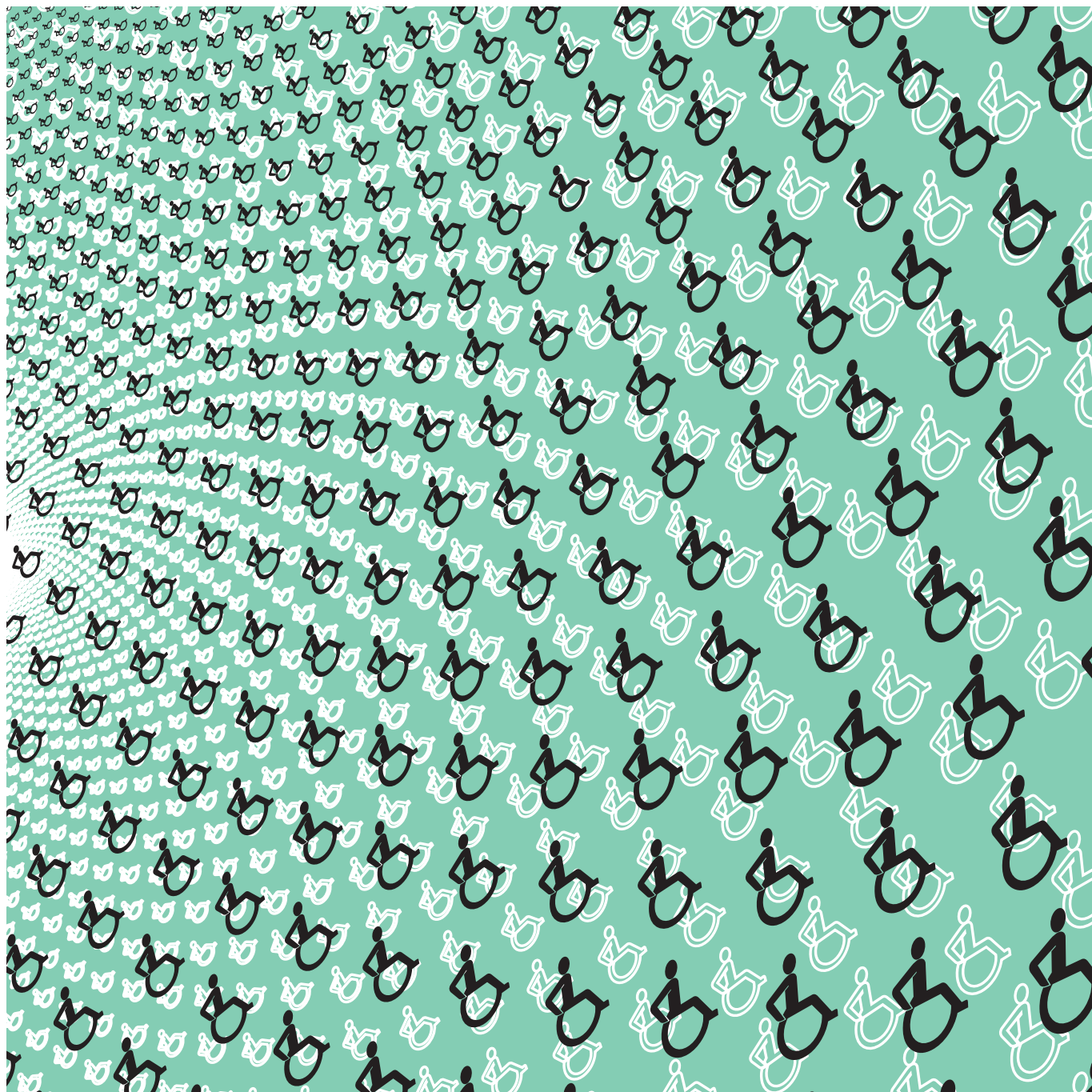


Visages du handicap

Personnes pouvant être considérées comme handicapées selon différentes définitions



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la statistique OFS

Neuchâtel, 2009

La série «Statistique de la Suisse»
publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS)
couvre les domaines suivants:

- 0** Bases statistiques et produits généraux
- 1** Population
- 2** Espace et environnement
- 3** Vie active et rémunération du travail
- 4** Economie nationale
- 5** Prix
- 6** Industrie et services
- 7** Agriculture et sylviculture
- 8** Energie
- 9** Construction et logement
- 10** Tourisme
- 11** Mobilité et transports
- 12** Monnaie, banques, assurances
- 13** Protection sociale
- 14** Santé
- 15** Education et science
- 16** Culture, médias, société de l'information, sport
- 17** Politique
- 18** Administration et finances publiques
- 19** Criminalité et droit pénal
- 20** Situation économique et sociale de la population
- 21** Développement durable et disparités régionales et internationales

Visages du handicap

Personnes pouvant être considérées comme
handicapées selon différentes définitions

Rédaction Pascale Gazareth

Editeur Office fédéral de la statistique (OFS)

Editeur: Office fédéral de la statistique (OFS)

Complément d'information: Pascale Gazareth, statistique de l'égalité pour les personnes handicapées, OFS, tél. 032 713 69 53
e-mail: pascale.gazareth@bfs.admin.ch ou gesundheit@bfs.admin.ch

Auteur: Pascale Gazareth

Réalisation: Pascale Gazareth

Diffusion: Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel
Tél. 032 713 60 60, fax 032 713 60 61, e-mail: order@bfs.admin.ch

Numéro de commande: 1086-0900-05

Prix: Fr. 6.– (TVA excl.), impression à la demande

Série: Statistique de la Suisse

Domaine: 20 Situation économique et sociale de la population

Langue du texte original: Français

Page de couverture: Netthoevel & Gaberthüel, Bienne

Graphisme/Layout: OFS

Copyright: OFS, Neuchâtel 2009
La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée

ISBN: 978-3-303-20025-4

Table des matières

1	Introduction	5	3	Influence du sexe et de l'âge	16
1.1	Définitions du handicap	5	4	Recoupements entre définitions	19
1.2	Statistique de l'égalité pour les personnes handicapées	8	4.1	Recoupements entre la définition de la statistique de l'égalité et les autres approches considérées	19
1.3	Données utilisées	9	4.2	Qualité de la mesure du handicap médical et social dans la définition de la statistique de l'égalité	20
2	Personnes pouvant être considérées comme handicapées selon différentes définitions	10	4.3	Autres recoupements	22
2.1	Définition de la statistique de l'égalité pour les personnes handicapées	10	5	Tableaux détaillés	23
2.2	Approche par les déficiences (modèle médical)	10	6	Glossaire et abréviations	33
2.3	Approche par les limitations d'activité	12			
2.4	Approche par les restrictions de participation (modèle social)	13			
2.5	Approche administrative (prestations financières pour invalidité)	14			
2.6	Approche par le besoin d'aide	15			

1 Introduction

Le handicap est une réalité plurielle qui présente des visages différents selon la définition qu'on en donne. Ces multiples visages se révèlent parfois très éloignés des représentations sociales du handicap les plus répandues dans la population, typiquement la personne en chaise roulante ou aveugle.

Dans ce contexte, cette étude poursuit deux buts : présenter un panorama du nombre de personnes vivant en Suisse pouvant être considérées comme handicapées selon différentes définitions, d'une part, et analyser dans quelle mesure la définition du handicap retenue dans la statistique de l'égalité pour les personnes handicapées recouvre les autres définitions prises en compte, d'autre part. L'étude s'appuie pour cela sur la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'OMS et sur les principales approches actuelles (médicale, sociale, etc.) du handicap.

