire sa toilette ; 2 - S'habiller ; 3 - Aller aux toilettes et les utiliser ; 4 - Se coucher ou quitter son lit et s'asseoir ou quitter son siège ; 5 - Contrôler ses selles et ses urines ; 6 - Manger des aliments déjà préparés (cuisinés et coupés).

EHPA (indicateur croisé COLVEZ x dépendance psychique)	N	%	% pond
Dépendant psychique (totalement incohérent ou toujours désorienté, ou partiellement incohérent et parfois désorienté) :			
11 : Dépendant psychique et confiné au lit et au fauteuil (non roulant)	69	9,0	6,4
12 : Dépendant psychique non classé en 11, mais ayant besoin d'aide pour faire sa toilette OU s'habiller	115	15,0	13,7
13 : Dépendant psychique non classé en 11 ou 12, mais ayant toujours besoin d'aide pour sortir du logement	38	5,0	4,7
14 : Dépendant psychique non classé en 11, 12 ou 13	59	7,7	8,8
Indépendant psychique (totalement cohérent et jamais désorienté ou totalement cohérent et parfois désorienté ou partiellement incohérent et jamais désorienté) :			
21 : Sans dépendance psychique mais confiné au lit et au fauteuil	6	0,8	0,8
22 : Sans dépendance psychique, non classé en 21, mais ayant besoin d'aide pour faire sa toilette OU s'habiller	80	10,4	9,9
23 : Sans dépendance psychique, non classé en 21 ou 22, mais ayant toujours besoin d'aide pour sortir du logement	78	10,2	10,8
24 : Sans dépendance psychique, non classé en 21, 22 ou 23	323	42,1	44,9
Total	768	100,0	100,0

Tableau A2.32 Personnes de 80 ans et plus ayant des déficiences d'ordre mental - 3 - indicateurs d'incapacités [HID-1999]

Possédez-vous un permis "voiture" ?	N	%	% pond
Oui	269	35,2	39,8
Non	494	64,6	60,0
Ne sait pas	2	0,3	0,2
Total	765	100,0	100,0
Si non, est-ce en raison d'un problème de santé ?	N	%	% pond
Oui	21	4,3	3,8
Non	473	95,8	96,2
Total	494	100,0	100,0
Si oui, conduisez-vous une automobile ?	N	%	% pond
Oui, régulièrement	63	28,8	30,1
Oui, occasionnellement	25	11,4	12,2
Non, plus maintenant	131	59,8	57,7
Total	219	100,0	100,0

Avez-vous accès à un transport spécialisé pour PMR ?	N	%	% pond
Oui	24	4,3	3,1
Non, j'en aurais besoin mais leur accès m'est impossible	27	4,9	4,4
Non, je n'en ai pas besoin	502	90,8	92,6
Total	553	100,0	100,0

Pouvez-vous accéder aux TC ordinaires	N	%	% pond
Oui, sans difficulté	196	35,4	38,0
Oui, mais avec difficulté	84	15,2	13,9
Non, ils sont trop éloignés	56	10,1	11,9
Non, l'accès ou l'usage des véhicules est trop difficile	213	38,5	36,1
Sans objet : trop jeune	2	0,4	0,0
Ne sait pas	2	0,4	0,1
Total	553	100,0	100,0

Hier, avez-vous effectué au moins un déplacement hors de votre domicile (à partir de 4 h du matin et jusqu'à ce matin 4h) ?	N	%	% pond
Oui	284	40,0	42,6
Non	424	59,7	57,1
Sans objet : trop jeune	1	0,1	0,1
Ne sait pas	1	0,1	0,2
Total	710	100,0	100,0
Pour quelle raison ne vous êtes-vous pas déplacé hier ?	N	%	% pond
Pas besoin de me déplacer	155	36,6	36,3
Pas envie de sortir	88	20,8	22,8
J'étais provisoirement incapable de me déplacer (maladie, materni	22	5,2	4,8
Je suis tout à fait incapable de me déplacer	98	23,1	21,3
Nécessité de rester sur place	14	3,3	3,5
Il n'y avait pas de moyen de transport accessible ou disponible	2	0,5	0,5
Il n'y avait personne pour m'accompagner	29	6,8	7,1
Autre	16	3,8	3,8
Total	424	100,0	100,0

