

De l'enfance à l'adolescence : la participation aux activités de loisirs et de vacances en situation de handicap

La Loi de Février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées pose le principe de « l'accès de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et son maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie » (titre I, article 2). Pour les enfants et les jeunes, elle met l'accent sur la scolarité avec l'obligation pour la collectivité nationale de « mettre en place les moyens financiers et humains nécessaires à la scolarisation en milieu ordinaire » (titre IV article 19) ou de proposer des réponses adaptées à leurs besoins. Mais les autres aspects de leur vie sociale, et notamment les activités liées au temps libre, ne sont pas spécifiquement abordés¹. Les travaux sur le sujet font d'ailleurs défaut², les débats et études étant le plus souvent centrés sur la question de la scolarisation.

Pourtant, comme le souligne le dernier rapport de l'Observatoire National sur la Formation, la Recherche et l'Innovation sur le Handicap « l'enfant ne se résume pas à son statut d'élève (...) il a le droit de participer à la vie de la cité : vie sportive, artistique culturelle et de loisirs »³ et de nombreux travaux, certes en majorité anglo-saxons, montrent que les activités liées aux temps libre contribuent de manière spécifique au développement (Kindelberger, Le Floc'h & Clarisse 2007 ; Bruniaux & Galtier 2003) et à l'intégration sociale (CERC 2005 ; Bynner 2000) de tous les enfants et adolescents, et plus particulièrement encore de ceux atteints d'altérations physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques (Sommelet 2006).

Dans ce contexte, L'OVLEJ a souhaité s'intéresser au temps libre des enfants et adolescents en situation de handicap et analyser plus particulièrement leur accès aux activités de loisirs et de vacances. L'objectif est double : nourrir la réflexion et les actions des membres de l'OVLEJ et de leurs partenaires, engagés depuis plus de 10 ans sur la question.⁴ et contribuer aux recherches actuelles menées sur le handicap, plus spécifiquement sur le thème de la participation à la vie sociale. Cette étude s'inscrit ainsi dans le cadre de programmes conduits et financés par l'Institut de Recherche en Santé Publique et l'Association des Paralysés de France⁵.

¹C'est ce que soulignait également le dernier rapport de la Conférence de famille. Péquignot, JP, *Temps de la famille, temps des enfants : des espaces de loisirs*, Conférence de la famille, Avril 2007.

² Cf. Péquignot op. cit., le Collège de la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité (HALDE) sur la scolarisation des enfants handicapés (délibération n°2009-102 du 16 Février 2009) recommande également de mesurer la présence effective des élèves handicapés dans le cadre des activités périscolaires.

³ ONFRIH, rapport 2008, Mars 2009, p.108.

⁴ La « Charte de déontologie pour l'accueil des personnes handicapées dans les centres de vacances et de loisirs non spécialisés » signée en 1997 sous le patronage du Ministère de la Jeunesse et des Sports, compte aujourd'hui près de 80 organismes adhérents. Afin de favoriser sa mise en œuvre, ont notamment été réalisés en 2001 des guides méthodologiques à destination des organisateurs des accueils de loisirs et de vacances et des formateurs. Parallèlement, suite aux rapports du Conseil National du Tourisme (Gagneux 1999 et Dumez 2004), la cellule de coordination nationale « tourisme et handicap » créé en 1994 s'est transformée en 2001 en association. Elle a notamment pour objectifs de sensibiliser les professionnels du tourisme et de mettre en œuvre le label Tourisme et Handicap.

⁵ L'étude de l'OVLEJ a été retenue dans le cadre de l'appel à projets 2007 de l'Association des Paralysés de France (APF) et de celui de l'IRESP intitulé « Le handicap, nouvel enjeu de santé publique », financé par de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm) et la Mission de la Recherche de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (MiRe DREES Ministère de la Santé).

Une approche comparative

L'analyse de la participation des enfants et jeunes en situation de handicap aux activités de loisirs et de vacances s'inscrit dans une étude plus large conduite par l'OVLEJ et portant sur l'organisation du temps libre de la population scolarisée de la maternelle au lycée. Cette étude s'appuie sur les données issues de l'Enquête Permanente des Conditions de Vie des ménages (EPCV), réalisée par l'INSEE en Octobre 2003 sur le thème « Education et Famille ».

L'objectif est de décrire les pratiques de loisirs et de vacances observées par l'EPCV sur le temps extrascolaire (le soir, le mercredi) et pendant les congés d'été, et d'identifier les facteurs déterminants l'accès à ces pratiques (âge, caractéristiques socioéconomiques, modalités de l'activité professionnelle des parents...).

L'étude vise également à analyser la manière dont s'organise le temps libre des enfants et des jeunes, entre ces différentes activités, et à dégager des typologies de pratiques.

La fréquentation des accueils collectifs le soir après la classe est-elle liée à celle des centres de loisirs le mercredi, et/ou pendant les vacances d'été ? Aux départs en colo ? Ces pratiques complètent-elles ou compensent-elles les séjours avec les parents, ou ceux se déroulant chez un membre de la famille ?

Il s'agit ainsi de comprendre les logiques qui structurent la participation à ces activités et l'organisation du temps libre, en observant les évolutions de la maternelle au lycée.

Cette analyse a été conduite pour l'ensemble de la population scolarisée, et parmi celle-ci pour les enfants et jeunes en situation de handicap.

A âge égal et caractéristiques socio-économiques comparables, ces enfants et jeunes ont-ils accès aux mêmes pratiques que les autres ? Leur temps libre s'organise-t-il de manière spécifique ? Dans quelle mesure, la ou les situations de handicap constituent-elles un obstacle à leur participation aux activités de loisirs et de vacances observées chez leurs pairs ?

Source

Jusqu'en 2004, les Enquêtes Permanentes des Conditions de Vie des ménages (EPCV) étaient menées trois fois par an, celles-ci comportaient une partie fixe (dite « indicateurs sociaux ») et une partie variable, sur une thématique spécifique. L'EPCV « Education et famille » avait pour objectif d'interroger dans leur globalité les pratiques et attitudes éducatives des parents : organisation de la scolarité, choix de l'établissement, contacts avec les enseignants, aide aux devoirs, argent de poche, conflits parents/enfants, sorties etc... La thématique de l'aide aux devoirs est au centre des travaux publiés à partir de cette enquête (Gouyon 2004, Rosenwald, Tomasini 2005). Parmi les thématiques abordées figurent l'organisation du temps extrascolaire des enfants les modes de vacances d'été et les activités de loisirs en clubs, conservatoires, associations. Les collégiens et lycéens étaient également interrogés sur leurs pratiques de loisirs « informelles » (lecture, télévision, jeux vidéo et internet) et leurs réseaux amicaux.

L'enquête a porté sur un échantillon de 4 114 ménages résidant en France métropolitaine, et pour chaque ménage un enfant était tiré au sort parmi ceux de 2 à 25 ans scolarisés à la rentrée 2003. L'enquête a été réalisée durant sur l'année scolaire 2002-2003. Notre étude s'intéressant à l'organisation du temps libre et particulièrement à la fréquentation des accueils collectifs, nous avons exclu de l'échantillon traité les enfants non scolarisés pendant l'année de référence et ceux suivant des études supérieures. L'analyse porte sur un échantillon de 3 456 enfants et adolescents scolarisés en 2002-2003 de la maternelle au lycée, une variable de pondération INSEE permettant de redresser l'échantillon par rapport à la structure de la population de référence

De la déficience à la situation de handicap

La situation de handicap est identifiée dans l'enquête EPCV « Education et famille » à travers une question posée aux parents : « *votre enfant⁶ est-il atteint d'un handicap gênant pour sa scolarité ?* ». C'est donc la perception des parents concernant les conséquences d'une déficience, altération ou problème de santé sur la scolarité de leur enfant qui définit ici la situation handicap.

Cette approche s'inscrit notamment dans la lignée de la dernière Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (dite CIF 2001)⁷ qui conçoit le handicap comme une situation où interagissent les caractéristiques de la personne et celle de son environnement⁸.

A la différence des classifications précédentes, la CIF s'intéresse non pas aux conséquences de la maladie, mais à l'ensemble des composantes de la santé, définie comme un bien être physique, mental et social. Sont ainsi pris en compte les facteurs liés à l'environnement physique, au contexte social mais également aux attitudes ou comportements qui peuvent avoir un effet facilitateur pour la personne, améliorer sa santé, favoriser sa participation sociale, ou au contraire constituer un obstacle et contribuer ainsi à faire d'une situation, une « situation de handicap » pour cette personne.

On pense le plus souvent à l'accessibilité d'un lieu, celui-ci produisant une situation de handicap s'il ne permet pas aux personnes en fauteuil roulant d'y entrer (Assante 2000). Cette terminologie « *loin d'être politiquement correcte, a l'avantage d'indiquer que le handicap est le résultat d'une déficience et⁹ d'une réponse sociale, c'est-à-dire d'une situation faite aux handicapés par l'accueil qui leur est réservé dans la société* » (Kristeva 2005). Pour reprendre plus précisément les termes de la CIF, il s'agit de définir le handicap « *comme une restriction de la participation sociale résultant de l'interaction entre une limitation d'activité, consécutive à un problème de santé* » (ne pas pouvoir marcher pour suivre notre exemple), » *et des obstacles environnementaux* » (pas de rampe, ni d'ascenseur). (ONFRIH 2008).

Entre données administratives et perception des parents

Dans le cadre de l'EPCV, c'est la limitation d'activité, liée à une altération de la santé (au sens large) et concernant la scolarité, qui identifie le handicap de l'enfant ou de l'adolescent. Les parents sont interrogés, non pas sur la seule présence d'une déficience, mais sur l'interaction entre celle-ci et l'environnement, ici l'école et exclusivement celle-ci. Une seule question leur était en effet posée. On peut regretter le caractère unidimensionnel de cette approche. La déclaration des parents ne peut être croisée, par exemple, avec le besoin d'aides humaines ou matérielles, l'auto-attribution du handicap ou sa reconnaissance administrative, comme cela a pu être fait dans l'enquête Handicap Invalidité Dépendance (dite HID, INSEE 1998 à 2001).

⁶ Le questionnaire portait sur un enfant tiré au sort, voir encadré « source ».

⁷ En 2007, l'OMS a publié une version de la CIF visant à prendre en compte la spécificité de la question de la santé et du handicap de la petite enfance à l'adolescence. *L'International Classification of Functioning, Disability and Health, Children and Youth*, ICF-CY a été traduite en français en 2008 (cf. Bibliographie en fin de document).

⁸ Cette conception, qualifiée habituellement de « modèle social » du handicap, a été promue par l'impulsion de la mobilisation internationale issue des mouvements de personnes handicapées pour la reconnaissance de leurs droits, relayée par la politique volontariste de l'ONU sur ce sujet à partir de 1975 et la constitution d'un champ académique sur le handicap (disability studies) (Barral 2008). Ce modèle dit social s'oppose au modèle prévalent dans la précédente classification, modèle individuel et médical sous tendu par une conception linéaire de cause à effet entre déficience et désavantages sociaux (Albrecht, Ravaut, Stiker, 2001).

⁹ Souligné par l'auteur. Notons en effet la loi de Février 2005 est en retrait sur ce point. Si elle reprend les termes de la CIF, leur agencement réintroduit « *la déficience comme cause princeps du handicap* » et « *exonère l'environnement de toute responsabilité dans une situation de handicap* » (Barral 2008), ou tout au moins « *la définition* (du handicap par la loi) *n'oblige pas de la même façon* » à agir sur l'environnement (Stiker 2009) ; Titre 1 article 2 « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Mais selon les analyses menées à partir de cette enquête, c'est bien la limitation d'activité qui constitue le déterminant majeur de la déclaration de handicap par les personnes concernées (Ravaud, Letourmy, Ville 2001), et l'on peut penser, que pour les enfants et les adolescents, l'environnement scolaire joue un rôle central.

Très ciblée, l'approche du handicap dans le cadre de l'EPCV « Education et famille » rejoint celle d'enquêtes plus spécifiques sur le sujet et conduit à des résultats convergents quant au dénombrement de la population concernée.

L'EPCV « Education et famille » relève en effet parmi les élèves scolarisés de la maternelle au lycée, 16 % d'enfants et d'adolescents atteints d'un ou plusieurs « handicap(s) gênant pour leur scolarité », si on exclut la catégorie « allergie et l'asthme » (cf. encadré 2 : les catégories de déficience dans l'EPCV « Education et famille ») et 22 % pour l'ensemble des types d'altérations proposés par le questionnaire. L'enquête HID (1998-1999) recensait 26 % des 0-19 ans¹⁰ concernés par une ou plusieurs déficiences d'ordre physique, sensorielle ou mentale affectant leur vie quotidienne (Brouard 2004). On retrouve des chiffres comparables dans l'enquête conduite par l'OCDE en 1995 : le rapport britannique estimait à 20 % le pourcentage d'élèves présentant au cours de leur scolarité des « besoins éducatifs spécifiques », 17 % pour la Finlande mais seulement 3.5 % pour la France (Plaisance 2007).