Les analyses présentées se basent sur les données de l'enquête suisse sur la santé (ESS) 2007. Elles n'offrent donc qu'une vision partielle du handicap, l'ESS ne couvrant pas les personnes vivant en institution ou dans d'autres ménages collectifs, ni les enfants de moins de 15 ans. Des informations complémentaires, en particulier concernant les personnes vivant en institution, sont disponibles sur le portail internet de la statistique publique sous www.statistique.admin.ch (> Thèmes > 20 > Egalité pour les personnes handicapées).

1.1 Définitions du handicap

Les conceptions du handicap et la manière dont les sociétés humaines ont traité ce phénomène ont beaucoup évolué au cours de l'histoire. Actuellement, la loi fédérale sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées (LHand) considère comme handicapée «toute personne dont la déficience corporelle, mentale ou psychique présumée durable l'empêche d'accomplir les actes de la vie quotidienne, d'entretenir des contacts sociaux, de se mouvoir, de suivre une formation, de se perfectionner ou d'exercer une activité

professionnelle, ou la gêne dans l'accomplissement de ces activités» (art. 2 al.1). De manière très semblable, la Convention sur les droits des personnes handicapées de l'ONU précise que, par personnes handicapées, on entend «des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres»¹.

Ces définitions reposent toutes deux sur une même approche du handicap, à savoir un problème durable de santé qui limite la personne dans l'accomplissement des activités qu'il serait normal qu'elle accomplisse. Elles représentent en cela des synthèses des **deux principaux modèles** du handicap qui cohabitent actuellement dans les sociétés occidentales : le modèle médical et le modèle social.

Le **modèle médical** trouve ses origines au XIX^e siècle dans les travaux de la médecine visant à décrire et classer les diverses malformations et maladies incurables du corps et de l'esprit humain, de même que les infirmités devenues plus fréquentes avec les accidents du travail industriel et les guerres modernes. Le modèle médical est

Les deux principaux modèles du handicap :

Modèle médical (ou individuel)

Le handicap est un problème médical individuel d'une personne dont l'organisme présente des déficiences durables. La réponse à ce problème passe principalement par des soins et/ou des moyens auxiliaires adaptés spécifiquement à cette personne.

Modèle social

Le handicap est un problème social collectif lié au fait que l'environnement social (culturel, institutionnel, bâti, etc.) dans lequel évolue une personne ayant un problème de santé durable ne permet pas à cette dernière de mener une vie sociale intégrée. La réponse à ce problème est d'abord collective, consistant à faire évoluer l'environnement pour lever les barrières qui s'opposent à la pleine participation de cette personne à tous les aspects de la vie sociale.

¹ Convention sur les droits des personnes handicapées, article premier, 13 décembre 2006, <http://www.un.org/french/esa/social/disabled/convention.htm>.

aussi appelé modèle individuel car il considère le handicap comme un problème de l'individu, directement causé par une maladie, un traumatisme ou un autre problème de santé, requérant des mesures (soins et moyens techniques) individualisées afin de rétablir ou compenser autant que possible les fonctions biologiques déficientes chez la personne considérée.

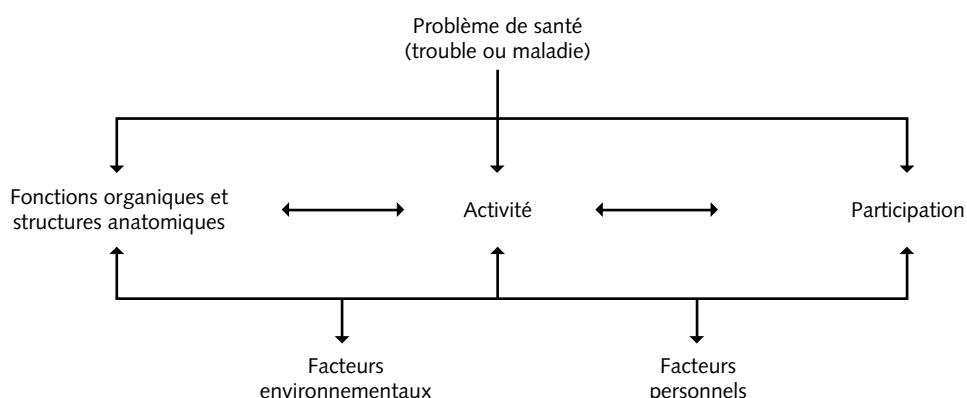
Apparu dans les années 70 dans un contexte marqué par l'action des mouvements de personnes handicapées, le **modèle social** considère à l'inverse que le handicap n'est pas un problème de la personne, mais de l'environnement social dans lequel elle évolue. Le handicap renvoie alors à tout ce qui impose des restrictions aux personnes handicapées, qu'il s'agisse des préjugés individuels, des discriminations institutionnelles, des bâtiments publics inaccessibles, des moyens de transports inutilisables, de l'éducation ségrégative, d'organisations du travail génératrices d'exclusions, etc. Selon ce modèle, il incombe à la société d'évoluer pour que les personnes atteintes dans leur santé ne soient plus «handicapées» ou, plus exactement, «en situation de handicap», mais «différentes», avec les mêmes droits et possibilités que les personnes dont l'organisme fonctionne normalement. Un environnement social adapté ne rendra pas ses bras à une personne qui en est dépourvue mais il lui permettra de vaquer, à sa façon à elle, aux activités de la vie quotidienne que tout citoyen peut normalement accomplir, qu'il s'agisse par exemple de militer dans une association, de faire ses courses, de suivre une scolarité ou d'exercer une profession. La notion d'égalité

des chances est ici centrale, raison pour laquelle ce modèle s'est fortement répandu en s'appuyant sur la notion des droits humains.

Dès ses premiers travaux pour établir une classification du handicap (la Classification internationale des handicaps: déficiences, incapacités et désavantages (CIH), parue pour la première fois en 1980), l'organisation mondiale de la santé (OMS) a tenté de réunir ces deux modèles en intégrant, à côté des concepts de «déficience» et d'«incapacité» (qui renvoient au modèle médical), celui de «désavantage social», qui fait référence aux restrictions découlant de l'environnement social.² Largement critiquée à la fois par les défenseurs du modèle médical et par ceux du modèle social, cette classification a été remplacée en 2001 par l'actuelle **Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé** (CIF ou ICF en anglais pour International classification of functioning, disability and health), laquelle propose un nouveau compromis entre les deux modèles. Sans donner une définition précise du handicap, la CIF le présente comme l'interaction défavorable entre une personne (avec son vécu, sa personnalité, etc.), son fonctionnement organique (physique, sensoriel, mental) et son environnement (culturel, institutionnel, bâti, etc.). On parle alors de modèle «bio-psycho-social» du handicap (voir Figure 1).

La CIF s'attache à préciser les notions de déficience, d'incapacité et de désavantage utilisées dans la classification précédente et à les replacer dans un contexte «positif» de fonctionnement humain médicalement et

Figure 1: Interactions entre les différents éléments de la CIF



Source: OMS

© Office fédéral de la statistique (OFS)

² Pour une définition précise de ces termes, voir Glossaire.

socialement «normal». Reprenant le modèle médical, la description des *fonctions organiques* (physiologiques et psychologiques) et des *structures anatomiques* (organes, membres) permet de définir l'*intégrité fonctionnelle et structurale*. Tout écart ou perte importante par rapport à cette intégrité constitue alors une *déficience*, autrement dit un handicap dans le sens médical. Considérant ensuite différents domaines de la vie (les tâches et actions en lien avec le traitement de l'information, la mobilité, l'entretien personnel, les relations avec autrui, la vie communautaire, etc.), la description de l'*activité* et de la *participation* amène à définir, d'une part, la *capacité* à réaliser certaines tâches dans un environnement standard (c'est-à-dire «normalisé» et uniforme, ne tenant pas compte du contexte réel) et, d'autre part, la *performance*, notion qui renvoie à la réalisation de certaines actions dans une situation de vie réelle (c'est-à-dire dans l'environnement spécifique dans lequel la personne effectue cette action). Si la personne rencontre des difficultés dans ses activités ou dans sa participation, on parle alors de *limitation d'activité*, respectivement de *restriction de participation*. Cette dernière notion correspond directement à l'approche sociale du handicap, tandis que la limitation d'activité présente un caractère mixte (médical et social).