Dans vos déplacements hors de votre domicile, êtes-vous gêné du fait d'un handicap ou d'un problème de santé ?	N	%	% pond
Sans objet : non autorisé à sortir	45	5,96	5,86
Pas de gêne	157	20,8	24,6
Gêné mais peut se déplacer seul sur tous itinéraires	76	10,1	10,5
Gêné mais peut se déplacer seul sur certains itinéraires	147	19,5	19,2
Ne peut se déplacer seul	328	43,4	39,7
Sans objet : trop jeune	1	0,1	0,1
Ne sait pas	1	0,1	0,1
Total	755	100,0	100,0

Tableau A2.33 Personnes de 80 ans et plus ayant des déficiences d'ordre mental - 4 -Déplacements [HID-1999]

Age	N	%	% pond
20-24 ans	15	12,0	9,7
25-29 ans	22	17,6	17,1
30-34 ans	21	16,8	15,0
35-39 ans	29	23,2	27,1
40-44 ans	17	13,6	14,8
45-49 ans	12	9,6	9,4
50-54 ans	6	4,8	5,1
55-59 ans	3	2,4	1,8
Total	125	100,0	100,0

Sexe	N	%	% pond
Masculin	73	58,4	58,6
Féminin	52	41,6	41,4
Total	125	100,0	100,0

Avez-vous des difficultés à parler ? (Y compris pour raison de bégaiement)	N	%	% pond
Non, pas du tout	64	51,2	50,4
Oui, sauf avec les personnes qui me connaissent bien	29	23,2	23,3
Oui, beaucoup de difficultés	30	24,0	24,6
Ne parle pas (autiste...)	2	1,6	1,7
Total	125	100,0	100,0

Avez-vous des difficultés à trouver votre chemin quand vous sortez ?	N	%	% pond
Sans objet : ne sort pas ou ne peut sortir seul pour une raison de santé physique	2	1,6	1,3
Non, jamais	77	62,1	58,0
Non, à condition de toujours faire le(s) même(s) trajet(s)	33	26,6	31,6
Oui, parfois je suis perdu(e) ou j'ai besoin d'aide	4	3,2	3,1
Oui, j'ai toujours besoin de quelqu'un pour me guider	8	6,5	6,0
Total	124	100,0	100,0

Répartition dans la typologie	N	%	% pond
classe 3	12	9,6	9,68
classe 4	17	13,6	15,4
classe 5	6	4,8	4,4
classe 7	55	44,0	43,5
classe 8	19	15,2	14,2
classe 9	8	6,4	8,0
classe 10	7	5,6	4,3
classe 11	1	0,8	0,6
Total	125	100,0	100,0

En dehors de problèmes liés à la surdité, communiquez-vous avec votre entourage sans l'aide de quelqu'un ?	N	%	% pond
Sans objet : ne communique pas avec les gens (autiste...)	1	1,1	1,46
Oui, je communique sans aide et sans aucune difficulté	41	45,1	39,0
Oui, je communique sans aide mais avec quelques difficultés	24	26,4	33,5
Oui, je communique sans aide mais avec beaucoup de difficultés	20	22,0	20,5
Non, j'ai besoin de l'aide de quelqu'un	5	5,5	5,5
Total (*)	91	100,0	100,0

Sortez-vous de votre domicile sans aide ?	N	%	% pond
Oui, je sors assez souvent, et je peux m'éloigner sans aide	80	64,5	65,0
Oui, mais je ne sors que rarement	4	3,2	3,1
Oui, mais je ne m'éloigne jamais sans aide de chez moi	20	16,1	16,2
Non, je ne sors jamais sans l'aide de quelqu'un en raison de mes difficultés physiques	2	1,6	1,3
Non, je ne sors jamais sans l'aide de quelqu'un en raison de mes difficultés psychologiques ou émotionnelles	18	14,5	14,3
Total	124	100,0	100,0