Selon les enquêtes épidémiologiques françaises, dont les résultats convergent avec celles d'autres pays, autour de 2 % des 0-19 ans seraient atteints de déficience(s) (Brouard, 2004, Espagnol, Prochandy 2007), correspondant à des pathologies ou altérations suffisamment sévères pour nécessiter une prise en charge et un enregistrement auprès des services spécialisés¹¹. Ainsi, en 2005-2006, l'Education Nationale recensait en France 227 800 enfants et adolescents en situation de handicap, soit 1,9 % de la population scolarisée dans le premier et le second degré ordinaire, public et privé, et les établissements spécialisés¹² ; 66 % d'entre eux étaient scolarisés dans les structures scolaires ordinaires représentant 1.2 % de l'ensemble des élèves des premier et second degrés, privé et public (Rosenwald 2007)¹³. Le nombre d'enfants et de jeunes concernés par l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH versée par les CAF) reste au fil des années légèrement inférieur à celui des élèves en situation de handicap recensés par l'Education Nationale (138 000 en 2005 ; Bourgeois, Duée 2007).

Les catégories de déficiences dans l'EPCV Education et famille (extrait du questionnaire INSEE)

Votre enfant est-il atteint d'un handicap gênant pour sa scolarité, comme par exemple :

1. Une vue déficiente (que les lunettes ne peuvent corriger) ?.....oui/non
2. Un problème d'audition ?.....oui/non
3. Un défaut de langage ?oui/non
4. Un problème orthopédique ? oui/non
5. Un autre handicap physique ?..... oui/non
6. Une difficulté d'apprentissage du type dyslexie ?.....oui/non
(La dyslexie est un trouble neurologique qui se traduit par une difficulté à lire et à comprendre sans de fréquents arrêts)
7. Un problème psychologique ? oui/non
8. Un retard mental ? oui/non
9. Une allergie ou un asthme gênant pour sa scolarité ? oui/non
10. Un autre problème de santé ?oui/non

¹⁰Parmi eux, 1.2 % vivaient en institution au moment de l'enquête (1998-1999), soit 0.3 % des 0-19 ans. A titre de comparaison pour l'ensemble des classes d'âge, la proportion de personnes atteintes d'une ou plusieurs déficiences s'élevait à plus de 39 %, près de 3 % d'entre elles vivant en institutions, soit 1.1 % de l'ensemble de la population (Brouard 2004).

¹¹ Pour la France, ces chiffres proviennent des anciennes Commissions Départementales d'éducation spéciale (Ravaud, Delcey, Abdou 2002).

¹² *Repères et références*, Ministère de l'Education Nationale, édition 2004

¹³ Cette proportion est de 1.7 % pour l'année 2007-2008 (*Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche*, Ministère de l'Education Nationale, édition 2008). Les élèves recensés sont ceux bénéficiant d'un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) ou d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI), P.F. Gachet, DGESCO, « La loi de Février 2005 : un premier bilan ? », *Le handicap à l'école*, journée d'étude INRP, Mars 2009.

De la reconnaissance administrative ouvrant droit au versement d'une prestation à l'évaluation de difficultés rencontrées dans la vie quotidienne (HID) et la scolarité (EPCV Education et famille), le dénombrement de la population en situation de handicap connaît des variations importantes.

L'amplitude de ces variations dépend par ailleurs du type de déficience considérée.

Ainsi la perception des parents interrogés par l'INSEE se rapproche de celle de l'administration scolaire concernant les formes d'altérations qu'ils ont pu considérer comme les plus graves au regard de la formulation des items du questionnaire : le « retard mental » concerne selon les parents 0.5 %¹⁴ de la population scolaire et 0.8 % en 2007 selon l'Education Nationale, la catégorie « autre handicap physique » représente 1.1 % des enfants et jeunes dans les données INSEE et 0.4 % quand cette altération n'est pas associée, 0.1% selon les chiffres de l'administration scolaire (graphiques 1 et 2). Il en est de même pour les « problèmes d'audition », sans doute objectivés par la nécessité d'un appareillage spécifique.

Sur la question des modes de scolarisation, les déclarations des parents dans le cadre de l'EPCV rejoignent également les données de l'Education Nationale. En 2002-2003, les classes spécialisées accueillaient 1.4 % des élèves du premier degré, les SEGPA et UPI 1.9 % des collégiens, 0.4 %¹⁵ et 1.1 % selon les parents. Ce sont, selon les deux sources, plus fréquemment les élèves atteints de troubles des fonctions supérieures¹⁶ qui suivent une scolarité adaptée. D'autre part, les établissements spécialisés (médico-éducatifs) recevaient en 2005-2006 0.5 % de la population scolaire (Rosenwald 2007), 0.3 % selon les parents (EPCV 2003).

A l'exception donc des modes de scolarisation et de la prévalence des catégories « retard mental » et « autre handicap physique », l'écart est important entre la perception des parents et les données de l'Education Nationale.

¹⁴ Le graphique 2 présente les données de l'Education Nationale pour 2005-2006, année la plus proche de celle de l'EPCV, une seule catégorie « atteinte intellectuelle et mentale » recouvre les problèmes psychologiques et les atteintes intellectuelles, elles sont distinguées pour 2007, cf. note 18.

¹⁵ avec un intervalle de confiance compris entre 0.05 et 1 %.

¹⁶ Les déficiences des fonctions supérieures englobent les déficiences intellectuelles et les troubles psychiques.

On peut y voir la conséquence de l'absence d'indicateurs précis de sévérité de l'altération dans le questionnaire INSEE définit, comme cela a été souligné pour l'enquête HID.

La population ainsi définie s'avère hétérogène et plus large que celle recensée par l'administration, mais à la mesure de la perception des parents dans le contexte scolaire.

Ainsi, la catégorie « allergie et asthme » est fortement représentée dans leurs réponses et contribue à augmenter le poids de l'ensemble des « déficiences viscérales, métaboliques ou nutritionnelles » par rapport aux données administratives. Il en est de même pour les troubles de la fonction visuelle (0.1 % et 2.7 %, graphique 2).

Mais surtout les déclarations des parents expriment une conception « plurifactorielle » de la situation de handicap quand l'Education Nationale cherche plutôt à identifier une altération « principale ».

Selon les premiers, 30% des enfants et adolescents en situation de handicap concernés sont atteints de déficiences associées (touchant des fonctions différentes, graphique 2) si l'on exclue la catégorie « allergie et asthme », 24 % pour l'ensemble des catégories, et seulement 6 % selon l'administration scolaire.

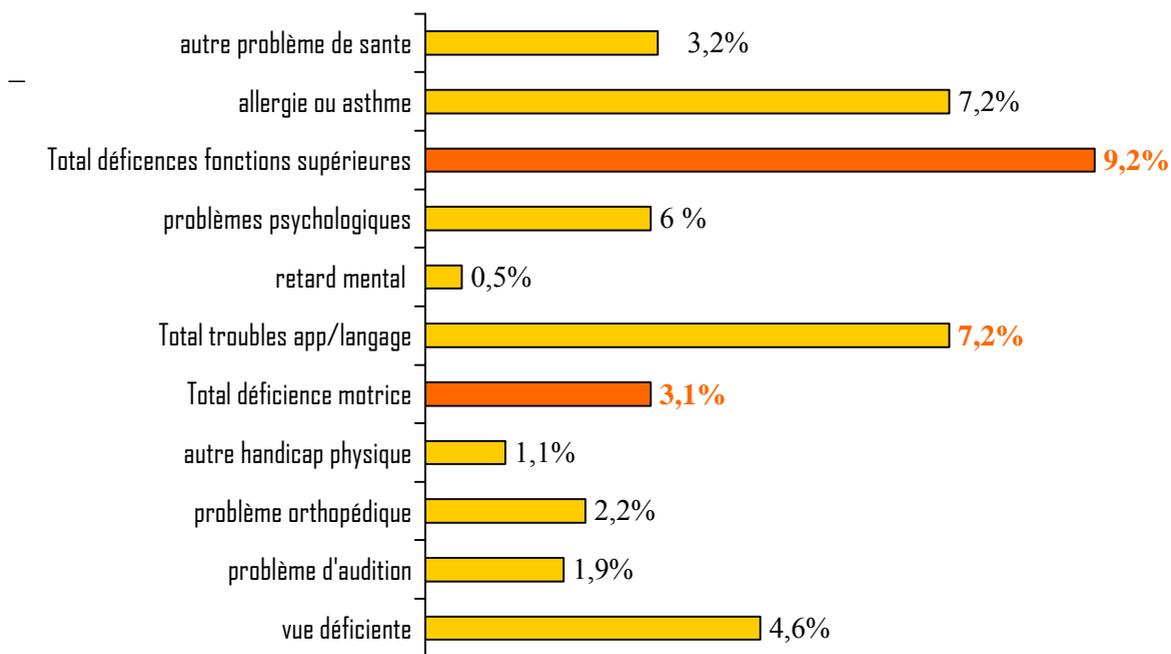
De plus, les parents se montrent particulièrement attentifs aux troubles de l'apprentissage et du langage (non associés à un retard mental ou un problème psychologique, soit 3.9 % de notre population).

Leur estimation de la proportion d'élèves concernés rejoint les résultats d'enquêtes épidémiologiques internationales, relevant 4 à 6 % de la population scolaire atteinte de « troubles développementaux spécifiques des apprentissages ».

En France, cette proportion serait comprise « entre 2 % et 10 %, selon les modalités d'évaluation et les définitions employées » (Douret, Tursz 1999 ; Académie de Versailles 2007).¹⁷ On ne peut que s'étonner que l'Education Nationale l'estime seulement à 0.1 %.

¹⁷ Correspondant donc à la catégorie « troubles spécifiques des apprentissages » utilisée en 2008 par l'EN et recouvrant l'ancienne terminologie « troubles du langage et de la parole ».

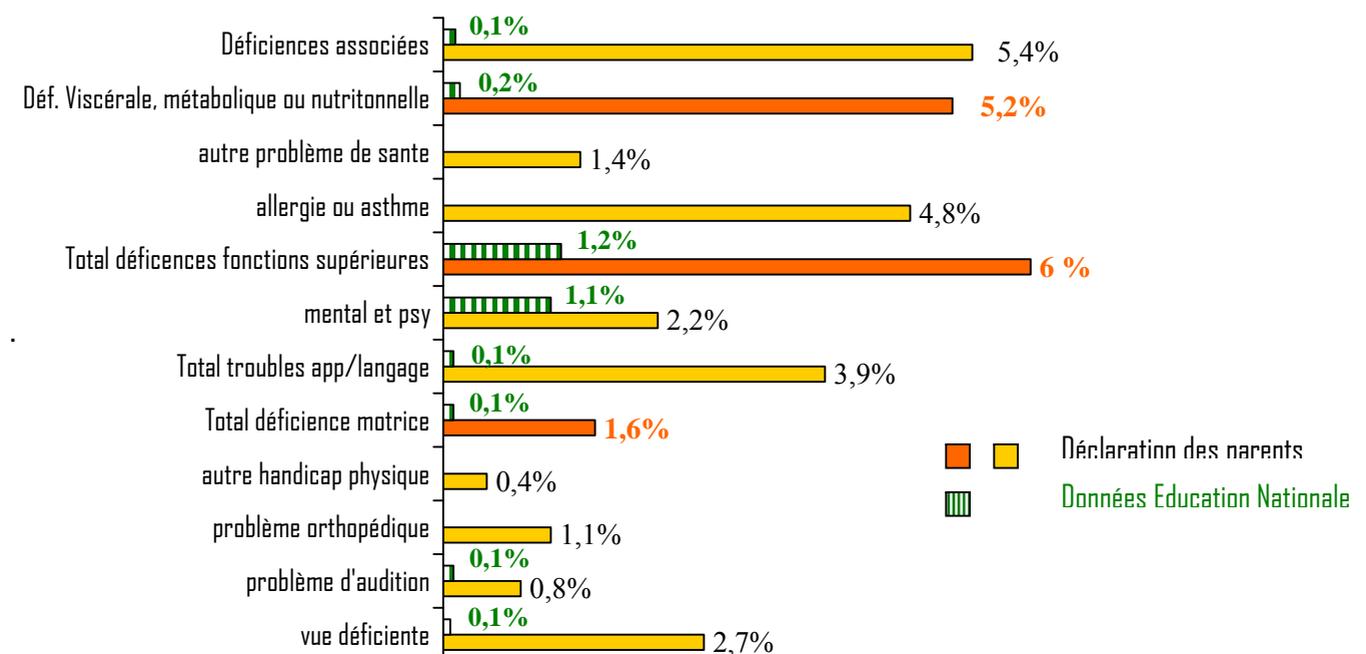
Graphique 1 : % d'enfants et d'adolescents en situation de handicap selon le type d'altération parmi la population scolarisée de la maternelle au lycée - déclaration des parents



Source : EPCV « Education et famille » 2003 – DVLEJ

La catégorie « total déficience motrice » regroupe « autre handicap physique » et « problème orthopédique ». La catégorie « total troubles de l'apprentissage et de la parole » rassemble « défaut de langage » et « difficultés d'apprentissage type dyslexie ». Les troubles de l'apprentissage et de la parole, le « retard mental » et les « problèmes psychologiques » sont inclus dans la catégorie « total déficiences des fonctions supérieures ».

Graphique 2 : % d'enfants et d'adolescents en situation de handicap selon le type d'altération parmi la population scolarisée de la maternelle au lycée déclaration des parents et données Education Nationale



Source : EPCV « Education et famille » 2003 – DVLEJ – *Repères et références statistiques*, édition 2006, Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche ; Rosenwald, 2007

NB : Pour 2007-2008, la terminologie utilisée par l'Education Nationale s'est rapprochée de celle préconisée par la CIF, les « troubles du langage et de la parole » sont devenus « troubles spécifiques des apprentissages (dyslexie, dysphasie, dyspraxie...) », la catégorie « atteinte intellectuelle et mentale » a été scindée en « troubles des fonctions cognitives » et « troubles psychiques ». La prévalence totale est restée comparable à celle observée l'année précédente. (*Repères et références statistiques*, éd. 2008).