Prenons un exemple pour illustrer les différences entre ces notions. Si une personne est aveugle (problème de santé), on considère que ses structures anatomiques sont intactes puisqu'elle a ses deux yeux. Par contre, elle présente une déficience des fonctions organiques puisqu'elle ne peut pas voir. Elle est également limitée dans ses

activités puisqu'elle n'a pas la pleine capacité à se déplacer sans encombre ou à faire ses courses. Elle est enfin restreinte dans sa participation si l'environnement dans lequel elle évolue ne lui permet pas de réaliser avec le même degré de performance qu'une personne non aveugle des tâches ou des actions comme suivre une scolarité (absence d'enseignement et de matériel scolaire adapté p.ex.), se déplacer en ville (pas d'indications audio aux feux rouges ou dans les bus, pas de lignes démarquant les espaces piétonniers et routiers, etc.) ou exercer des fonctions officielles (préjugés réduisant ses chances d'être élue ou réglementation lui interdisant toute fonction présidentielle p.ex.).

A côté du modèle médical et du modèle social, d'autres modèles sont encore mentionnés dans la littérature scientifique. La plupart du temps, il s'agit de formes particulières d'articulation entre modèle médical et social qui s'insèrent dans un contexte théorique particulier³ ou qui répondent à des considérations plutôt pragmatiques. Parmi ceux-ci, le **modèle administratif** définit le handicap par rapport à la reconnaissance qui survient lorsqu'une personne reçoit des prestations de la part d'une instance administrative (publique ou privée) en raison d'un problème de santé durable. Est alors handicapée toute personne qui touche de telles prestations. Dans le système suisse, ce modèle renvoie largement à la notion d'invalidité, c'est-à-dire à des prestations qui sont octroyées à des personnes dont la capacité de gain est reconnue durablement réduite ou nulle du fait d'un problème de santé (voir Glossaire).

Pour des raisons pratiques, les travaux relevant de cette approche limitent le plus souvent la définition du handicap aux seules personnes rentières de l'assurance-invalidité (AI) ou de son équivalent dans le pays étudié. Toutefois, au plan théorique, cette approche peut être comprise de manière plus large: non seulement les rentes ne sont pas les seules prestations versées par l'AI mais, de plus, de nombreuses autres assurances ou instances administratives, publiques ou privées, offrent des prestations en cas d'invalidité (assurances-accidents, caisses de

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)

Selon la CIF, un handicap peut se matérialiser de trois manières différentes:

Déficience

Problème dans les fonctions organiques ou les structures anatomiques, tels un écart ou une perte importante. Exemples: difficultés de mémorisation/absence de bras.

Limitation d'activité

Difficultés que rencontre une personne dans l'exécution de certaines activités. Exemples: difficultés à organiser sa journée/difficulté à manger sans aide.

Restriction de participation

Problèmes qu'une personne peut rencontrer en s'impliquant dans une situation de vie réelle. Exemples: mise à l'écart car les gens se lassent de répéter tout le temps les mêmes choses/chômage car l'employeur rechigne à aménager un poste de travail adapté.

³ C'est le cas, par exemple, de l'approche par les «capabilities» développée par Amartya Sen, où le handicap se définit par rapport à la limitation de l'éventail des choix qui s'offrent à l'individu atteint dans sa santé pour mener la vie qu'il veut compte tenu du contexte social dans lequel il vit. Ici, une personne dyslexique sera considérée comme handicapée si elle vit dans une société où la maîtrise de l'écriture détermine de manière importante ses choix professionnels ou sa valeur sociale, et comme non handicapée si elle vit dans un contexte culturel de tradition orale où sa dyslexie n'aura aucune influence sur l'éventail de choix professionnels et sociaux qui s'offre à elle.

pension, etc.)⁴. La notion d'invalidité représente une forme particulière de synthèse du modèle médical et du modèle social, puisqu'elle suppose la coexistence d'un problème médical durable et de restrictions dans la participation sociale, réduites ici à la capacité d'exercer une activité lucrative (y compris pour les personnes sans activité professionnelle)⁵.

Dernier modèle utilisé dans cette étude, le **modèle du besoin d'aide** émerge depuis quelques années en référence aux prestations que la société fournit pour venir en aide aux personnes concernées par une déficience ou une limitation d'activité. Selon ce modèle, le handicap naît lorsqu'une personne atteinte dans sa santé a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir des activités normales pour un être humain (se lever, s'habiller, manger, étudier, se déplacer, travailler, etc.). Ce modèle est généralement évoqué lorsqu'il est question d'organiser des systèmes de prestations destinées à répondre à ce besoin d'aide, par exemple un service de soins à domicile ou une offre de loisirs adaptée aux personnes en chaise roulante. On distingue généralement au sein de ce modèle l'aide informelle, fournie par des proches (parenté, voisins, connaissances), et l'aide organisée, fournie par des services spécialisés (association, service de soins à domicile, etc.). Le besoin d'aide recoupe donc partiellement le modèle administratif. Il constitue aussi une variante du modèle social puisqu'il met l'accent sur les mesures à prendre au niveau de l'environnement social pour que les personnes atteintes dans leur santé puissent fonctionner le plus normalement possible.

1.2 Statistique de l'égalité pour les personnes handicapées

Avec l'introduction de la loi sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées (LHand), l'OFS a reçu la mission de fournir des informations servant à évaluer la mise en œuvre du mandat constitutionnel de

l'égalité entre les personnes handicapées et non handicapées. Pour cela, une statistique de l'égalité pour les personnes handicapées a été mise en place, dont les premiers résultats ont été publiés en décembre 2008.

Cette statistique compare les conditions de vie des personnes considérées comme handicapées avec celles des personnes considérées comme non handicapées (reste de la population). Pour identifier les personnes handicapées parmi la population, elle utilise une définition médico-sociale du handicap: sont considérées comme handicapées les personnes qui déclarent avoir un problème de santé qui dure depuis longtemps (dimension médicale) et qui se disent limitées (faiblement ou fortement) dans les activités que les gens font habituellement (dimension sociale). Cette définition correspond dans l'esprit à celle de la LHand (voir point précédent) et s'appuie empiriquement sur plusieurs travaux antérieurs d'Eurostat, l'office statistique des communautés européennes.⁶ Cette définition étant formulée en termes très

Les paradoxes du handicap

Il existe plusieurs raisons expliquant pourquoi certaines personnes manifestement handicapées ne rentrent pas dans la définition de la statistique de l'égalité et pourquoi d'autres rentrent dans cette définition sans présenter a priori de handicap.

Tout d'abord, certaines personnes vivant depuis longtemps avec un handicap (par exemple une personne sourde de naissance) ne considèrent plus ce handicap comme un problème de santé (elles répondent alors ne pas avoir de problème de santé qui dure depuis longtemps) ou ont développé diverses stratégies pour mener une vie normale (elles ne se disent pas limitées dans leurs activités car elles peuvent effectivement les réaliser grâce à des aménagements techniques ou d'organisation).