(*) la question sur les difficultés de communication n'était posée qu'aux personnes qui ne répondaient pas seules à l'enquête

Tableau A2.34 Personnes ayant des déficiences d'ordre mental travaillant en CAT - 1 - caractéristiques et incapacités [HID-1999]

COLVEZ (Indicateur de mobilité)	N	%	%pond
1 : Confiné au lit ou au fauteuil	0	0,0	0,0
2 : Besoin d'aide pour la toilette ou l'habillage	16	12,8	14,7
3 : Besoin d'aide pour sortir	16	12,8	11,1
4 : Autres	93	74,4	74,2
Total	125	100,0	100,0

ADL : Activities of Daily Living (indicateur de KATZ) (*)	N	%	%pond
A : Indépendant pour les 6 activités	108	86,4	84,6
B : Dépendant pour une seule des 6 activités	10	8,0	8,1
C : Dépendant pour 2 activités, dont la première	4	3,2	4,8
D : Dépendant pour 3 activités, dont les 2 premières	2	1,6	1,7
E : Dépendant pour 4 activités, dont les 3 premières	0	0,0	0,0
F : Dépendant pour 5 activités, dont les 4 premières	0	0,0	0,0
G : Dépendant pour les 6 activités	0	0,0	0,0
H : Dépendant pour au moins deux activités, sans être classable en C, D, E ou F	1	0,8	0,9
Total	125	100,0	100,0

(*) L'indicateur de Katz est une synthèse des besoins d'aide vers l'indépendance pour la réalisation de six activités de la vie quotidienne :

1 - Faire sa toilette ; 2 - S'habiller ; 3 - Aller aux toilettes et les utiliser ; 4 - Se coucher ou quitter son lit et s'asseoir ou quitter son siège ; 5 - Contrôler ses selles et ses urines ; 6 - Manger des aliments déjà préparés (cuisinés et coupés).

EHPA (indicateur croisé COLVEZ x dépendance psychique)	N	%	%pond
Dépendant psychique (totalement incohérent ou toujours désorienté, ou partiellement incohérent et parfois désorienté) :			
11 : Dépendant psychique et confiné au lit et au fauteuil (non roulant)	0	0,0	0,0
12 : Dépendant psychique non classé en 11, mais ayant besoin d'aide pour faire sa toilette OU s'habiller	13	10,4	12,4
13 : Dépendant psychique non classé en 11 ou 12, mais ayant toujours besoin d'aide pour sortir du logement	14	11,2	9,8
14 : Dépendant psychique non classé en 11, 12 ou 13	19	15,2	14,3
Indépendant psychique (totalement cohérent et jamais désorienté ou totalement cohérent et parfois désorienté ou partiellement incohérent et jamais désorienté) :			
21 : Sans dépendance psychique mais confiné au lit et au fauteuil	0	0,0	0,0
22 : Sans dépendance psychique, non classé en 21, mais ayant besoin d'aide pour faire sa toilette OU s'habiller	3	2,4	2,3
23 : Sans dépendance psychique, non classé en 21 ou 22, mais ayant toujours besoin d'aide pour sortir du logement	2	1,6	1,3
24 : Sans dépendance psychique, non classé en 21, 22 ou 23	74	59,2	60,0
Total	125	100,0	100,0

Tableau A2.35 Personnes ayant des déficiences d'ordre mental travaillant en CAT - 2 - indicateurs d'incapacités [HID-1999]

Savez-vous (sait-il) lire ?	N	%	% pond
Oui, couramment	43	34,4	31,0
Oui, mais avec difficultés	34	27,2	27,7
Non	48	38,4	41,3
Total	125	100,0	100,0