« Ce qui est révélé, ce n'est donc pas le plus ou moins grand nombre d'enfants avec besoins particuliers selon les pays, mais plutôt la traduction chiffrée du système de repérage mené, des classifications de base et des mesures particulières opérées à tel ou tel endroit » (Plaisance 2007). L'analyse d'Eric Plaisance portant sur la comparaison internationale de données « officielles » peut être transposée, au sein du même pays, sur les différences de perception selon les acteurs. Ainsi, celle des parents interrogés par l'INSEE apparaît plus proche, en terme de dénombrement global, de la notion d'élèves à « besoins spécifiques » présente en Grande-Bretagne ou en Finlande que des catégories administratives françaises. Et parmi les parents, on observe également des variations.

Il s'agit bien en effet dans leurs réponses à la question concernant « la présence d'un handicap gênant pour la scolarité de leur enfant », d'interaction entre une déficience et l'école. Leur perception des difficultés rencontrées par leur enfant dépend donc des normes scolaires, relatives notamment à ce qui est attendu pour chaque tranche d'âge. Mais cette perception varie également avec leur propre relation à ces normes et à l'école en général.

Une perception relative... aux normes scolaires

Ainsi, à situation socioéconomique égale (tableau 1), les enfants scolarisés en maternelle (4-6 ans), et plus faiblement pour ceux du primaire (7-10 ans) seraient plus fréquemment atteints d'un défaut de langage. Quand cette forme d'altération est isolée, les moins de 6 ans apparaissent davantage concernés. Mais à partir de 7 ans, ce sont les difficultés « d'apprentissage de type dyslexie » qui deviennent plus prégnantes ainsi que les problèmes psychologiques.

Marquée par le début de l'apprentissage de la lecture, l'entrée en primaire contribue à révéler des troubles spécifiques à cet apprentissage. Cette période peut être également considérée comme propice au dépistage et à la prise en charge de problèmes psychologiques ou de troubles de la vue ou de l'audition (tableau 1). C'est en revanche après 13 ans que la catégorie « autre handicap physique » tend à être plus fréquente, comme si, cette forme de déficience se confirmait, au regard du développement physique de l'enfant, mais peut être devenait une « gêne » plus importante à partir de l'entrée au collège en termes, sans doute, d'intégration.

au niveau d'étude des parents

Cette « gêne » serait par ailleurs, ressentie encore plus fortement par les familles à faible niveau d'études. En effet à âge égal, celles-ci déclarent plus fréquemment que leur enfant est entravé dans sa scolarité en raison d'un « autre handicap physique ». Il en est de même pour la déficience visuelle, les troubles du langage associés à une autre forme d'altération et les « difficultés d'apprentissage de type dyslexie ».

Celles-ci sont également plus prégnantes pour les familles d'employés. A l'inverse, la parents ayant suivi des études supérieures, plus particulièrement pour les mères, auraient moins tendance à considérer que leur enfant est atteint d'un trouble du langage (tableau 1).

En revanche, la prévalence des catégories « retard mental » ou « autre handicap physique » associé à un problème de santé, sans doute parce qu'elles recouvrent des déficiences plus sévères que les autres, s'avèrent indépendantes du niveau socioculturel des parents ou de l'âge de l'enfant¹⁸. On observe la même indépendance pour les problèmes orthopédiques, peut être en raison cette fois de leur faible impact à la fois sur les apprentissages et sur l'intégration.

Pour les autres types d'altérations, on observe ainsi **l'effet de représentations du handicap, variables selon les milieux socioculturels, mais également de perceptions différentes quant aux conséquences de celui-ci sur la scolarité**. On peut faire l'hypothèse que les familles à niveau d'études élevé estiment plus aisément que les autres qu'elles auront les ressources (éducatives, mais également en termes d'information, ou de relations à l'institution scolaire) pour favoriser la scolarité de leur enfant, avec et malgré ses difficultés spécifiques¹⁹.

¹⁸ Ces modèles sont les plus explicatifs (tableau 1).

¹⁹ Ainsi « les familles d'artisans, de commerçants, de chefs d'entreprise, de cadres ou d'employés apprécient plus le cadre scolaire de leur enfant que les ouvriers » (Lo 2007). L'enquête HID montre également l'existence d'inégalités sociales en matière d'auto-déclarations d'une déficience, de modes de prise en charge des enfants (institution ou maintien à domicile), mais également de difficultés rencontrées dans la vie quotidienne (Mormiche 2000).

Mais à l'exception de la catégorie « autre handicap physique », c'est l'âge de l'enfant qui apparaît avoir l'impact le plus important soulignant ainsi **la relation entre la perception des parents et le développement attendu de l'enfant, au regard notamment des apprentissages scolaires.**

Tableau 1 : **Impact des caractéristiques socioéconomiques de la famille et de l'âge de l'enfant sur la déclaration des parents**

Ce tableau présente les résultats de modèles de régression logistique visant à identifier l'impact spécifique de chaque variable considérée (âge de l'enfant, niveau de revenu du ménage, Profession et Catégorie Socioprofessionnelle de la personne de référence, niveau d'étude de chacun des parents) sur la présence/absence d'un « handicap gênant pour la scolarité de leur enfant » selon les parents.

Types de déficiences EPCV « Education et famille » 2003	% pour la situation de référence	Niveau d'étude de la mère	Niveau d'étude du père	Profession et Catégorie Socioprofessionnelle de la personne de référence	Catégorie d'âge
Vue déficiente	2.6 %	<i>Etudes sup</i> : -1.2*	1 ^{er} cycle : +2.7	<i>Professions intermédiaires</i> : +1.9	7.-10 ans : +1.7 + 20 ans : +6.5
Problème d'audition	1.3 %	NS	<i>Primaire ou inférieur</i> : +2*	<i>Artisans, commerçants</i> : +0.7 *	7-10 ans : +1.5 +20 ans : +7
Défaut de langage	1.5 %	Etudes sup : -1.3	NS	NS	4 à 6 ans : +6.5 7 à 10 ans : +4
Défaut de langage isolé	0.5 %	Etudes sup : -0.5	NS	NS	4 à 6 ans : +5.4 7 à 10 ans : +1.7
Défaut de langage associé	0.9 %	Etudes sup : -0.9	1^{er} cycle : +1.6 2^{ème} cycle : +1.7	NS	4 à 6 ans : +1.9 7 à 10 ans : +2.1
Autre handicap physique	1.7 %	Primaire ou inférieur : +3.9 2^{ème} cycle : +2.5	NS	NS	4-6 ans : -1.2* 7-10 ans : -1.1* 11-13 ans : -1.2*
Difficultés d'apprentissage, type dyslexie	2.7 %	<i>Primaire ou inférieur</i> : +2.5 * 1^{er} cycle : +2.1	NS	Employés : +2.5	7-10 ans : +3.8
Problèmes psychologiques	3.4 %	NS	NS	NS	7-10 ans : +3.8
Allergie asthme	4.8 %	<i>Technique ou prof long</i> : -2.3 * Etudes sup : -1.8	NS	NS	4-6 ans : +3.2 7 à 10 ans : +2.5*

Lecture : si la mère a suivi des études supérieures, la probabilité de déclarer que l'enfant est atteint d'une vue déficiente se réduit de 1.2 point par rapport à la situation de référence (niveau d'études des parents technique court, revenu 23 à 27 000 €, personne de référence ouvrier, enfant de 14 à 17 ans). Dans cette situation, 2.6 % des enfants et adolescents sont atteints selon leurs parents d'une vue déficiente.

* : Les résultats en italique montrent seulement des tendances statistiques ($p > 0.5$ et $< .10$).

NS : l'effet de la variable n'est pas statistiquement significatif.

Ne sont pas présentés les modèles concernant les types de déficiences pour lesquelles les variables considérées n'ont aucun impact sur la déclaration des parents. Les catégories générales regroupant des déficiences touchant les mêmes fonctions (sensorielles, motrices, fonctions supérieures) ne varient pas. Soulignons de plus que l'on n'observe aucun impact de la variable revenu. Les modèles réalisés rendent compte de 6 à 17 % de la variance (R2 de Nagelkerke), selon les types d'altérations. Les modèles les plus explicatifs concernent les catégories « retard mental » et « autre handicap physique associé à un problème de santé » (17 et 29 %). Pour la catégorie, « problèmes orthopédiques » : 9 %. Pour celles pour lesquelles on observe un impact statistiquement significatif d'une ou plusieurs variables : 6 % pour « problèmes psychologiques », 8 % « vue déficiente », 9 % pour « difficultés d'apprentissage de type dyslexie », 10 % pour « problème d'audition », 13 % pour « défaut de langage associé », 14 % pour la catégorie générale « défaut de langage », 17 % pour « défaut de langage seul », 16 % pour « autre handicap physique », 3 % pour l'allergie et l'asthme.

Ces enfants et adolescents considérés par leurs parents comme étant en situation de handicap au regard de leur scolarité, ont-ils accès, comme leurs pairs, aux pratiques de loisirs et de vacances observées dans l'enquête EPCV ? Leur temps libre s'organise-t-il de manière spécifique ?

Cette enquête interrogeait les parents sur l'organisation du temps extrascolaire (soir et mercredi) et les vacances d'été de leur enfant. Concernant le temps extrascolaire, nous nous sommes plus particulièrement intéressés aux pratiques collectives²⁰ : accueil le soir après la classe ou le mercredi et pratique d'une activité de loisirs en club, en conservatoire ou association. Pour la période des congés d'été, nous avons pris en compte l'ensemble des pratiques de vacances identifiées dans l'enquête²¹ : départ en vacances en famille, sans les parents chez un membre de la famille, séjour linguistique, séjour en groupe organisé (colo, camp...), fréquentation d'un centre aéré ou d'un club pour adolescent, départ avec des amis sans encadrement.

L'analyse s'est déroulée en trois phases (cf. encadré Méthodologie) :

- 1- Nous nous sommes intéressés à **la participation de ces enfants et jeunes à chacune des pratiques observées, en cherchant à isoler l'impact de la situation de handicap des autres variables disponibles** dans l'enquête et pouvant intervenir dans l'accès à ces activités²² : âge de l'enfant, nombre d'enfants dans la famille, niveau socioculturel et socioéconomique de celle-ci (revenu, niveau d'études des parents, PCS), modes d'organisation du travail des parents (activité professionnelle, temps plein ou partiel, variabilité et souplesse des horaires...), type d'agglomération.
- 2- Nous avons ensuite examiné **les relations entre les différentes pratiques, afin d'identifier les logiques qui structurent l'organisation du temps libre de l'ensemble des enfants et des jeunes, et parmi eux, de ceux en situation de handicap.**
- 3- Enfin, nous avons cherché à les situer parmi **les profils de pratiques** dégagés pour la population totale.

Méthodologie

Les trois phases de l'analyse :

1- Des **modèles de régression logistique** ont été réalisés pour chacune des pratiques, intégrant les variables cités ci-dessus. Soulignons que l'effet spécifique d'une variable ne s'observe que par rapport à l'ensemble des variables retenues. La situation de référence choisie est la situation modale (niveau d'études des parents technique court, revenu 23 à 27 000 €, personne de référence ouvrier, enfant de 14 à 17 ans, parents actifs, agglomération de plus de 100 000 habitants...). Les modèles ont été réalisés sur l'échantillon pondéré pour garder la structure de la population de référence mais avec des coefficients normés (pondération normalisée de moyenne 1) afin de conserver les écarts types et la validité des tests de significativité.

2- Une **Analyse des Correspondances Multiples** (analyse d'homogénéité s'agissant de variables nominales) a été effectuée sur l'ensemble de l'échantillon. Ce type d'analyse fournit une représentation synthétique de l'ensemble des relations entre les pratiques. Les caractéristiques des enfants et de leur famille ont ensuite été projetées dans cet espace (en tant que variables supplémentaires), les graphiques ci-dessous présentent les variables les plus corrélées aux dimensions de l'ACM et de manière systématiques les catégories de déficiences afin d'examiner leur position sur ces dimensions.

3- L'ACM qui situe les individus en fonction de la similitude leur participation à l'ensemble des pratiques a permis de réaliser une **Classification** (en nuées dynamiques). Celle-ci regroupe les individus ayant les comportements les plus homogènes en classes. Celles-ci sont décrites à partir de la distribution des différentes pratiques au sein de chacune d'entre elles, de leur position sur les dimensions de l'ACM, et des caractéristiques des individus qui la composent. Afin d'isoler là encore, l'impact spécifique de la situation de handicap, nous avons réalisé des modèles de régression sur l'appartenance à chacune des classes.

Les deux dernières phases ont été effectuées d'une part sur la totalité de l'échantillon, d'autre part sur la population de collégiens et lycéens, pour lesquelles l'enquête fournit des données sur les réseaux amicaux que nous souhaitions intégrer dans l'analyse.

²⁰ Aux questions portant sur le soir ou le mercredi (où était l'enfant principalement le soir entre les cours et le retour à la maison ? Où était l'enfant principalement le mercredi ?), le questionnaire proposait notamment : à la maison, chez une nourrice, chez les grands-parents, chez des amis.

²¹ En revanche, l'analyse n'intègre pas le travail rémunéré, et les cours et stages effectués durant cette période et observés par l'enquête.