Ensuite, l'image du handicap répandue dans la population reste largement marquée par l'approche médicale et par des situations particulièrement sévères et visibles de handicap: la personne en chaise roulante, aveugle ou trisomique. Mais les définitions récentes du handicap, comme celle de la LHand ou de la CIF, dépassent largement ces stéréotypes, intégrant, d'une part, toutes sortes de déficiences peu (re)connues comme la narcolepsie (sommeil soudain), l'anosmie (absence d'odorat) ou certains troubles obsessionnels compulsifs (TOC) et, d'autre part, des restrictions de participation reposant sur des déficiences bénignes ou même guéries depuis longtemps mais continuant à générer des réactions d'exclusion et de discrimination, comme une tache de vin ou des cicatrices disgracieuses sur le visage laissées par une maladie ou un accident.

⁴ A défaut de définition précise de cette approche, des prestations administratives débordant la question de la capacité de gain, comme une mesure de protection tutélaire, pourraient également entrer dans ce cadre.

⁵ Ces deux éléments doivent coexister pour définir l'invalidité: par exemple, si une personne est sourde mais est insérée professionnellement et n'a pas l'utilité d'un appareillage spécial, elle ne touchera pas de rente ou d'autres prestations d'invalidité et ne sera donc pas considérée comme handicapée selon le modèle administratif.

⁶ En particulier, la publication «Disability and social participation in Europe», Luxembourg, 2001.

larges, il est important d'analyser dans quelle mesure elle amène à considérer comme non handicapées des personnes que l'on définirait spontanément comme handicapées (par exemple une personne en chaise roulante ou aveugle) et comme handicapées des personnes qui ne rentrent pas dans l'acception courante du concept de handicap, même si elles répondent à la définition de la LHand (p.ex. une personne avec des douleurs chroniques). Pour cette raison, les recoupements entre la définition des personnes handicapées retenue dans la statistique de l'égalité et plusieurs autres définitions sont examinés en détail dans cette publication (voir Partie 4).

1.3 Données utilisées

Il existe de nombreuses sources de données qui fournissent des informations sur le handicap selon une approche ou une autre. Les statistiques des assurances sociales en général et de l'assurance-invalidité plus particulièrement renseignent par exemple sur le nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité (approche administrative).⁷ De même, la statistique des institutions médico-sociales (SOMED) permet de savoir combien de personnes vivent dans des institutions pour personnes handicapées ou en home pour personnes âgées. Plusieurs grandes enquêtes de population contiennent quant à elles des questions mesurant des restrictions de participation (ne pas exercer d'activité professionnelle pour raison de santé, par exemple) ou les deux questions utilisées dans la statistique de l'égalité pour définir les personnes handicapées (voir point précédent); mais ces enquêtes ne portent que sur la population adulte vivant en ménage privé. Ainsi, aucune source de données ne permet de répondre de manière exhaustive à la question «Combien y a-t-il de personnes handicapées en Suisse?» et encore moins de présenter un panorama complet intégrant les différentes approches les plus courantes du handicap.

La source de données la plus complète et polyvalente disponible à l'heure actuelle sur le handicap est certainement l'enquête suisse sur la santé (ESS). Bien qu'elle ne porte que sur la population de 15 ans et plus vivant en

ménage privé (voir encadré), elle dispose d'un échantillon suffisamment large pour mesurer des situations relativement rares comme le sont beaucoup de handicaps au sens médical du terme, et, surtout, elle permet de mesurer le handicap selon la définition de la statistique de l'égalité mais aussi selon plusieurs autres approches (médicale, sociale, administrative et en termes de besoin d'aide). C'est donc cette source de données qui a été utilisée pour réaliser la présente étude, plus précisément les données de la dernière enquête disponible, à savoir l'ESS 2007.

L'ESS présente l'avantage par rapport à d'autres grandes enquêtes de population d'avoir un questionnaire «proxy» qui reprend une large part du questionnaire normal de l'ESS. Ce questionnaire «proxy» permet de collecter des informations sur la personne ciblée par l'échantillonnage, même lorsque cette dernière ne peut pas répondre par elle-même (en raison d'un handicap ou d'une absence de longue durée par exemple); c'est alors une autre personne du ménage qui fournit les réponses la concernant. On dispose ainsi d'informations indirectes mais relativement détaillées sur des personnes fortement handicapées, habituellement exclues des grandes enquêtes de population de l'OFS.

Les analyses menées dans la présente étude consistent principalement dans des tableaux de fréquence et des tableaux croisés complétés par des tests statistiques d'indépendance. Étant donné la faible prévalence de nombreuses formes de handicap et la nature des données utilisées, des procédures statistiques adaptées aux données d'enquête par échantillon ont été utilisées et une attention particulière a été apportée aux intervalles de confiance ainsi qu'aux effectifs réellement à disposition.

L'enquête suisse sur la santé (ESS)

L'ESS est une enquête par échantillon représentative de la population résidente, réalisée tous les cinq ans depuis 1992. En 2007, 18'760 personnes âgées de 15 ans ou plus vivant dans un ménage privé ont répondu à l'interview téléphonique, et 14'393 ont également complété le questionnaire écrit. Pour plus d'information sur l'ESS, voir http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infotehek/erhebungen__quellen/blank/blank/ess/04.html.

L'ESS ne tient pas compte des personnes vivant en ménage collectif (homes, prisons etc.) ni des enfants de moins de 15 ans. Elle ne fournit donc aucune information sur les personnes handicapées vivant en institution ni sur les enfants handicapés (à l'exception d'une question sur la présence ou non d'enfant(s) handicapé(s) dans le ménage).

⁷ Ces statistiques sont toutefois spécifiques pour chaque branche d'assurance de sorte qu'il n'est pas possible de tenir compte des doubles comptages qui surviennent lorsqu'une personne touche des prestations de plusieurs assurances à la fois (p.ex. une rente d'accident complétée par une rente AI).

2 Personnes pouvant être considérées comme handicapées selon différentes définitions

Cette partie présente le nombre de personnes pouvant être considérées comme handicapées sur la base des principales approches théoriques du handicap et des données disponibles dans l'ESS. Pour chaque approche, différents indicateurs sont présentés qui offrent un panorama détaillé du handicap. Un indice global permettant une vision plus synthétique complète ce tableau descriptif. Il en résulte une vue d'ensemble de différentes situations de handicap en Suisse. Ce panorama reste néanmoins partiel et ne permet pas de répondre précisément à la question «combien y a-t-il de personnes handicapées en Suisse?». En particulier, il ne tient compte ni des enfants de moins de 15 ans ni des personnes de tous âges vivant en institution.

Résultats détaillés et formulation des questions
Voir Partie 5 (Tableaux détaillés).

2.1 Définition de la statistique de l'égalité pour les personnes handicapées

La statistique de l'égalité pour les personnes handicapées repose sur une approche médico-sociale utilisée par Eurostat dans différentes publications au début des années 2000 (voir Introduction). L'aspect médical est mesuré par le fait que la personne déclare avoir un problème de santé qui dure depuis longtemps; l'aspect social par le fait qu'elle se dit limitée (faiblement ou fortement) «dans les activités que les gens font habituellement», ce qui doit être compris comme les activités ordinaires de la vie d'une personne de même âge (se lever, préparer un repas, avoir une vie de famille, un travail, des loisirs, etc.). Dans la pratique, la question utilisée pour mesurer l'aspect social recouvre donc à la fois des limitations d'activité et des restrictions de participation (voir point 4.2).