Savez-vous (sait-il) écrire ?	N	%	% pond
Oui, sans difficulté	38	30,4	26,9
Oui, mais avec quelques difficultés	37	29,6	31,6
Non	50	40,0	41,5
Total	125	100,0	100,0

Savez-vous (sait-il) compter ?	N	%	% pond
Oui, sans difficulté	42	33,6	31,9
Oui, mais avec difficultés	32	25,6	25,1
Non	51	40,8	43,0
Total	125	100,0	100,0

Actuellement, remplissez-vous sans aide les formulaires simples (chèques ou feuilles de maladie) ?	N	%	% pond
Sans objet : est placé(e) sous tutelle	11	8,9	9,0
Oui, je m'en occupe seul(e) et sans aucune difficulté	21	16,9	14,4
Oui, je m'en occupe seul(e), mais avec quelques difficultés	3	2,4	2,5
Oui, je m'en occupe seul(e), mais avec beaucoup de difficultés	1	0,8	0,5
Non, c'est mon conjoint ou quelqu'un du ménage qui s'en occupe, mais je pourrais le faire en cas de besoin	5	4,0	4,2
Non, c'est mon conjoint ou quelqu'un du ménage qui s'en occupe, et j'aurais beaucoup de difficultés à le faire en cas de besoin	46	37,1	39,4
Non, quelqu'un d'autre s'en occupe pour moi (service social...)	37	29,8	29,9
Total	124	100,0	100,0

Vous débrouillez-vous seul(e) pour commander et prendre un taxi ou pour emprunter le réseau de TC ?	N	%	% pond
Sans objet : ne sors pas	1	0,8	1,1
Oui, je le fais seul(e) et sans aucune difficulté	61	48,8	47,4
Oui, je le fais seul(e), mais avec quelques difficultés	15	12,0	8,7
Oui, je le fais seul(e), mais avec beaucoup de difficultés	5	4,0	3,3
Non, je suis accompagné(e) par un parent, ami, enfant, mais je pourrais me débrouiller seul(e) en cas de besoin	6	4,8	7,0
Non, je suis accompagné(e) par un parent, ami, enfant, et j'aurais beaucoup de difficultés à le faire seul(e) en cas de besoin	34	27,2	31,3
Non, je ne sors qu'en ambulance	3	2,4	1,2
Total	125	100,0	100,0

Tableau A2.36 Personnes ayant des déficiences d'ordre mental travaillant en CAT - 3 - incapacités [HID-1999]

Possédez-vous un permis "voiture" ?	N	%	% pond
Oui	9	7,3	7,0
Non	115	92,7	93,0
Total	124	100,0	100,0
Si non, est-ce en raison d'un problème de santé ?	N	%	% pond
Oui	99	86,1	85,9
Non	15	13,0	13,7
Ne sait pas	1	0,9	0,4
Total			
Si oui, conduisez-vous une automobile ?	N	%	% pond
Oui, régulièrement	6	66,7	54,8
Oui, occasionnellement	0	0,0	0,0
Non, plus maintenant	3	33,3	45,3
Total	9	100,0	100,0

Hier, avez-vous effectué au moins un déplacement hors de votre domicile (à partir de 4 h du matin et jusqu'à ce matin 4h) ?	N	%	% pond
Oui	112	90,3	90,9
Non	12	9,7	9,1
Total	124	100,0	100,0
Pour quelle raison ne vous êtes-vous pas déplacé hier ?	N	%	% pond
Pas besoin de me déplacer	7	58,3	62,7
Pas envie de sortir	2	16,7	19,1
J'étais provisoirement incapable de me déplacer (maladie, matern	1	8,3	1,3
Autre	2	16,7	16,9
Total	12	100,0	100,0

Avez-vous accès à un transport spécialisé pour PMR ?	N	%	% pond
Oui	13	10,5	10,0
Non, j'en aurais besoin mais leur accès m'est impossible	3	2,4	2,1
Non, je n'en ai pas besoin	108	87,1	87,9
Total	124	100,0	100,0