²² Les travaux sur l'accès aux pratiques de loisirs (Octobre 2004, Muller 2005), de vacances (OVLEJ 2007, 2008), ou sur la fréquentation des accueils collectifs de loisirs (Le Floc'h 2005) ont mis en évidence l'impact de ces différentes variables pour l'ensemble de la population. De plus l'étude conduite par Patricia Roussel (2004) sur la population d'adultes en situation de handicap a montré que ces facteurs se cumulent avec les effets des déficiences pour limiter l'accès aux loisirs des personnes les moins favorisées socialement. Enfin, le développement de politiques locales de soutien aux loisirs de proximité laisse supposer que l'accès à ces derniers peut varier selon les territoires.

L'accès aux pratiques

Les loisirs artistiques ou sportifs

Ces activités de loisirs, pratiquées en clubs, conservatoires ou associations, s'avèrent peu accessibles aux enfants et adolescents en situation de handicap.

En effet, seuls 58 % d'entre eux déclarent ce type de pratiques alors qu'elles concernent 61 % de l'ensemble de notre population de référence. Cet écart est plus marqué quand il s'agit de déficience auditive, de défaut de langage ou de problèmes psychologiques (49 à 51 %), voire d'allergie ou d'asthme (54 %) mais surtout pour les élèves suivant une scolarité adaptée (33 %) et/ou ceux atteints d'un retard mental (22 %). Les enfants et jeunes touchés par une altération physique ou de la vue, des difficultés d'apprentissage de type dyslexie ou un autre problème de santé apparaissent avoir un niveau de pratique comparable à celui de leurs pairs²³.

Si l'on isole l'effet spécifique de la situation de handicap des caractéristiques de la famille ou de l'enfant, connaître des problèmes psychologiques ou un retard mental réduit fortement la probabilité de participer à ce type d'activité (tableau 2).

Pour les autres types d'altérations pour lesquelles on observe un accès moindre aux activités de loisirs encadrés (cf. ci-dessus), ce ne serait donc pas la déficience en elle-même qui entraverait la participation à celles-ci mais l'ensemble des caractéristiques liées à la situation de handicap. En effet le revenu du ménage constitue un des facteurs déterminant de l'accès à ce type de pratique pour l'ensemble de la population²⁴. Or le revenu moyen des familles d'enfants et jeunes en situation de handicap, quelle que soit le type déficience, s'avère inférieur à celui des autres ménages (entre 18 et 23 000 € annuel pour les premières et 23 à 27 000 € pour les secondes)²⁵.

Peu accessibles aux enfants et adolescents en situation de handicap, les activités de loisirs dites « encadrées » semblent de plus s'avérer moins « accueillantes », moins propices à leur socialisation.

En effet, parmi les collégiens et les lycéens interrogés sur leurs réseaux amicaux, ceux en situation de handicap, quel que soit le type déficience²⁶, ont une probabilité plus faible de se « faire des amis au club de loisirs », à caractéristiques égales et pratique identique (qu'ils participent ou non à ces activités de loisirs encadrés). De plus, parmi ceux pratiquant effectivement ce type d'activité, les jeunes atteints d'une altération des fonctions supérieures tendraient à nouer plus difficilement que les autres des relations amicales dans ce contexte²⁷. Ce résultat est d'autant plus notable que ces mêmes jeunes déclarent un nombre plus important de « meilleurs amis » que l'ensemble des collégiens et lycéens²⁸.

²³ On n'observe pas de différence statistiquement significative. test du Chi-deux et V de cramer, $p > .10$.

²⁴ Par rapport à la tranche de revenu 23 à 27 000 €, la probabilité de pratiquer une activité de loisirs encadrés augmente de 8 points de 27 à 46 000 € et de 14 points pour les tranches supérieures, elle se réduit de 11 points entre 12 et 15 000 €. Ces résultats concernant l'ensemble des enfants et jeunes seront publiés dans les prochains bulletins de l'OVLEJ.

²⁵ $p < 0.05$, la différence est moins marquée concernant les déficiences sensorielles ($p = 0.068$).

²⁶ -3.2 point par rapport à la situation de référence (7.9 %), résultats du modèle de régression réalisée pour la variable « s'est fait des amis au club de loisirs (43 % de la variance).

²⁷ «S'est fait des amis au club de loisir » : -13.5 points par rapport à la situation de référence 40.4 %, l'impact de la variable « déficience des fonctions supérieures » montre seulement une tendance ($p = .10$, $R^2 = .160$).

²⁸ Cf. les résultats d'une régression linéaire visant à mesurer l'effet spécifique de chaque caractéristique de l'enfant, de sa famille et des différentes pratiques de loisirs et de vacances sur le nombre de « meilleurs amis » : pour « déficience des fonctions supérieures » (à l'exclusion de la catégorie retard mental) +1.3 amis par rapport à la constante 6.2 (coefficient standardisé=.057 $p = .034$ $R^2 = .084$).

Les accueils collectifs sans hébergement

Le mercredi

Les enfants et adolescents en situation de handicap apparaissent fréquenter autant que leurs pairs les **accueils collectifs du mercredi**²⁹ : 18 % de la population scolarisée de la maternelle au lycée fréquentent ces accueils, recouvrant dans l'enquête deux items « club (sportif, de musique...), centre aéré » (15 %) et « étude, garderie, centre de loisirs » (3 %). Toutefois, **à situation égale** (âge, caractéristiques de la famille ou du lieu de résidence), **les enfants et jeunes ayant des problèmes psychologiques ou suivant une scolarité adaptée y sont peu présents** (tableau 2), **sans doute en raison de prises en charge spécialisées**.

Ils restent en effet moins fréquemment à leur domicile que les autres ce jour là (48 % et 60 % pour l'ensemble de la population) mais sont plus nombreux à avoir répondu « autre » (39 %, 21 % en général) à la question concernant l'organisation du mercredi.

Après la classe

En revanche, les accueils collectifs du soir, après la classe, sont davantage fréquentés par les enfants et adolescents en situation de handicap.

Ces accueils recouvrent dans l'enquête les catégories « étude, garderie, centre de loisirs » et « club (sportif, de musique...) », concernant 5 % de l'ensemble de la population observée, pour la première³⁰ et 0.5 % pour la seconde, soit un total de 6 %³¹. Cette proportion augmente pour les enfants et jeunes ayant des problèmes psychologiques, un trouble du langage (11 et 9 %), ou une altération de l'audition (14 %) ³². De plus, **à caractéristiques égales, être en situation de handicap, quel que soit le type de déficience, favorise la fréquentation des accueils collectifs du soir** (tableau 2), notamment quand il s'agit des fonctions supérieures, et plus particulièrement de problèmes psychologiques. Avoir une allergie ou de l'asthme est également un facteur favorisant cette pratique.

Pendant les vacances d'été

On observe **des résultats comparables, quoique moins marqués**, concernant les accueils collectifs sans hébergement pendant les vacances d'été. Les centres aérés ou clubs d'adolescents accueillent pendant cette période 16 % de la population générale (25 % en maternelle et primaire, 9 % pour les collégiens et 2 % pour les lycéens). Cette proportion s'élève à 21 % pour les enfants et jeunes atteints d'une déficience des fonctions supérieures, 26 % quand il s'agit de problèmes psychologiques³³. A situation égale, **cette pratique tend à être plus fréquente quel que soit le type d'altération** (tableau 2).

Ces résultats montrant une plus forte fréquentation des accueils collectifs sans hébergement l'été et le soir par les enfants et adolescents en situation de handicap peuvent surprendre. En effet, ce type de pratique s'avère liée pour l'ensemble de la population à l'activité de la mère, activité à temps plein pour les accueils périscolaires du soir³⁴ et les mères d'enfant en situation de handicap sont plus fréquemment inactives que les autres (36 % à 63 % selon le type de déficience, 31 % pour l'ensemble de la population)³⁵.

²⁹ On n'observe pas de différence significative entre les deux populations, quel que soit le type de déficience (cf. tests du Chi-deux et V de Cramer).

³⁰ 9 et 8 % en maternelle et en primaire, 1.5 % au collège.

³¹ 0.3 % pour les élèves de maternelle à 0.6 % au lycée.

³² p=.032, p=.016, p=0.05 pour les troubles de l'audition, au dessus de p=0.05, on considère généralement qu'il ne s'agit que d'une tendance.

³³ p=.020 et p=.050. Pour « défaut de langage seul » 26 % également mais il ne s'agit que d'une tendance (p=.094).

³⁴ La probabilité de fréquenter un centre aéré l'été ou un accueil collectif le soir se réduit de 2 point et 1.5 points quand la mère est inactive par rapport à la situation de référence (mère est active 4.8 % et 2.5 %), et 1 point quand la mère est à temps partiel pour les accueils du soir.

³⁵ Tous types de déficiences : 36 % des mères sont inactives. Déficiences sensorielles : 34 %. Déficiences des fonctions supérieures : 41 %, Scolarité adaptée : 63 %. 41 % pour les déficiences motrices et 49 % pour la catégorie « autre handicap physique » mais ce ne sont que des tendances (p=.052 et p=0.096).

Mais, quand elles ont une activité professionnelle, elles ont davantage recours que les autres au centre aéré³⁶ l'été (22 % vs 17 % pour la population totale) ou aux accueils du soir (9 % vs 7 %). L'écart est encore plus marqué quand il s'agit de déficience des fonctions supérieures (26 % utilisent le centre aéré et 11 % les accueils du soir), motrice (26 et 13 %) ou sensorielle pour les accueils du soir (10 %)³⁷. De plus, les mères actives d'enfants et jeunes en situation de handicap travaillant moins souvent à temps partiel que les autres (15 à 36 % et 39 % en général)³⁸, la question de l'organisation du temps extrascolaire est alors plus accrue.

Si les accueils collectifs du soir et de l'été sans hébergement contribuent à répondre aux contraintes d'organisation du temps liée à l'activité professionnelle à temps plein des mères, cet effet est accentué quand un enfant est en situation de handicap, et plus particulièrement quand celui-ci est atteint de déficiences des fonctions supérieures. Quand ces mères travaillent, moins souvent certes que les autres, ces accueils collectifs occupent une place privilégiée dans l'organisation du temps libre de leur enfant. Ces résultats soulignent leur importance pour permettre à ces femmes de concilier leur vie professionnelle, leur vie familiale et l'accompagnement de leur enfant en situation de handicap.

Partir en vacances l'été

Avec ses parents

Concernant les départs en vacances d'été en famille, ce sont plutôt les caractéristiques socioéconomiques liées à la situation de handicap qui apparaissent entraver ces modes de séjour.

En effet, 64.5 % des élèves de la maternelle au lycée étaient partis en vacances avec leurs parents au cours de l'été 2003, mais seulement 60 % pour leurs pairs en situation de handicap (quelle que soit la forme d'altération, à l'exclusion de l'allergie ou de l'asthme), 58 % quand il s'agit de déficience motrice³⁹, 54 à 53 % de difficulté de langage ou de santé, voire 37 % pour ceux suivant une scolarité adaptée et 26 % quand des problèmes de santé s'ajoute au « handicap physique ».

Toutefois, **à âge égal ou situation socioéconomique identique, ce désavantage apparaît moins marqué et concernerait plus particulièrement les enfants et jeunes connaissant des problèmes de santé** (tableau 2). Pour les autres formes d'altérations, ce serait donc plutôt le niveau de revenu des familles qui constituerait un obstacle à leur départ en vacances, et/ou l'absence d'activité professionnelle des mères. Sur l'ensemble de la population, la probabilité de partir en famille augmente en effet avec le revenu⁴⁰ et se réduit quand les mères sont inactives⁴¹.

³⁶ centre aéré, centre de loisirs, CLSH (Centre de Loisirs Sans Hébergement) correspondent dans la nouvelle réglementation à l'appellation « accueils collectifs sans hébergement », qui englobe les accueils de loisirs et les accueils de jeunes.

³⁷ La fréquentation du centre aéré l'été ne varie pas selon l'activité de la mère pour les enfants et jeunes atteints de déficience sensorielle, 10 %

³⁸ Tous types de déficiences : 36 % des mères actives sont à temps partiel, déficiences des fonctions supérieures : 32 %, « autre handicap physique » : 15 %, total déficiences motrices : 29 %, scolarité adaptée : 22 %, « défaut de langage » : 28 %, « difficultés d'apprentissage » : 32 % (p=0.072) ; A situation socioéconomique égale et âge de l'enfant identique, la probabilité d'être inactive augmente de 3.7 point quel que soit le type d'altération, de 33.8 points quand il s'agit de retard mental, 8.7 pour l'ensemble des déficiences des fonctions supérieures et 16 points quand l'enfant suit une scolarité adaptée. La probabilité de travailler à temps partiel se réduit de 6 points pour l'ensemble des types de déficiences, et de 24 points pour la catégorie « autre handicap physique » mais ce ne sont que des tendances (p=.09). En revanche, on n'observe pas d'impact de la ou les situations de handicap sur la souplesse des horaires, qui contribue par ailleurs à favoriser la fréquentation des accueils collectifs le soir.

³⁹ Pour les catégories « autre handicap physique » et « problèmes orthopédiques ».

⁴⁰ De 7 à 9 points au dessus de 37 000 € annuels par rapport à la tranche de référence 23 à 27 000 €. L'analyse des données de l'enquête vacances de l'INSEE de 2004 réalisée par l'OVLEJ (2006) montrait, à situation égale, une augmentation de 25 % au dessus de 46 000 €.