Au total, 14% de la population âgée de 15 ans et plus répond à la définition de la statistique de l'égalité et peut être considérée comme handicapée selon cette définition.

Personnes handicapées au sens de la statistique de l'égalité

Personnes qui déclarent avoir un problème de santé qui dure depuis longtemps et qui se disent limitées (faiblement ou fortement) dans les activités que les gens font habituellement.

La statistique de l'égalité se focalise sur les 15–64 ans. Pour avoir une vue plus générale du handicap en Suisse, les analyses menées dans cette étude ont été étendues aux personnes de 65 ans et plus, d'où des différences avec les données officielles de la statistique de l'égalité.

2.2 Approche par les déficiences (modèle médical)

L'approche par les déficiences se rapporte directement au modèle médical du handicap. Elle porte sur les structures anatomiques et fonctions organique de l'être humain, à la fois au niveau physique, psychique ou mental. L'ESS contient différentes questions pouvant être rattachées à cette approche, parmi lesquelles nous avons retenu (voir G1):

- 1) Indice de déficience structurelle ou fonctionnelle: personnes qui mentionnent au moins un handicap physique ou sensoriel.
- 2) Handicaps physiques et sensoriels:
 - a) personnes qui ne peuvent lire un journal qu'avec beaucoup de difficulté ou pas du tout (handicap de la vue);
 - b) personnes qui ne peuvent suivre une conversation qu'avec beaucoup de difficulté ou pas du tout (handicap de l'ouïe);
 - c) personnes qui ne peuvent pas parler sans difficulté (handicap du langage);
 - d) personnes qui ne peuvent pas marcher seules plus de 200 mètres sans s'arrêter (handicap du mouvement);
 - e) personnes qui mesurent moins de 150 cm (petite taille);

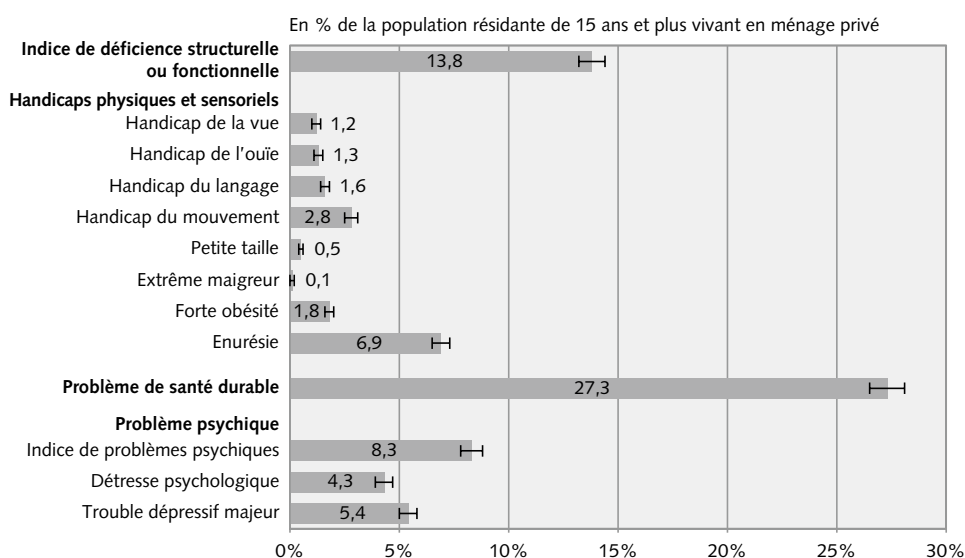
- f) personnes extrêmement maigres ($BMI < 16$);
 - g) personnes fortement obèses ($BMI > 35$);
 - h) personnes ayant des difficultés à retenir leurs urines (énurésie occasionnelle).
- 3) Problème de santé durable: personnes qui déclarent avoir une maladie ou un problème de santé qui dure depuis longtemps.
- 4) Problèmes psychiques:
- a) personnes qui sont en situation de détresse psychologique élevée;
 - b) personnes ayant vécu un trouble dépressif majeur dans les 12 derniers mois.

Les handicaps physiques et sensoriels regroupent une série de déficiences des fonctions organiques (voir, entendre, parler, marcher, retenir ses urines) ou des structures anatomiques (petite taille, masse corporelle). Il est important de se rappeler qu'ainsi mesurés, ils ne couvrent qu'une partie des déficiences répondant à cette définition du handicap. De plus, ils reflètent la perception que les personnes interrogées ont de leur situation et non un diagnostic médical. Telles que formulées, les

questions s'y rapportant ne permettent pas non plus de distinguer la cause de la déficience mesurée (handicap de naissance, trouble spécifique, vieillissement). Les problèmes de santé durables sont utilisés dans la définition de la statistique de l'égalité pour mesurer la composante médicale du handicap. Ils reposent eux aussi sur les déclarations des personnes interrogées et regroupent certainement beaucoup de problèmes qui ne sont pas nécessairement reconnus comme des handicaps, par exemple des douleurs chroniques ou des allergies. Concernant les problèmes psychiques, les données de l'ESS ne permettent pas de savoir si ceux-ci ont un caractère durable ou non, donc s'ils constituent véritablement un handicap psychique. Nous les présentons «faute de mieux», l'ESS ne récoltant pas de données plus précises sur le handicap psychique ou mental. En raison de ces réserves, l'indice global de déficience ne porte que sur les handicaps physiques et sensoriels. Cet indice n'offre donc qu'une vision partielle du handicap au sens médical puisqu'il ne porte que sur une partie des handicaps physiques et sensoriels et n'intègre pas du tout les handicaps psychiques et mentaux.

Personnes avec des déficiences (modèle médical), 2007

G 1



Source: ESS

© Office fédéral de la statistique (OFS)

2.3 Approche par les limitations d'activité

Les limitations d'activités correspondent à une zone frontière entre modèle médical et modèle social. Elles sont médicales dans le sens où elles correspondent à des incapacités à effectuer certaines activités basiques pour un être humain (se lever, se préparer à manger, etc.) indépendamment de l'influence de l'environnement de la personne. Et elles sont sociales dans la mesure où elles représentent une restriction à mener une vie ordinaire, sachant qu'avec un environnement adapté les personnes concernées pourraient souvent réaliser ces activités. Voir G2.

1) Indice de limitation d'activité: personnes qui indiquent au moins une limitation ADL ou IADL⁹.

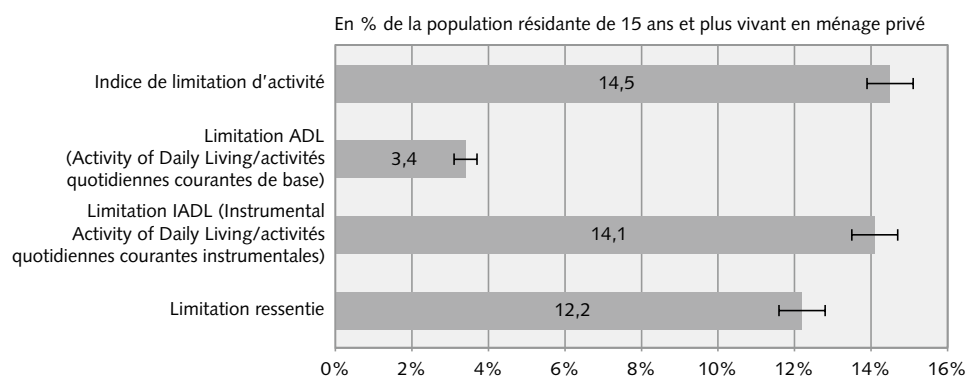
2) Limitation ADL: Personnes qui éprouvent des difficultés à réaliser au moins une des cinq activités quotidiennes courantes de base prises en compte (voir liste dans G3).