Pouvez-vous accéder aux TC ordinaires ?	N	%	% pond
Oui, sans difficulté	78	62,9	62,6
Oui, mais avec difficulté	28	22,6	23,8
Non, ils sont trop éloignés	1	0,8	0,5
Non, l'accès ou l'usage des véhicules est trop difficile	16	12,9	12,3
Sans objet : trop jeune	1	0,8	0,8
Total	124	100,0	100,0

Dans vos déplacements hors de votre domicile, êtes-vous gêné du fait d'un handicap ou d'un problème de santé ?	N	%	% pond
Sans objet : non autorisé à sortir	1	0,8	1,06
Pas de gêne	50	40,0	38,8
Gêné mais peut se déplacer seul sur tous itinéraires	13	10,4	10,8
Gêné mais peut se déplacer seul sur certains itinéraires	42	33,6	34,9
Ne peut se déplacer seul	19	15,2	14,5
Total	125	100,0	100,0

Tableau A2.37 Personnes ayant des déficiences d'ordre mental travaillant en CAT - 4 - déplacements [HID-1999]

Annexe 3 Tableau et figures concernant l'enquête de terrain (partie 3.3.1)

Projet POTAS – Enquête terrain ESAT Jacques Chavant et La Courbaisse, février 2010 (N=194 questionnaires)				
Q10. Actuellement, avez-vous des difficultés pour :	Non réponse	Aucune difficulté	Quelques difficultés	Beaucoup de difficultés
savoir à quel moment de la journée on est	1,5	84,5	9,3	4,6
savoir où vous vous trouvez	1,0	78,4	13,9	6,7
respecter des règles	1,0	76,8	18,6	3,6
comprendre ce qu'on vous dit	1,0	58,2	35,1	5,7
vous faire comprendre	1,0	55,7	29,4	13,9
garder des choses en mémoire	0,5	54,1	36,1	9,3
prendre des initiatives	1,5	50,0	34,5	13,9
vous concentrer	1,0	50,0	39,2	9,8
apprendre une nouvelle tâche	1,0	46,9	41,8	10,3
vous contrôler	1,5	44,3	39,2	14,9
réagir à un événement imprévu	2,6	36,6	39,7	21,1
mener une conversation	2,1	44,3	30,9	22,7
maîtriser vos émotions	1,5	35,1	40,7	22,7
être seul dans un lieu où il y a beaucoup de monde	3,1	41,2	31,4	24,2
<i>communiquer par des gestes</i>	17,5	36,6	15,5	30,4
entrer en contact avec quelqu'un que vous ne connaissez pas	3,1	32,0	30,4	34,5
être seul dans un lieu que vous ne connaissez pas	1,5	42,8	24,2	31,4
lire	1,5	42,3	20,6	35,6
écrire	1,5	34,0	27,3	37,1
% moyen	2,6	51,5	30,3	15,5

Tableau A3.1 Enquête dans les ESAT - aptitudes classées par ordre croissant de difficultés

Modes / Autonomie	Effectif	%
<i>TC ordinaires / Autonomie</i>		
Bus seul	73	37,63
2 Bus	3	1,55
3 Bus	1	0,52
Bus et Train	1	0,52
Bus et Métro	11	5,67
Bus et Tram	11	5,67
Tram et Métro	4	2,06
Tram seul	16	8,25
Métro seul	1	0,52
Bus et Tram et Métro	5	2,58
2 Bus et Tram	1	0,52
2 Bus et Métro	3	1,55
Total partiel T1	130	67,01
<i>Autres modes / Autonomie</i>		
A pieds uniquement	23	11,86
Vélo	2	1,03
Voiture_conducteur	2	1,03
Moto/scooter	1	0,52
Total partiel T2	28	14,43
<i>Autres modes / Accompagné</i>		
Voiture_passager	12	6,19
Transport spécialisé	17	8,76
Total partiel T3	29	14,95
<i>non réponse (NR)</i>	7	3,61
Total (T1+T2+T3+NR)	194	100,00

Tableau A3.2 Enquête dans les ESAT - Modes de transport et autonomie pour venir travailler