⁴¹ La probabilité de partir en vacances d'été en famille se réduit de 7.2 points quand la mère est inactive.

Chez un membre de la famille

Quand les vacances avec les parents sont empêchées, **le séjour de l'enfant chez un membre de la famille** peut constituer un recours, lui permettant de partir. Or ce type de pratique ne s'avère pas plus fréquent pour les enfants et adolescents en situation de handicap. Ceux atteints d'un trouble du langage ou d'une déficience motrice et d'un problème de santé sembleraient même un peu moins en bénéficier que les autres (tableau 2).

Mais, à situation identique, c'est plus spécifiquement la déficience motrice (« autre handicap physique » dans l'enquête) **qui apparaît constituer un obstacle à ce mode de vacances.**

En colo ou camp d'adolescent

Il semble que ce soit plutôt **les séjours collectifs qui favoriseraient le départ des enfants et jeunes en situation de handicap⁴², et plus particulièrement, ceux atteints de déficiences des fonctions supérieures.** En effet, 16 % d'entre eux fréquentent ces séjours et seulement 13 % de l'ensemble de la population. A âge et caractéristiques socioéconomiques identiques, ils ont également plus de chances de participer à ces séjours que les autres, et particulièrement quand ils suivent une scolarité adaptée (tableau 2).

Ce résultat pose question quant aux modes d'organisation de ces séjours, l'enquête EPCV ne permettait pas de distinguer ceux se déroulant en « milieu ordinaire » des séjours spécialisés, mis en place par des associations d'usagers, de parents, ou de services intervenant auprès des enfants, notamment en relation avec l'école (SESSAD, hôpitaux de jour...). La relation observée entre le mode de scolarisation et le départ en séjour collectif laisse penser qu'**il s'agirait plus fréquemment de séjours spécialisés.** Les résultats des analyses conduites sur la constitution des réseaux amicaux des collégiens et lycéens interrogés dans le cadre de cette enquête viennent également à l'appui de cette hypothèse. En effet, à caractéristiques égales, parmi les pratiques de loisirs et vacances interrogées par l'enquête, seule la fréquentation des séjours collectifs contribue à augmenter le nombre de « meilleurs amis » déclarés par les collégiens et lycéens. Ce résultat ne s'observe pas pour les jeunes en situation de handicap⁴³. Si leurs camarades trouvent en colo l'occasion de nouer de nouvelles relations amicales, il n'en est pas de même pour les jeunes en situation de handicap. On peut alors faire l'hypothèse que ces derniers partent avec un groupe qu'ils connaissent déjà.

L'analyse de la participation des enfants et jeunes en situation de handicap à chacune des pratiques observées dans l'enquête montre deux tendances.

D'une part, **les séjours en famille, les activités de loisirs encadrées leur sont peu accessibles**, en raison notamment des caractéristiques socioéconomiques liées à la situation de handicap, plus particulièrement du niveau de revenu de la famille et de l'inactivité fréquente des mères. Indépendamment de ces facteurs, être atteint de problèmes de santé et/ou d'une déficience motrice constitue en soi un obstacle au départ en vacances avec les parents ou chez un membre de la famille. Mais surtout, les enfants et jeunes ayant une déficience des fonctions supérieures semblent difficilement accueillis dans le cadre des structures (clubs, conservatoires, associations...) proposant des activités de loisirs artistiques ou sportives.

⁴²Parmi les dimensions qui structurent la participation à l'ensemble des pratiques, l'axe 3 oppose en effet les vacances en famille, avec ou sans les parents, aux vacances collectives, en centre aéré ou en colo, les enfants et jeunes en situation de handicap se situant plutôt du côté des vacances collectives (axe 3 valeur propre .134), l'opposition entre vacances familiales avec et sans les parents intervient plus faiblement (axe 6 valeur propre .110).

⁴³ Cf. les résultats de régressions linéaires visant à identifier les différents facteurs (âge, pratiques de loisirs et de vacances, loisirs informels, caractéristiques socioéconomiques de la famille) qui contribuent à étendre les réseaux amicaux des collégiens et lycéens, un premier modèle a été réalisé sur l'ensemble de la population et un second exclusivement sur les jeunes en situation de handicap. L'impact du départ en séjour collectif observé dans le premier modèle n'apparaît pas dans le second.

A l'inverse, ces enfants et jeunes, quel que soit le type d'altération mais plus particulièrement quand il s'agit de déficiences des fonctions supérieures, fréquentent plus souvent que les autres les accueils collectifs, sans hébergement le soir après la classe ou pendant les vacances d'été, et avec hébergement pendant ces mêmes congés. Les premiers constitueraient un mode de prise en charge du temps libre privilégié par les familles, notamment quand les mères travaillent. Quant aux départs en séjours collectifs, ils semblent s'inscrire dans le cadre du suivi de ces enfants par des services spécialisés ou être organisés par des associations d'usagers ou de parents.

Tableau 2 : **Impact spécifique de la situation de handicap sur l'accès aux pratiques**

Ce tableau présente les résultats de modèles de régression logistique visant à isoler l'impact spécifique de la situation de handicap parmi les différentes caractéristiques du ménage et de l'enfant sur la pratique/absence de pratique de chacune des activités liées au temps libre observées (cf. encadré Méthodologie).

	% pour la situation de référence	Types de déficiences EPCV « Education et famille » 2003
Pratique d'une activité de loisirs encadrée (conservatoire, club, association...)	44.4 %	Problèmes psychologiques : -14 Retard mental : -28
Fréquentation accueil collectif le mercredi	18.1 %	Problèmes psychologiques : - 11 Scolarité adaptée : -19
Fréquentation accueil collectif le soir	2.5 %	Total déficiences : +1.4 Déficiences Fonctions supérieures : +2.4 Problèmes psychologiques : + 4.2 Allergie asthme : +1.8
Fréquentation centre aéré l'été	4.8 %	Total déficiences : +1.6
Départ en vacances d'été avec les parents	79.6 %	Total déficiences : -3.2* Autres pbms santé : - 9 Autres pbms santé et autre handicap physique : -45* Allergie asthme : -5*
Départ en vacances d'été sans les parents chez un membre de la famille	28.5 %	Autre handicap physique : -18,4
Départ en séjour collectif l'été (colo, camp..., y compris séjour linguistique)	11.8 %	Déficiences Fonctions supérieures : +5.4 Défaut de langage : +8.5* Difficultés d'apprentissage, type dyslexie : +8.2 Problèmes psychologiques : +9.3 Scolarité adaptée : +26.8

Lecture : A caractéristiques identiques, la probabilité de déclarer pour un enfant ou un jeune atteint de problèmes psychologiques de pratiquer une activité de loisirs encadrée se réduit de 14 points par rapport à la situation de référence (cf. encadré méthodologie). Dans cette situation, 44,4 % des enfants et adolescents pratiquent une activité de ce type.

* : Les résultats en italique montrent seulement des tendances statistiques ($p > 0.5$ et $< .10$).

Les modèles réalisés rendent compte de 28 à 15 % de la variance (R^2 de Nagelkerke), selon les pratiques considérées. Les modèles les plus explicatifs concernent la pratique d'une activité de loisirs encadrée et le départ en vacances avec les parents (28 %), puis la fréquentation des accueils collectifs du soir et le départ en séjour collectif (23 et 20 %), la fréquentation du centre aéré l'été et les séjours chez un membre de la famille (18 %), et enfin l'accueil collectif du mercredi (15 %).

Modes de participation à l'ensemble des pratiques

Si l'on examine non plus chacune des pratiques isolément mais l'ensemble de celles-ci (cf. encadré Méthodologie 2-Analyse des Correspondances Multiples), cherchant à identifier la spécificité des modes de participation des enfants et jeunes en situation de handicap, on observe :

1- Sur un axe qui oppose pour la population totale, l'accès aux pratiques à leur absence (graphique 1, dimension 1), ces enfants et jeunes, atteints notamment de retard mental, de déficience motrice ou auditive, se situent du côté de l'absence de pratiques. **Ces situations de handicap apparaissent comme un obstacle général à la participation à l'ensemble des pratiques observées**, participation favorisée pour la population totale par les ressources socioéconomiques et culturelles de la famille mais également par la souplesse d'organisation du temps de travail des parents. **Elles constituent ainsi une forme de désavantage social.**

2- Sur la dimension opposant **les pratiques collectives inscrites dans le temps et l'espace quotidien**, (accueils collectifs du soir notamment) **et celles permettant le départ, en colo ou camp, la ou les situations de handicap favoriseraient plutôt le départ** (graphique 1, dimension 2). Rappelons que si les données n'identifient pas le mode d'organisation de ces séjours, on peut faire l'hypothèse qu'il s'agit plutôt de séjours « spécialisés ».

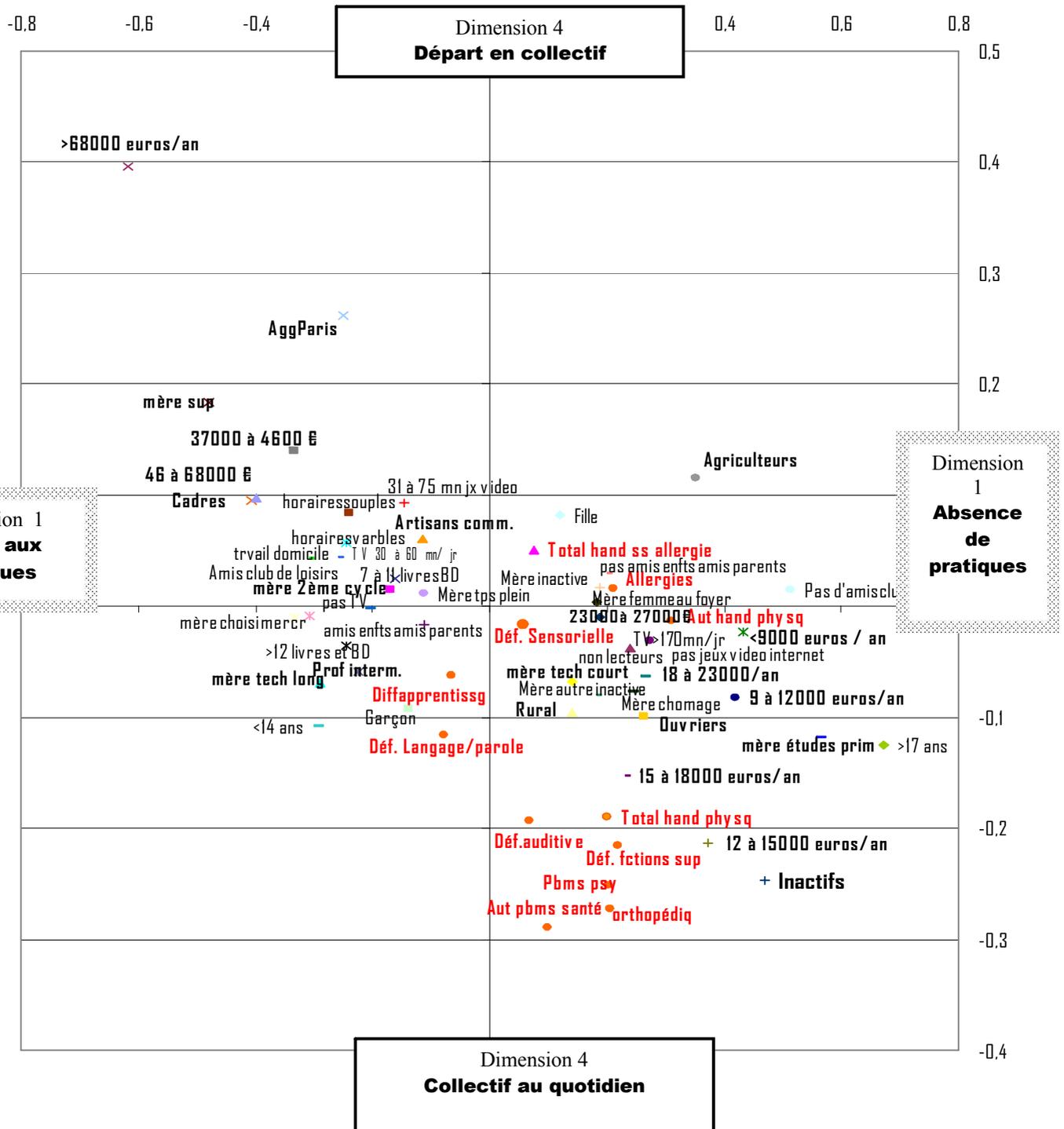
Par ailleurs, pour **les seuls collégiens et lycéens**, les départs, davantage associés à cet âge aux séjours linguistiques, apparaissent moins accessibles aux jeunes en situation de handicap, **leurs pratiques collectives deviennent alors circonscrites au quotidien** (graphique 2, dimension 4).

3- **L'été, les vacances collectives (avec ou sans hébergement) sont privilégiées**, et compensent sans doute les séjours en famille (avec ou sans parents) qui nous l'avons vu, apparaissent empêchés (graphique 3, dimension 3).