3) Limitation IADL: personnes qui éprouvent des difficultés à réaliser au moins une des huit activités quotidiennes courantes instrumentales prises en compte (voir liste dans G4).

4) Limitation ressentie¹⁰: personnes concernées par une limitation ADL ou IADL, un handicap de la vue, de l'ouïe, du langage ou du mouvement ou une énurésie, et qui indiquent qu'elles sont un peu ou fortement limitées par ce(s) handicap(s).

Personnes avec des limitations d'activité, 2007

G 2

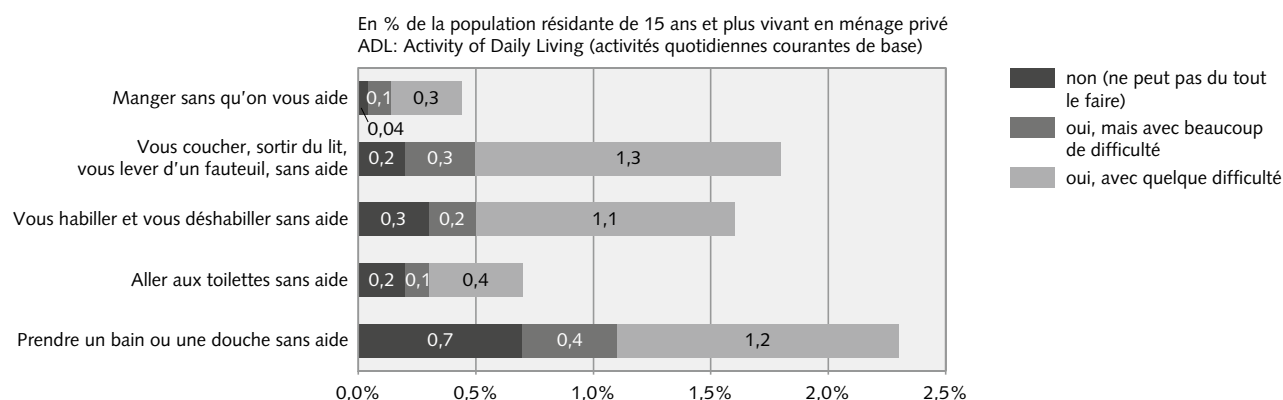


Source: ESS

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Personnes avec des limitations ADL, 2007

G 3



Source: ESS

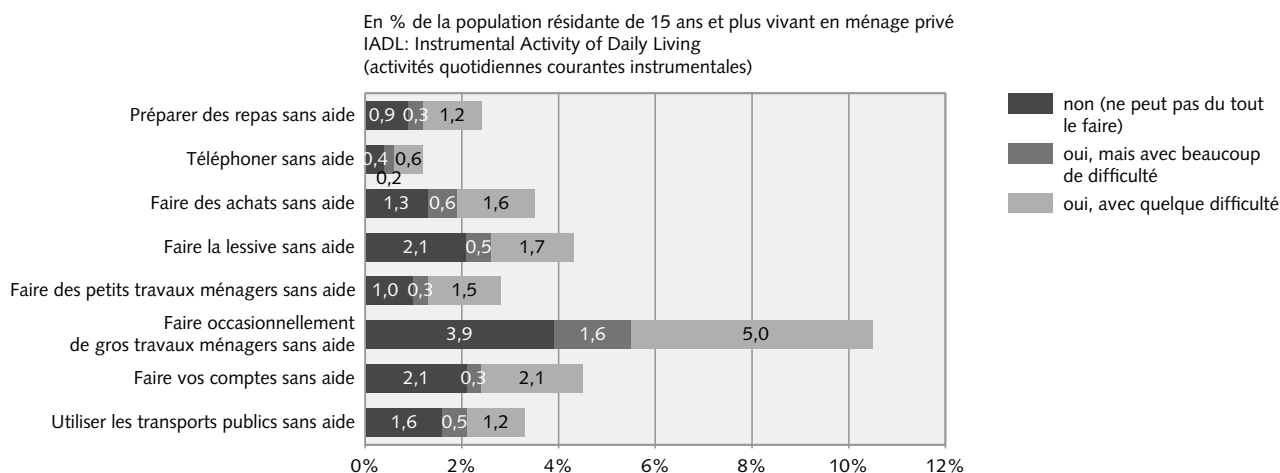
© Office fédéral de la statistique (OFS)

⁹ Activities of Daily Living (activités quotidiennes courantes de base comme se lever ou aller aux toilettes)/Instrumental Activities of Daily Living (activités quotidiennes courantes instrumentales comme préparer un repas ou téléphoner).

¹⁰ La limitation ressentie mesure l'intensité de la limitation mais peut aussi recouvrir des restrictions de participation. En conséquence, il n'en est pas tenu compte dans l'indice global de limitation.

Personnes avec des limitations IADL, 2007

G 4



Source: ESS

© Office fédéral de la statistique (OFS)

2.4 Approche par les restrictions de participation (modèle social)

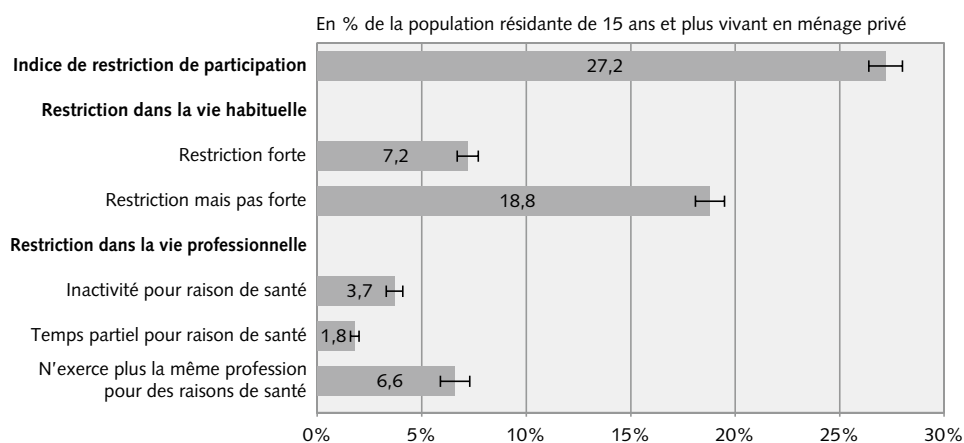
Les restrictions de participation correspondent au modèle social du handicap et mettent l'accent sur les difficultés que la personne atteinte dans sa santé rencontre pour mener une vie normale dans le contexte social qui est le sien. L'influence de l'environnement est ici centrale, puisque si cet environnement est adapté, la personne ne devrait pas connaître de restriction à sa pleine participation. Les données de l'ESS fournissent une question

générale sur les restrictions dans la vie habituelle (question utilisée dans la statistique de l'égalité pour mesurer la composante sociale du handicap) et différentes questions sur des restrictions dans la vie professionnelle (voir G5).

- 1) Indice de restriction de participation: restriction dans la vie habituelle ou dans la vie professionnelle (temps partiel ou inactivité pour des raisons de santé)¹¹.