Projet POTAS – Enquête terrain ESAT Jacques Chavant et La Courbaisse, février 2010 (N=194 questionnaires)				
Q40. Lors de vos déplacements seul(e) en bus/tramway ou métro, rencontrez-vous des difficultés pour :	Non réponse	Aucune difficulté	Quelques difficultés	Beaucoup de difficultés
Savoir comment et où valider votre ticket dans le métro	6,7	77,3	3,1	12,9
Repérer l'arrêt de bus	5,7	75,3	7,7	11,3
Reconnaitre à quel arrêt vous devez descendre	5,7	75,3	7,7	11,3
Monter dans le bon bus	6,2	74,7	6,2	12,9
Choisir le bon côté de la route pour accéder à l'arrêt de bus	7,2	72,7	8,8	11,3
Savoir à quel moment demander l'arrêt du bus	7,2	71,1	7,7	13,9
Vous rendre à l'arrêt de bus à l'horaire indiqué	7,2	66,0	10,8	16,0
Choisir le bon quai pour prendre le métro	7,7	64,4	10,3	17,5
Savoir par quel chemin vous rendre à l'arrêt de bus	6,2	68,0	11,3	14,4
Repérer où en est le bus dans son trajet	8,2	61,3	14,4	16,0
Demander de l'aide en cas de problème	7,2	61,3	14,4	17,0
Identifier la direction finale du bus que vous devez prendre	7,2	58,8	14,9	19,1
Eviter les dangers potentiels	11,3	55,7	20,6	12,4
Choisir le mode de transport approprié à votre destination	6,7	52,1	13,4	27,8
Savoir le temps restant à attendre à l'arrêt	6,2	49,5	16,0	28,4
Comprendre un horaire de bus	7,2	47,4	14,9	30,4
Acheter des tickets à un guichet	9,8	53,6	7,7	28,9
Utiliser un distributeur automatique de tickets	10,3	46,9	8,8	34,0
Souscrire un abonnement pour vous déplacer	7,7	46,4	8,8	37,1
Repérer une station dans un plan de métro	7,7	45,9	9,8	36,6
Repérer un lieu dans un plan de ville	6,2	37,6	14,4	41,8
Calculer le temps de trajet à partir d'un horaire de bus	9,8	32,0	14,4	43,8
% moyen	7,5	65,6	11,2	16,2

Tableau A3.3 Enquête dans les ESAT - difficultés dans les transports classées par ordre croissant de difficultés