Parmi les collégiens et lycéens, les jeunes en situation de handicap partent plutôt avec leurs parents, comme leurs pairs les plus jeunes (moins de 14 ans), et à l'opposé des plus âgés qui privilégient les séjours linguistiques, ou avec leurs amis mais délaissent les vacances en famille (graphique 4, dimension 5). **Etre en situation de handicap apparaît comme un frein à l'indépendance représentée par ces pratiques.**

4- Enfin, parmi les pratiques collectives, **l'analyse différencie également d'une part les activités que l'on pourrait qualifier de « loisirs collectifs »** (fréquentation du CLSH le mercredi associée à celle des clubs, conservatoires, associations...) et d'autre part, celles qui présentent un caractère plus **directement « utilitaire »**, séjour linguistique pour l'apprentissage d'une langue et accueil du soir en raison des contraintes horaires des parents. Les enfants et jeunes connaissant un « retard mental », des problèmes psychologiques ou suivant une scolarité adaptée accèdent peu aux loisirs collectifs, leur fréquentation des accueils collectifs prend un caractère plutôt utilitaire et semble davantage répondre à la nécessité d'une prise en charge quand les parents travaillent..

Graphique 2 : Logiques structurant la participation aux activités liées au temps libre
 Collégiens et Lycéens - Dimensions 1 et 4 de l'Analyse des Correspondances Multiples

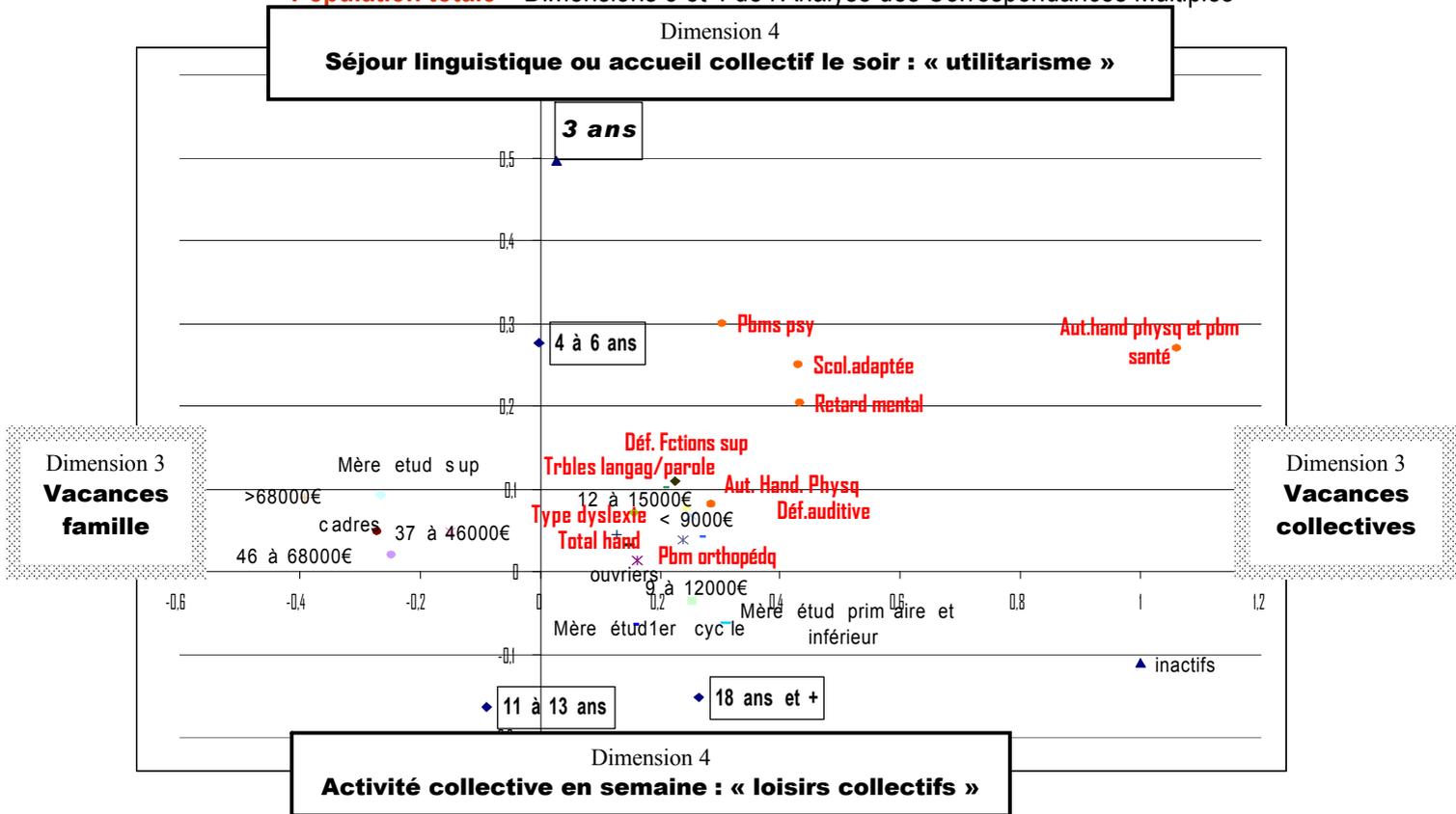


Lecture : Les horaires souples ou variables des parents favorisent pour les collégiens et lycéens l'accès aux pratiques.

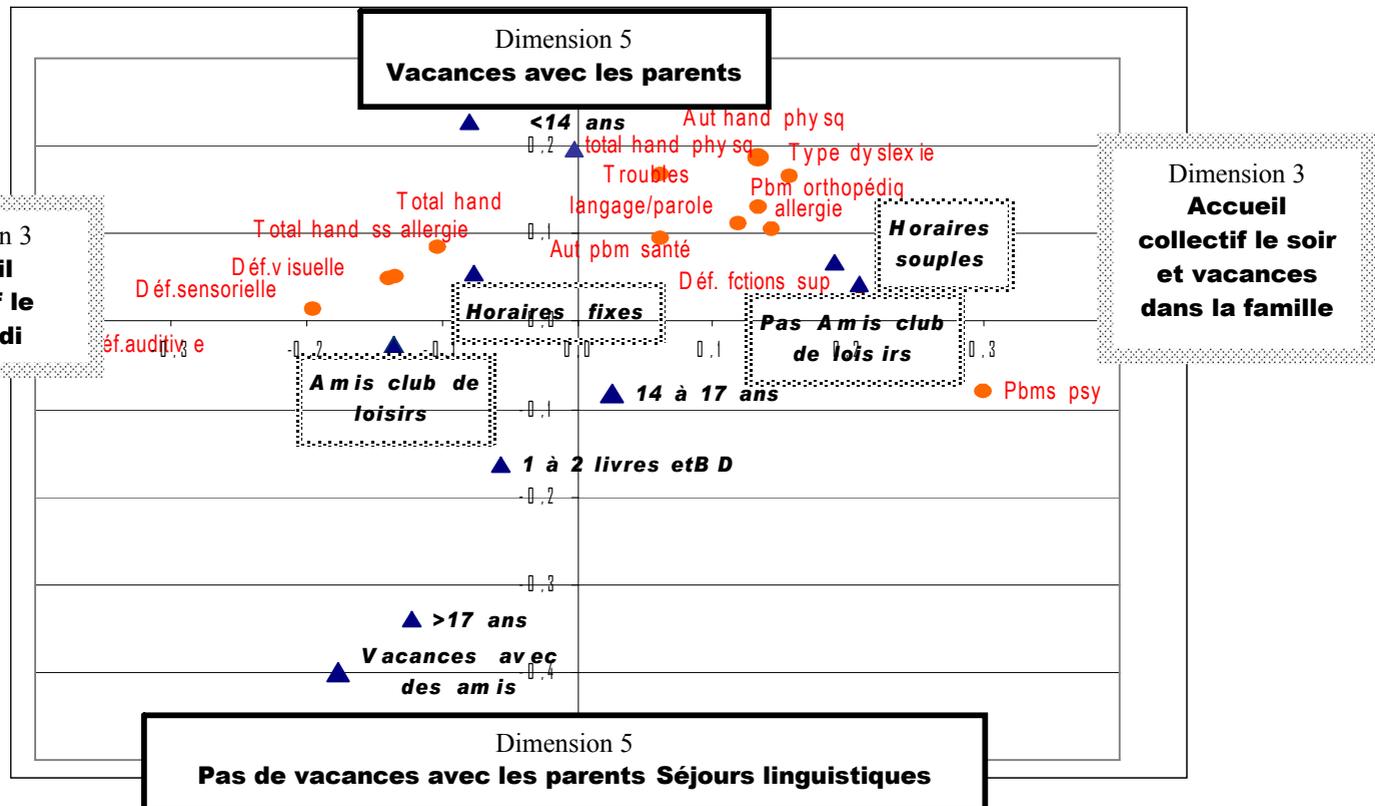
NB Valeurs propres : Dimension 1=.200, dimension 4=.126

Les valeurs propres rendent compte de l'importance relative de chaque dimension dans l'analyse.

Graphique 3 : Logiques structurant la participation aux activités liées au temps libre
Population totale – Dimensions 3 et 4 de l'Analyse des Correspondances Multiples



Graphique 4 : Logiques structurant la participation aux activités liées au temps libre
Collégiens et lycéens - Dimensions 3 et 5 de l'Analyse des Correspondances Multiples



Graphique 3 : Valeurs propres : Dimension 3=.134, dimension 4=.125

Graphique 4 : Valeurs propres : Dimension 3=.133, dimension 5=.113

Profil de pratiques

A partir de cette analyse des modes de participation à l'ensemble des activités observées dans l'enquête, nous avons regroupé les enfants et jeunes ayant les comportements les plus homogènes (cf. encadré Méthodologie 3- Classification) sur l'ensemble de l'échantillon, puis sur la seule population des collégiens et lycéens.

Quatre profils de pratiques se dégagent parmi lesquels nous avons cherché à situer les enfants et jeunes en situation de handicap.

L'été en vacances avec les parents ou au centre aéré

↳ mais peu de pratiques sur l'année

Regroupant la majorité de la population d'enfants et de jeunes scolarisés de la maternelle aux lycées (68%), cette classe se caractérise par l'importance des séjours en vacances d'été avec les parents (74 % dans cette catégorie, 65 % en moyenne). Ces enfants et jeunes partent en revanche moins souvent sans leurs parents dans la famille (32 % et 35 % pour l'ensemble de la population), très rarement en séjour collectif (1 %) et aucun d'entre eux en séjour linguistique. Sans doute, en contrepartie fréquentent-ils un peu plus le centre aéré (18 % et 16 % en moyenne)⁴⁴. Durant l'année scolaire, ils pratiquent moins souvent (48 %) qu'en moyenne (61 %) une ou plusieurs activités encadrées, fréquentent peu les accueils collectifs le mercredi (13 % vs 19 %) et surtout le soir (0.2 % vs 6 %).

Les enfants et jeunes concernés, fortement majoritaires, ne présentent pas de caractéristiques majeures⁴⁵. Toutefois, si l'on n'observe pas d'impact des différents types de situation de handicap, **suivre une scolarité adaptée, apparaît à situation égale, incompatible avec ce profil de pratiques** (tableau 3).

↳ des activités de loisirs collectifs pendant l'année, pour les jeunes collégiens

Parmi les seuls collégiens et lycéens, on retrouve une classe comparable à la précédente et regroupant 45 % d'entre eux, plutôt âgés de 14 à 17 ans⁴⁶ : des vacances d'été organisées autour des séjours avec les parents (pour 90 % des jeunes de cette classe, 66 % en moyenne), et la fréquentation du centre aéré l'été (16 % vs 10 %), les départs en colo (8 % vs 16 %) ou avec des amis sans encadrement (7 %) sont plus rares. Pendant l'année scolaire, **ils sont nombreux à pratiquer une activité de loisirs encadrée en club, conservatoire** (74 % et 68 % pour les collégiens et lycéens) **ou à participer aux activités du CLSH le mercredi** (40 % vs 23 % en moyenne).

Les jeunes atteints d'une déficience des fonctions supérieures s'avèrent peu présents dans cette classe (tableau 3).

Activités et vacances collectives

Etre en situation de handicap, plus particulièrement quand on suit une scolarité adaptée, tend plutôt à favoriser un profil de pratiques marqué par le caractère collectif des activités de loisirs et de vacances (tableau 3). Activité encadrée (92 %), séjour collectif l'été (40 %), accueil collectif le mercredi (20 %) sont très présents dans cette classe qui regroupe près d'un quart de la population totale observée (21 %). Les vacances en famille, avec ou sans les parents (26 % et 27 %), ou le centre aéré l'été (7.5 %) s'avèrent peu fréquentes, le départ en séjour linguistique est totalement absent et celle des accueils collectifs le soir quasi nulle (0.4 %).

⁴⁴ Ce profil est corrélé sur les dimensions de l'ACM à l'absence de pratiques (axe 1), les vacances avec les parents sont privilégiées (forte corrélation avec l'axe 6), le centre aéré l'été venant en complément (axe 7).

⁴⁵ Les variables disponibles rendent peu compte de l'appartenance à cette classe (le modèle de régression explique seulement 5 % de la variance $R^2=0.05$ %)

⁴⁶ La probabilité d'appartenir à cette classe augmente de près de 8 points pour les moins de 14 ans, et se réduit de près de 24 points pour les plus de 17 ans, par rapport à la situation de référence (14-17 ans).

Ce type de profil s'avère par ailleurs plus fréquent chez les jeunes majeurs qui délaissent les séjours en famille mais également à âge égal, quand la situation professionnelle des parents constitue un obstacle aux vacances en famille (chômage ou travail le dimanche)⁴⁷. Le départ des enfants en séjour collectif est alors privilégié, comme peut l'être celui des enfants en situation de handicap.