Personnes avec des restrictions de participation (modèle social), 2007

G 5



Source: ESS

© Office fédéral de la statistique (OFS)

¹¹ Dans l'indice global, il n'est pas tenu compte des changements de profession car ne plus pouvoir exercer le métier que l'on a appris ne constitue pas une véritable restriction à la participation de la personne.

- 2) Restriction dans la vie habituelle: personnes qui se disent fortement limitées¹² ou limitées mais pas fortement dans les activités que les gens font habituellement.
- 3) Restriction dans la vie professionnelle:
 - a) personnes qui n'ont pas d'activité professionnelle pour des raisons de santé;
 - b) personnes qui travaillent à temps partiel (plutôt qu'à plein temps) pour des raisons de santé;
 - c) personnes qui ont dû changer de profession pour des raisons de santé.
- 3) Personnes qui perçoivent une rente d'assurance-accidents.
- 4) Personnes qui perçoivent une allocation pour impotence (de l'AI, de l'AVS ou d'une autre assurance).
- 5) Personnes qui perçoivent des indemnités journalières d'une assurance en lien avec la santé.

2.5 Approche administrative (prestations financières pour invalidité)

L'approche administrative correspond au fait de recevoir des prestations sociales ou d'assurance, ce qui confirme que la personne a été reconnue comme ayant un problème de santé qui lui donne droit à ces prestations. C'est une approche mixte (médicale et sociale) puisqu'elle suppose qu'une autorité administrative reconnaisse que la personne a un problème de santé durable et que ce problème l'empêche de mener une vie ordinaire, en particulier d'exercer une activité lucrative. Cette approche rejoint la notion d'invalidité, mais ne doit pas être confondue avec l'assurance-invalidité (AI) puisque l'AI n'est pas la seule assurance en Suisse à verser des prestations d'invalidité (voir encadré). Les données de l'ESS concernant les revenus monétaires des personnes interrogées permettent d'identifier quatre types de prestations relevant de cette approche administrative (voir G6):¹³

- 1) Indice de prestations financières pour invalidité: personnes qui perçoivent au moins une des quatre formes de prestations d'invalidité considérées.
- 2) Personnes qui perçoivent une rente d'invalidité (de l'AI ou d'une autre assurance).

¹² La question est formulée en termes de limitation mais renvoie bien à des restrictions au sens de la CIF. Pour éviter toute confusion avec les limitations d'activité, les modalités de réponse ont été rebaptisées en termes de restriction forte ou pas forte.

¹³ L'ESS ne relève pas d'information sur des prestations non monétaires ou sur des prestations monétaires ponctuelles comme le paiement de moyens auxiliaires; c'est pourquoi nous parlons ici de «prestations financières (régulières) pour invalidité». Par ailleurs, une rapide comparaison entre les données ESS 2007 et la statistique de l'AI permet de confirmer la bonne qualité de l'information contenue dans l'ESS. En effet, 213'500 personnes ont déclaré toucher une rente d'invalidité (de l'AI ou d'une autre assurance) selon l'ESS 2007 (voir Tableaux détaillés). Ce chiffre est assez concordant avec les 253'000 personnes bénéficiant d'une rente AI au 1er janvier 2007 selon la statistique de l'AI, du moment qu'on tient compte des quelques 40'000 personnes de 15 à 64 ans vivant en home médicalisé ou en institution pour handicapés cette même année, et dont on peut considérer que la plupart bénéficiait d'une rente AI.

Les paradoxes de l'invalidité

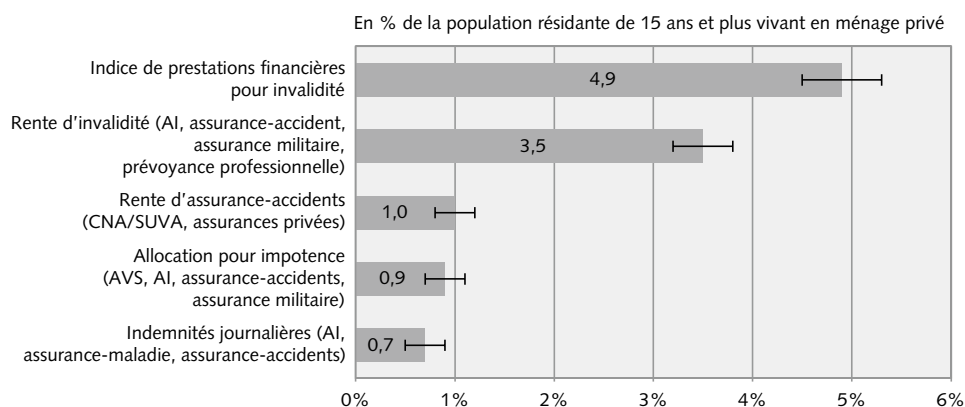
L'invalidité est une notion de nature administrative (et même juridique dans le cas de l'AI) et non scientifique. Ainsi, une personne peut être handicapée au sens médical ou social sans toucher de prestation d'invalidité (p.ex. une personne sourde qui gagne normalement sa vie en faisant de la vente par internet, ou une personne dont le dossier est en cours d'examen par les assurances). A l'inverse, une personne peut toucher des prestations d'invalidité sans être «véritablement» handicapée: une fleuriste allergique aux piqûres de rose bénéficiant d'une reconversion professionnelle, ou un conjoint/enfant indiquant toucher une rente pour conjoint/enfant de personne handicapée (dans l'AI, le bénéficiaire officiel de ces rentes reste la personne handicapée elle-même; mais dans le cas de données d'enquête comme l'ESS, il est possible qu'un conjoint indique bénéficier «pour lui-même» d'une rente de l'AI. De tels cas sont probables dans l'ESS 2007 puisque les rentes pour conjoint ont été supprimées dans l'AI dès le 1^{er} janvier 2008, soit après la fin de l'enquête).

L'invalidité ne se limite pas à l'assurance-invalidité ni aux rentes: un couvreur tombé d'un toit recevra en général une rente de la part de l'assurance-accident de son employeur, l'AI n'intervenant que de manière subsidiaire si nécessaire; la fleuriste allergique recevra des indemnités journalières – et non une rente – durant le temps de sa reconversion; une personne avec une maladie de longue durée touchera des indemnités journalières de son assurance-maladie si elle a conclu une assurance complémentaire dans ce sens, indépendamment d'une décision de l'AI la concernant.

A côté des prestations financières régulières comme les rentes ou les indemnités, il existe de nombreuses prestations plus ponctuelles ou non monétaires fournies par l'AI ou d'autres instances administratives: mesures de maintien en emploi (intervention précoce), paiement de moyens auxiliaires, de frais médicaux liés au handicap ou d'aménagements dans le logement ou sur la place de travail, enseignement spécialisé, etc. Enfin, il est courant qu'une personne reçoive simultanément des prestations différentes et/ou de différentes instances: l'AI intervient souvent en complément de l'assurance-accident de l'employeur; les allocations pour impotence sont toujours associées à une rente puisqu'elles concernent des personnes clairement incapables d'exercer une activité lucrative (mais la rente peut être une rente AVS et non une rente d'invalidité dans le cas des allocations pour impotence de l'AVS).