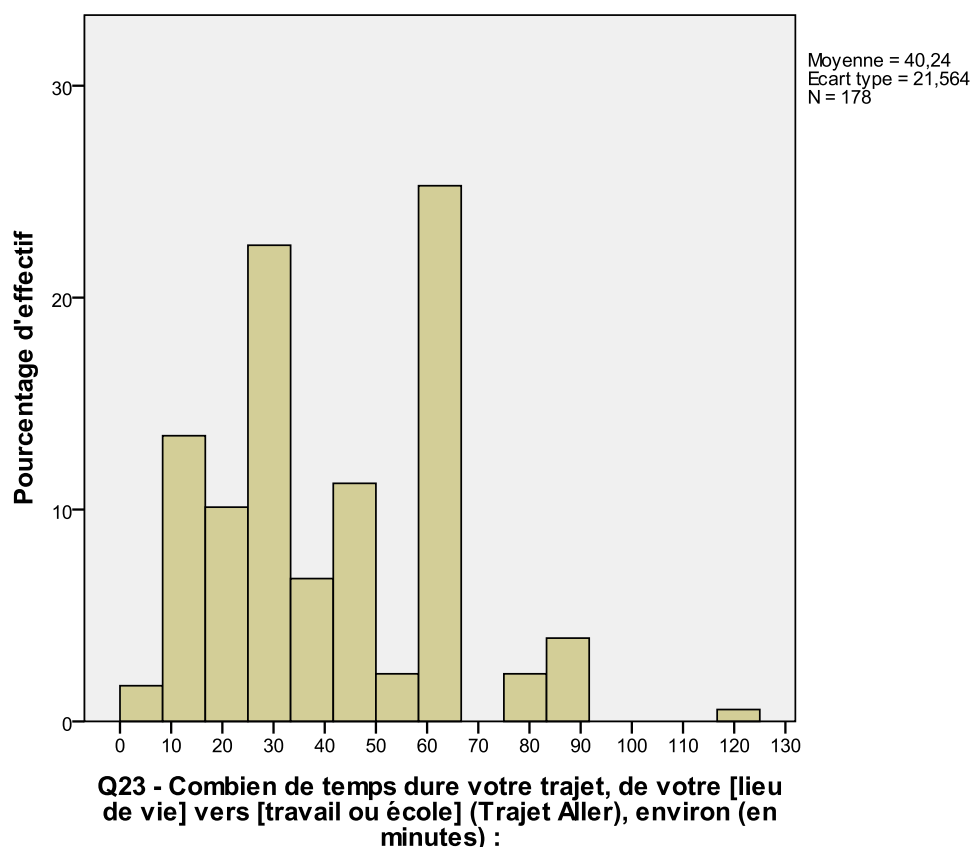


Figure A3.1 : Enquête dans les ESAT - temps de trajet domicile-travail

Projet POTAS – Enquête terrain ESAT Jacques Chavant et La Courbaisse, février 2010 (N=194 questionnaires)		
Q42. Inscrivez une croix dans la case correspondant à une situation qui vous rend anxieux(se)	Effectif	%
Quand le bus dans lequel vous êtes change d'itinéraire de manière imprévue	64	33,0
Quand il y a beaucoup de monde dans le bus	60	30,9
Quand vous utilisez les distributeurs automatiques de tickets	23	11,9
Quand vous empruntez les souterrains pour prendre le métro	23	11,9
Quand vous attendez le bus	21	10,8
Autre situation (évocation libre) :	13	6,7
Retard du bus	2	1,0
Lorsque je suis en retard / peur d'arriver en retard	2	1,0
Les grèves de bus (perturbation) / grèves ou intempéries	2	1,0
Quand il faut aller au travail	1	0,5
En soirée parfois	1	0,5
Me faire bousculer quand je tamponne mon ticket, je vais trop doucement au regard des autres	1	0,5
Conflit éventuel avec d'autres utilisateurs	1	0,5
Non fonctionnement de la machine pour contrôler la carte d'abonnement	1	0,5
Pratiquement toutes les situations	1	0,5

Tableau A3.4 Enquête dans les ESAT – Situations provoquant de l'anxiété dans les TC

Annexe 4 Liste des associations et personnes rencontrées pour l'enquête de terrain

Association Départementale de parents et amis de personnes handicapées mentales, ADAPEI du Rhône, Lyon

Correspondants : M. Le Maire (secrétaire général) et M. Combe (commission accessibilité)

Le questionnaire POTAS a été transmis aux ESAT « Jacques Chavent » situé à Vénissieux (banlieue de Lyon), et « La Courbaisse » situé à Lyon (8^{ème} arrondissement) et rempli avec l'aide de moniteurs de ces deux établissements.

Association Autistes dans la cité, Saint-Etienne

Correspondant : Mme Langloys (présidente)

Association France Alzheimer Rhône, Lyon

Correspondant : M. Carrel (président)

Association UNAFAM (Union Nationale des Familles et Amis de malades psychiques), Délégation du Rhône, Lyon

Correspondant : Mme Mignotte (présidente)

Association Avenir Dysphasie Rhône, Bron

Correspondant : M. Trauchessec (président)

Centre Médico-Psychologique pour adultes de Meyzieu (Rhône)

Correspondant : M. Cochet (psychologue clinicien auprès de personnes schizophrènes)

Association 123dys « Compter avec les dyspraxiques », Ecully, Rhône

Correspondant : Mme de Bellescize (présidente)