↳ vacances chez la famille ou en colo mais peu de pratiques

Chez les collégiens et lycéens, on retrouve plus fréquemment (48 %) un profil comparable : des vacances avec les parents minoritaires (41 % pour 66 % pour l'ensemble des collégiens et lycéens), des départs en séjour collectif nombreux (22 % pour 16 %), mais également et en majorité chez un membre de la famille (51 % pour 33 % en moyenne). La fréquence des départs l'été avec des amis en autonomie est équivalente à la moyenne des collégiens et lycéens (10 %). En revanche, la pratique d'activités en clubs, en conservatoires est plus faible (62 %) et celle des accueils collectifs l'été, le soir et le mercredi rare (0 %, 3 % et 6 %). **Seuls les problèmes de santé, voire l'allergie ou l'asthme, s'opposent à l'appartenance à ce profil.**

Des pratiques collectives le soir ou en semaine, l'été en vacances en famille

Une minorité (9%) bénéficie d'un niveau élevé de pratiques en général⁴⁸ : fréquentation des accueils collectifs sans hébergement, et particulièrement le soir (60 %, 58 % le mercredi), pratique d'une activité encadrée (81 %), vacances familiales avec les parents (77 %) ou chez un membre de la famille (73,8 %), mais également centre aéré (21 %). En revanche, les séjours collectifs sont rares (5 %, 0 % en séjour linguistique), les pratiques collectives étant plutôt inscrites dans le temps quotidien.

Il s'agit plus souvent d'enfants âgés de 4 à 10 ans, dont les parents travaillent, d'où l'importance de l'accueil du soir et sans doute également des vacances dans la famille. Mais ils bénéficient d'une organisation du temps plutôt souple (possibilité de travail à domicile, horaires souples...) qui leur permet sans doute d'accompagner les enfants aux activités du mercredi⁴⁹. **A situation égale, seule la déficience visuelle, apparaît moins fréquente. L'allergie et l'asthme, sans doute en raison de l'âge des enfants, tendrait à être plus présente** (tableau 3)

↳ un profil rare chez les collégiens et lycéens

Caractérisé par **la fréquentation des accueils collectifs le soir** (100 % des jeunes de cette classe) et par les vacances en famille (71 %)⁵⁰, **ce profil très minoritaire (2 %) chez les collégiens et lycéens s'avère lié à la présence d'une déficience, plus particulièrement quand il s'agit des fonctions supérieures. Celle-ci favorise en effet un mode d'organisation du temps libre qui s'apparente davantage à celui des enfants scolarisés en primaire** qu'à celui des collégiens et lycéens : importance des accueils collectifs du soir, des vacances avec les parents, nous l'avons vu, mais également du centre aéré l'été (20 %, seulement 10 % en moyenne), voire séjours chez un membre de la famille (48 %, 33 % en moyenne). Si la pratique des activités encadrées est équivalente à celle du profil observé sur la population générale (79 % et 81 %), les jeunes de cette classe fréquentent peu le CLSH le mercredi (11 %), partent un peu moins que les autres en séjours collectifs (14 %) ou linguistiques (3 %). Seuls 2 % partent en autonomie avec des amis.

⁴⁷ La probabilité d'appartenir à cette classe augmente de 2 points pour les 18-19 ans, 15 points pour les 20 ans et plus, et de 6 points quand la mère est au chômage, et 7 points quand un des deux parents travaille habituellement le dimanche.

⁴⁸ Corrélation à la dimension 1 de l'ACM.

⁴⁹ Par rapport à la situation de référence, la probabilité d'appartenir à cette classe augmente de 2 à 3 points pour les 4-10 ans, de 2 points quand le travail à domicile d'un des deux parents est ponctuellement possible, de 2 points également quand les horaires sont souples. Elle se réduit d'un point quand le père est au chômage ou la mère inactive.

⁵⁰ Corrélation à la dimension 4 de l'ACM.

Les multi pratiquants

Plus minoritaire encore que la précédente (2.5 %), cette classe se caractérise par sa fréquentation des séjours linguistiques (100 % des enfants et de jeunes de cette classe, graphique 23) et un niveau de pratiques plus élevé qu'en moyenne : 69 % pratiquent au moins une activité encadrée, 27 % fréquentent un CLSH le mercredi, 78 % partent en vacances avec leurs parents et 45 % sans leurs parents dans la famille, mais surtout 33 % partent l'été en séjours collectifs non linguistiques (10 % en moyenne). En revanche, ces enfants et jeunes fréquentent peu le centre aéré l'été (10 %) ou les accueils collectifs du soir (1.5 %).

On n'observe pas d'effet spécifique des différentes variables caractérisant les situations de handicap telles qu'elles sont identifiées dans les données de l'enquête, à l'exception de l'allergie et de l'asthme qui tendrait à constituer un obstacle à l'appartenance à ce profil (tableau 3).

↳ chez les collégiens et lycéens

On retrouve chez les collégiens et lycéens, le même profil, plus fréquent (5 % d'entre eux) puisque les **séjours linguistiques** qui le caractérisent, sont plus nombreux à cet âge. Comme pour la population totale, ces derniers concernent 100 % des jeunes de cette classe, marquée également par **l'importance du départ en colonie ou camp**⁵¹ (40 %) et **sans leurs parents chez la famille** (47 %⁵²).

Ce profil de pratique est donc logiquement plus marqué chez les plus de 14 ans⁵³. En revanche, s'il ne s'agit que d'une tendance, **la présence d'une déficience ou altération, quelle qu'elle soit** (tableau 3, **apparaît constituer un obstacle à l'appartenance à un profil, caractérisé pour ces collégiens et lycéens par l'accès à l'indépendance à travers les pratiques liées au temps libre est fortement présente**⁵⁴).

L'analyse des relations entre l'ensemble des pratiques montre **qu'être en situation de handicap constitue une forme de désavantage social**, notamment pour les vacances en famille et les activités de loisirs en clubs ou conservatoires. Ce désavantage apparaît plus prégnant pour les enfants et jeunes suivant une scolarité adaptée et/ou atteints d'une déficience des fonctions supérieures. **L'organisation du temps libre est marquée par la fréquentation des accueils collectifs, l'été mais surtout le soir, et davantage contrainte par la nécessité d'une prise en charge que par la pratique de loisirs.**

La fréquentation des accueils collectifs se poursuit au-delà de l'âge observé pour l'ensemble de la population, soulignant **le décalage croissant à l'adolescence** entre les activités de loisirs et de vacances de ces enfants et jeunes en situation de handicap et celles de leurs pairs. **La situation de handicap, plus particulièrement s'agissant de déficience des fonctions supérieures, apparaît constituer un frein à l'indépendance progressive qui structure l'organisation du temps libre de l'ensemble des collégiens et lycéens.** Les pratiques restent liées aux disponibilités de parents et pour les vacances d'été, dépendantes de l'accès au départ de ceux-ci. **Dans ce contexte, les séjours collectifs, qui deviennent moins fréquents pour les collégiens que pour les plus jeunes, restent néanmoins présents (classe 3) et constituent une ouverture vers l'autonomie.**

⁵¹ Corrélations aux dimensions 4 et 5 de l'ACM.

⁵² Corrélations dimension 3 de l'ACM.

⁵³ La probabilité d'appartenir à cette classe se réduit de près de 1 point pour les moins de 14 ans.

⁵⁴ Corrélations dimensions 3 et 5 de l'ACM.

Tableau 3 : **Impact spécifique de la situation de handicap sur l'appartenance aux profils de pratiques**

Ce tableau présente les résultats de modèles de régression logistique visant à isoler l'impact spécifique de la situation de handicap parmi les différentes caractéristiques du ménage et de l'enfant sur l'appartenance à chacune des classes (cf. encadré Méthodologie).

Classes	% pour la situation de référence	Types de déficiences EPCV « Education et famille » 2003
1-L'été en vacances avec les parents ou au centre aéré ➤ mais peu de pratiques sur l'année (68 % de la population totale) ➤ des activités de loisirs collectifs pendant l'année (45 % des collégiens et lycéens)	75,4 % 44 %	Scolarité adaptée : - 21 Déficiences des fonctions supérieures : - 11*
2-Activités et vacances collectives (21 % de la population totale) Vacances chez la famille ou en colo mais peu de pratiques (48 % des collégiens et lycéens)	19 % %	Scolarité adaptée : -23 Défaut de langage : + 9 Total déficiences : + 3* Autres problèmes de santé : - 20 Allergie, asthme : -14
3-Des pratiques collectives le soir ou en semaine, l'été en vacances en famille (9 % de la population totale) Un profil rare chez les collégiens et lycéens (2 %)	3 % 0,6 %	Vue déficiente : - 1,1 Allergie, asthme : +0,8* Déficiences des fonctions supérieures : +2 Problèmes psychologiques : +6,5 Troubles du langage et de la parole : +0,9* Total déficiences : +0,5*
4-Multipratiquants (2,5 % de la population totale) (5 % des collégiens et lycéens)	3 % 1 %	Allergie, asthme : -2 %* Total déficiences : -0,7*

Lecture : A caractéristiques identiques, la probabilité d'appartenir à la classe 1 se réduit de 21 points par rapport à la situation de référence pour les enfants et jeunes suivant une scolarité adaptée (cf. encadré méthodologie).

** : Les résultats en italique montrent seulement des tendances statistiques ($p > 0.5$ et $< .10$).*

Les modèles les plus explicatifs concernent la classe 3 pour les collégiens et lycéens (37 %), et la classe 4 pour l'ensemble de la population (26 %). A l'exception de la classe 1 pour l'ensemble de la population ($R^2 = .05$), les autres modèles réalisés rendent compte de 13 à 16 % de la variance.

Une situation de désavantage social

Les analyses menées sur les données recueillies dans le cadre de l'EPCV « Education et famille » de l'INSEE (2003) montrent que la situation de handicap identifiée en référence au contexte scolaire par les parents interrogés, se répercute dans le champ des loisirs et des vacances.

Ces enfants et jeunes, caractérisés dans l'enquête par la présence d'une ou plusieurs déficiences « gênantes » pour leur scolarité selon leurs parents, constituent une population hétérogène, plus large que celle recensée par l'Education Nationale ou concernée par des prestations sociales spécifiques (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé), mais dont le dénombrement rejoint celui de l'enquête INSEE portant sur le handicap (HID).

Cette population se situe en situation de désavantage social par rapport aux pratiques et modes de participation aux activités liées au temps libre observées chez leurs pairs.

Nos résultats rejoignent ainsi ceux de trois études récentes menées sur le sujet. L'enquête conduite par le CIDES (2009), principalement auprès de collectivités locales et d'opérateurs, montre en effet que si l'accueil des enfants en situation de handicap s'est développé dans le secteur de la petite enfance, il n'en est pas de même pour les plus âgés, concernant les loisirs et les activités péri et extra scolaires, notamment en matière de vacances et de pratiques sportives. L'étude menée dans le cadre de la Plate-Forme « Grandir ensemble » (Thomas, 2009) s'appuyant notamment sur des données recueillies par la CAF de Loire-Atlantique⁵⁵ souligne également les carences de l'offre, carences qui s'accroissent avec l'âge de l'enfant. Enfin, les parents interrogés par Céline Mauvieux et Estelle Debais (2009) mettent l'accent sur le manque de structures et d'offres adaptées et le coût notamment des séjours.

Notre analyse, menée sur une population plus large et hétérogène, montre en effet **l'importance des accueils collectifs dans l'organisation du temps extrascolaire de ces enfants mais également des adolescents, pour permettre aux mères de poursuivre ou reprendre une activité professionnelle.** Avoir un enfant en situation de handicap modifie les conditions de vie de la famille, les mères étant plus fréquemment inactives et le niveau de revenu du ménage plus faible.

Ces caractéristiques socioéconomiques apparaissent entraver le départ en vacances familiales de ces enfants et jeunes et leur participation aux activités de loisirs artistiques et/ou sportifs en club, conservatoire ou association. Mais indépendamment de ces facteurs, être atteint de problèmes de santé et/ou de déficience motrice constitue en soi un obstacle aux vacances avec les parents ou chez un membre de la famille. De même, les structures proposant des activités de loisirs collectifs apparaissent peu ouvertes aux enfants et jeunes ayant une déficience des fonctions supérieures, et notamment des problèmes psychologiques ou un « retard mental ». **Les activités collectives de ces enfants et jeunes semblent ainsi davantage orientées par la nécessité d'une prise en charge que par la pratique d'une activité de loisir particulière, qu'elle soit artistique ou sportive.**

On peut se demander s'il n'en est pas de même pour les séjours collectifs l'été, plus fortement fréquentés par les enfants et jeunes en situation de handicap que par leurs pairs, mais surtout pour les plus jeunes. Si l'on ne dispose pas de données précises sur le sujet, l'analyse montre qu'il s'agirait plutôt de séjours s'inscrivant dans le cadre de suivi spécialisé (SESSAD, hôpitaux de jour...) ou organisés par des associations d'usagers ou de parents, que de séjours en « milieu ordinaire ». **Or ces séjours prennent une importance particulière à l'adolescence, où le décalage avec les pratiques des jeunes du même âge se fait croissant et la dépendance aux parents plus marquée.**

⁵⁵ Ces données portent sur la fréquentation par les bénéficiaires de l'AEEH des structures petite enfance et des accueils de loisirs collectifs sans hébergement.

Encore faudrait-il disposer de données plus précises sur le type d'accueil proposé, sur les projets des organisateurs de loisirs et de vacances en matière d'inclusion des enfants et jeunes en situation de handicap. Les dernières enquêtes menées sur le sujet montrent que les enseignants dans leur majorité (86 %, UNAPEI 2009) se disent prêts à accueillir ces enfants à l'école mais soulignent leur besoin de formation (85 % et 27 % des enseignants spécialisés). Qu'en est-il des organisateurs, directeurs et animateurs des structures de loisirs et de vacances ? Qu'en disent-ils et quelles sont leurs pratiques en la matière ? Des dispositifs et actions se sont développées depuis plus de 10 ans⁵⁶ nous l'avons souligné, mais les données chiffrées et les études qualitatives analysant les pratiques mises en oeuvre font défaut.

Par ailleurs, les résultats de notre étude soulignent également la nécessité de données permettant d'étudier plus précisément l'accès aux différentes pratiques de loisirs et de vacances selon les tranches d'âge.

Au-delà de la question de l'égalité en matière d'accès aux pratiques de loisirs et de vacances, la participation des enfants et jeunes en situation de handicap à ces activités constitue un enjeu à la fois social et éducatif.

Nos résultats le montrent, **l'organisation du temps libre pèse encore plus fortement que pour les autres enfants sur l'activité des mères**, qui concilient difficilement vie professionnelle, vie familiale et accompagnement de leur enfant en situation de handicap.

De plus, **le champ des loisirs et des vacances peut jouer un rôle spécifique dans l'inclusion sociale⁵⁷ et le développement personnel de ces enfants, à coté voire en relation avec l'école.** Ces temps et activités contribuent à la socialisation par la vie entre pairs, et plus particulièrement à l'adolescence (Mallet 2003, Kindelberger 2006). Ils offrent également l'opportunité de mettre en œuvre d'autres compétences que celles liées à la scolarité, et de changer ainsi le regard que ces enfants et jeunes portent sur eux-mêmes mais également le regard des autres, adultes ou enfants, sur eux. En dehors des performances, de la réussite ou de l'échec, voire des objectifs de rééducatifs ou thérapeutiques, l'attention peut plus facilement se porter dans les situations ordinaires de loisirs et de vacances, sur « *ce qui émerge* » (Gardou 2007).

Pour ce faire, la seule accessibilité des pratiques ne suffit pas, nous l'avons noté à propos des activités de loisirs encadrés où les enfants en situation de handicap apparaissent à la fois peu et mal accueillis. Les parents interrogés par Céline Mauvieux et Estelle Debais (2009) pointent également les difficultés d'intégration rencontrées par leurs enfants.

Comme le souligne E. Plaisance au sujet de l'école (2007), il s'agit de créer ou développer les conditions pour que **ces enfants et adolescents puissent comme les autres, et avec les autres, participer aux activités proposées⁵⁸.** D'où la nécessité de prendre en compte la spécificité de leurs besoins dans les projets et pratiques quotidiennes des acteurs, de mettre en œuvre les moyens financiers et humains nécessaires, faute de quoi l'accessibilité risque de se traduire en exclusion de l'intérieur (Chauvière, Plaisance 2008, CERSE 2008).

 **VLEJ** – ObservatoireVLEJ@aol.com
Contact : Isabelle Monforte, chef de projets
 01 43 27 49 40

Observatoire de l'enfance
3 square Max Hymans
75 748 Paris cédex 15

⁵⁶ Charte de déontologie pour l'accueil des personnes handicapées dans les centres de vacances et de loisirs non spécialisés » et Association Tourisme et Handicap

⁵⁷ La notion d'inclusion s'inspire de l'approche anglo-saxonne, elle « désigne l'affirmation des droits pour toute personne à accéder aux diverses institutions communes et destinées à tous, quelles que soient leurs éventuelles particularités » et fait référence aux moyens à mettre en œuvre (Chauvière Plaisance 2008), elle est marquée par une volonté de rupture politique avec la notion d'intégration, associée à une approche visant à faire entrer un élément extérieur.

⁵⁸ Voir les travaux de Cornélia Schneider sur la socialisation en milieu scolaire (2007, 2009).

Synthèse

Une situation de désavantage social, accrue à l'adolescence

L'analyse des données de l'enquête Education et famille de l'INSEE montre que :

- **la situation de handicap de l'enfant modifie les conditions de vie de sa famille**, réduisant les revenus et conduisant nombre de mères à arrêter leur activité professionnelle. Les vacances familiales sont moins fréquentes, notamment quand l'enfant ou le jeune est atteint de problèmes de santé et/ou de déficience motrice, et les pratiques de loisirs artistiques ou sportifs plus rares.
- **le temps libre de ces enfants et jeunes s'organise autour de la fréquentation d'accueils collectifs**, correspondant davantage à la nécessité d'une prise en charge, accrue quand les parents travaillent, qu'à des pratiques de loisirs.
- **les structures ordinaires proposant des activités artistiques ou sportives s'avèrent peu ouvertes aux enfants et jeunes en situation de handicap**, plus particulièrement quand il s'agit de déficiences intellectuelles ou de troubles psychiques.
- **à l'adolescence, la dépendance aux parents devient plus marquée**, notamment en matière d'accès au départ en vacances ; l'organisation du temps libre des jeunes du même âge étant caractérisée par une accès progressif à l'indépendance, le décalage se fait croissant.

Cette étude souligne :

- **L'importance des accueils collectifs sur les temps péri et extra scolaire** pour permettre à ces mères de concilier vie professionnelle, vie familiale et accompagnement de leur enfant en situation de handicap.
- **La nécessité de développer une offre de loisirs et de vacances, ordinaire mais prenant en compte les spécificités des enfants et jeunes en situation de handicap** et permettant ainsi leur participation à ces activités, avec les autres et comme les autres.
- Plus particulièrement, **les départs en séjour en collectif pourraient constituer une ouverture vers l'autonomie des adolescents**

BIBLIOGRAPHIE

Académie de Versailles, 2007, *Les troubles spécifiques des apprentissages*, dossier EPLE.

Albrecht G., Ravaud J.F., Stiker H.J., « L'émergence des *disability studies* : état des lieux et perspectives », *Sciences sociales et santé*, 19 (4), p.44-57.

Assante V., 2000, *Situations de handicap et cadre de vie*, Conseil Economique et Social.

Bourgeois A., Duée M., 2007, « Le compte social du handicap de 2000 à 2005 », *Etudes et résultats*, n°554, DREES.

Barral C., 2008, « Reconfiguration internationale du handicap et loi du 11 Février 2005 », *Revue du GRAPE*, Un enfant est handicapé, 73, 95-102.

Brouard C., 2004, *Le handicap en chiffres*, CTNERHI, DGAS, DREES.

Bruniaux C., Galtier B., 2003, « L'étude du devenir des enfants de familles défavorisées : l'apport des expériences américaines et britanniques », *Les Papiers du CERC*, n°1.

Bynner J., 2000, *Risques et résultats de l'exclusion sociale, ce que montrent les études longitudinales*, OCDE/CERI.

Centre d'Etudes et de Recherche en Sciences de l'Education (CERSE), 2008, *De l'intégration à la scolarisation des élèves handicapés : état des lieux et nouveaux besoins de formation des enseignants*, éclairages sur la situation européenne, rapport de recherche.

Chauvière M., Plaisance E., 2008, « E., Les conditions d'une culture partagée », *Reliance*, 1, N°27, pp. 31-44.

Chorum Initiatives pour le Développement de l'Economie Sociale (CIDES), 2009, *Développer l'accueil en milieu ordinaire des enfants en situation de handicap*.

Douret L. et Tursz A., 1999. , « Les troubles de l'apprentissage chez l'enfant – un problème de santé publique », *Actualité et dossier en santé publique*, Haut Conseil de Santé publique.

Espagnol Ph., Prouchandy P., 2007, « La scolarisation des enfants et adolescents handicapés », *Etudes et résultats*, DREES, n°564, mars.

Gardou C., Poizat D., 2007, *Désinsulariser le handicap, quelles ruptures pour quelles mutations culturelles ?*, Erès.

Gouyon M., 2004, L'aide aux devoirs par les parents, *INSEE Première*, 996.

Herrou C., Korf-Sausse S., 1999, *Intégration collective des jeunes enfants handicapés, Semblables et différents*, Erès.

Kindelberger C., Mallet P., 2006, « Buts sociaux et relations entre pairs au début de l'adolescence : les buts des individus sont-ils liés à la perception que ses pairs ont de lui ? », *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, n°69(1), Janvier-Mars, pp. 71-81.

Kindelberger, C., Le Floc'h, N., & Clarisse, R., 2007, « Les Activités de loisirs des enfants et des adolescents comme milieu de développement », *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 36.

Kristeva J., 2005, « Handicap ou le droit à l'irréremédiable », *Etudes*, 5, Tome 402, 619-629.

Le Floc'h, 2005, *Approche écosystémique des rythmicités attentionnelles de l'enfant*, étude des effets des aménagements du temps scolaire, des loisirs collectifs et du travail parental sur les niveaux et les variations de l'attention de l'enfant de 5 à 10 ans, Thèse de doctorat, Université de Tours.

Lo Seak-Hy, 2007, « L'appréciation des parents sur la prise en charge de leur enfant handicapé », *Etudes et résultats*, 565, DREES.

Mallet P., 2003, « Amitié, intimité émotionnelle et rôles de sexe à l'adolescence », *Pratiques psychologiques*, Vol 5(3), pp. 39-48.

Mauvieux C., Debais E., 2009, *Vacances, loisirs et handicap, coté enfant, coté parent*, Les conférences de La JPA, n°8, Université de Poitiers, La JPA.

Mellier D., Courbois Y., 2005, « Pour une approche psychologique interactive des enfants qui se développent autrement : la situation de handicap mental », *Enfance*, 3, vol. 57, pp. 213-217.

Mormiche P., 2000, « Le handicap se conjugue au pluriel », *INSEE Première*, 742.

Muller L., 2005, Pratique sportive et activités culturelles vont souvent de pair, *INSEE Première*, 1008.

Muller L., 2005, Age, diplôme, niveau de vie : principaux facteurs démographiques de la pratique sportive et des activités choisies, *Stat-info*, n°05-05.

Octobre S., 2004, *Les loisirs culturels des 6-14 ans*, Ministère de la culture et de la communication, DEP, La Documentation Française.

ONFRIH, 2009, *Le rapport de l'Observatoire National sur la Formation, la Recherche et l'Innovation sur le Handicap 2008*, Délégation Interministérielle aux Personnes Handicapées.

- Organisation Mondiale de la Santé, 2008, *Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé*, Version pour enfants et adolescents, PUF, CTNERHI.
- Observatoire des Vacances et des Loisirs des enfants et des jeunes (OVLEJ), 2006, Monforte I, « Les 5-19 ans et les vacances, types de pratiques et accessibilité », *Bulletin n° 17*.
- Observatoire des Vacances et des Loisirs des enfants et des jeunes (OVLEJ), Monforte I, 2007, « Les aides au départ dans l'enquête vacances 2004, les 5-19 ans et les vacances (2) », *Bulletin n°18*.
- Observatoire des Vacances et des Loisirs des enfants et des jeunes (OVLEJ), Monforte I, 2008, « Entre soi ou avec les autres, séjours familiaux, sans les parents ou colos, les 5-19 ans et les vacances (3) », *Bulletin n°19*.
- Péquignot, JP, *Temps de la famille, temps des enfants : des espaces de loisirs*, Conférence de la famille, Avril 2007.
- Plaisance E., 2007, «De la notion de déficience à celle de besoin éducatif particulier. De l'éducation spéciale à l'éducation partagée » disponible sur <http://www.ac-montpellier.fr/sections/enseignement-scolaire/scolarité-pour-tous/handicap>
- Ravaud J.F, Delcey M ., Abdou P., 2002, « Epidémiologie des handicaps moteurs et données sociales de base », *Déficiences motrices et situation de handicap*, APF, 22-37.
- Ravaud J.F., Letourmy A., Ville I., 2001, « Les populations handicapées : une question de point de vue », *Handicaps-Incapacités-Dépendance, premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID*, Documents de travail série études, DREES 16, 244-262.
- Rosenwald F., Tomasini M., 2005, Que font les jeunes pendant les vacances d'été ?, *Education et formation*, 72.
- Rosenwald F, 2007, « Des effectifs en hausse dans le primaire, en baisse dans le secondaire et dans le supérieur », *France portrait social 2007*, INSEE, 25-37.
- Roussel P., 2004, *Les restrictions de participation à la vie sociale des adultes*, CTNERHI.
- Schneider C., 2007, « Etre intégré, être en marge, être reconnu ? L'enfant en situation de handicap et son statut social dans une classe ordinaire », *Education et Sociétés*, 2, n°20, pp. 149-166.
- Schneider C, 2009, « Solidarité enfantine et intégration scolaire des enfants en situation de handicap », *Des enfants entre eux*, Ed. Autrement, n°253, pp.94-109.
- Sommelet D., 2006, *L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé*, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille.
- Stiker H.J., 2009, « Comment nommer les déficiences ? », *Ethnologie Française*, 3, Tome XXXIX, p. 463-470.
- Stiker H.J., 2009, *Les métamorphoses du handicap de 1970 à nos jours*, PUG.
- Thomas L. (coord.), 2009, *Développer l'accès des enfants handicapés aux structures d'accueil collectif de la petite enfance, de loisirs ou de vacances, dès le plus jeune âge !*, Plate-Forme Nationale Grandir Ensemble.
- UNAPEI/IPSOS, 2008, *Mise en place d'un Observatoire des perceptions et des besoins des enseignants vis-à-vis du handicap mental à l'école élémentaire*.