Personnes recevant des prestations financières pour invalidité, 2007

G 6



Source: ESS

© Office fédéral de la statistique (OFS)

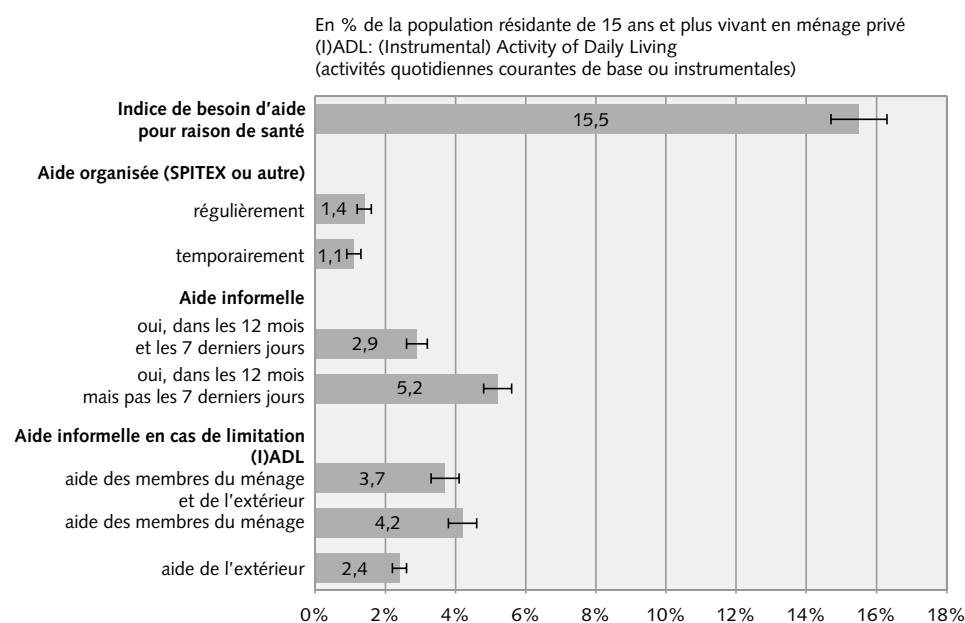
2.6 Approche par le besoin d'aide

L'approche par le besoin d'aide met le focal sur les limitations qu'une personne subit du fait d'un problème de santé, limitations qui l'amènent à solliciter l'aide de tiers pour accomplir certains actes de la vie quotidienne. Cette aide peut être de nature très différente: pour se laver, se nourrir, se déplacer, faire le ménage, tenir ses comptes ou accomplir des actes juridiques, etc. Le recours à des services organisés d'aide à domicile, de taxi-handicap ou de tutelle entrent donc dans cette approche, de même que l'aide informelle fournie par des proches. L'ESS permet de tenir compte des éléments suivants (voir G7):

- 1) Indice de besoin d'aide pour raison de santé: personnes qui reçoivent au moins une des trois formes d'aide considérées.
- 2) Personnes qui ont reçu une aide régulière ou temporaire d'un service organisé d'aide ou de soins à domicile (Spitex ou autre) au cours des 12 derniers mois.
- 3) Personnes qui ont reçu l'aide informelle de leurs proches pour une raison de santé au cours des 12 derniers mois (et des 7 derniers jours).
- 4) Personnes qui ont mentionné au moins une limitation (I)ADL et qui ont reçu l'aide informelle de membres de leur ménage ou de personnes extérieures en raison de cette limitation.

Personnes recevant de l'aide en raison d'un problème de santé, 2007

G 7



Source: ESS

© Office fédéral de la statistique (OFS)

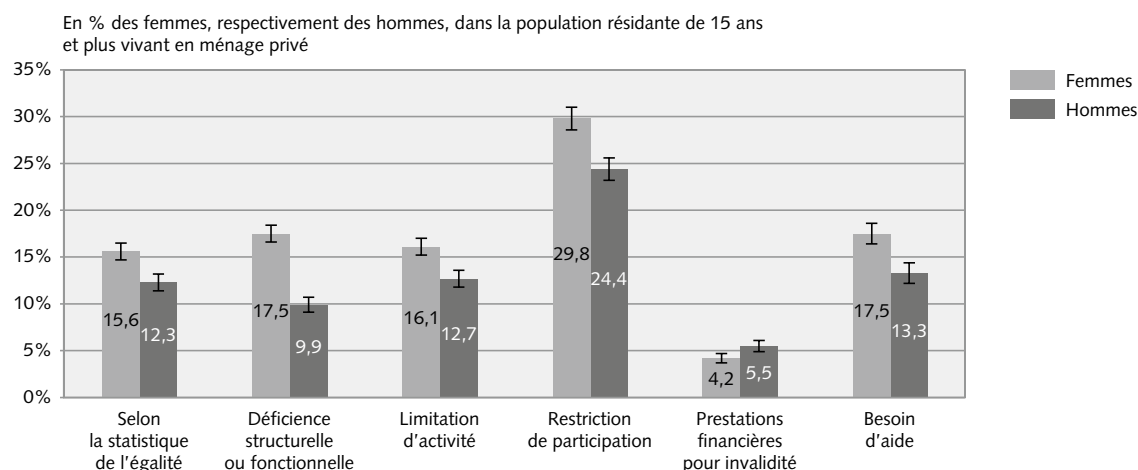
3 Influence du sexe et de l'âge

Le handicap ne se conjugue pas de la même manière selon le sexe et l'âge. Outre le fait que certaines maladies génératrices de déficiences touchent davantage les femmes que les hommes ou inversement, les rôles sociaux attribués aux hommes et aux femmes les amènent à vivre des situations, professionnelles et sociales, présentant des risques différents pour la santé. Le rapport à la santé, la façon de mentionner ou non certains problèmes ou d'accorder de l'importance à certains symptômes davantage qu'à d'autres varient également selon les rôles attribués aux femmes et aux hommes dans une société.¹⁴ Il en résulte qu'ils ne sont pas exposés aux mêmes risques en matière de handicap; et dans le cas de données récoltées par interview comme celles de l'ESS, leurs réponses peuvent varier selon l'appréciation qu'ils ont de leur propre situation.

Le graphique G8 révèle que les femmes présentent des taux de handicap supérieurs à ceux des hommes pour la plupart des types de handicaps considérés¹⁵. La seule exception se situe dans l'approche administrative: des prestations pour invalidité sont plus souvent octroyées aux hommes qu'aux femmes. Ceci tient à la place des femmes dans le monde du travail et dans les assurances sociales, même si nous manquons encore de connaissances précises sur les mécanismes qui expliquent ce moindre accès des femmes à une reconnaissance administrative de leurs problèmes de santé durables. Parmi les explications probables figurent notamment l'organisation du système de sécurité sociale (encore largement basé sur la norme de l'emploi masculin des années 1960, à savoir un emploi à plein temps régulier auprès du même employeur), la légitimité sociale de cer-

Personnes pouvant être considérées comme handicapées selon différentes définitions, selon le sexe, 2007

G 8



Source: ESS

© Office fédéral de la statistique (OFS)

¹⁴ De manière schématique, on peut dire qu'en Suisse les femmes, dont dépend souvent la prise en charge des enfants et des personnes nécessitant de l'aide, accordent globalement plus d'importance aux maux du corps et de l'esprit que les hommes, lesquels tendent à considérer les problèmes qu'ils connaissent comme négligeables pour correspondre à l'image du «sexe fort», robuste et insensible à la douleur.

¹⁵ Il s'agit d'une tendance de fond qui se retrouve à tous les âges adultes mais qui n'est souvent pas statistiquement significative si l'on considère les intervalles de confiance (voir G9), sauf pour les déficiences structurelles et fonctionnelles.

taines déficiences (p. ex. les douleurs de dos chroniques d'un maçon comparées à celles d'une femme au foyer), ou encore la tendance des femmes à renoncer à des prestations au profit d'un repli sur un rôle de femme au foyer (tendance socialement construite et souvent encouragée par l'entourage qui pousse la femme à cesser son activité professionnelle sans demander de prestation).

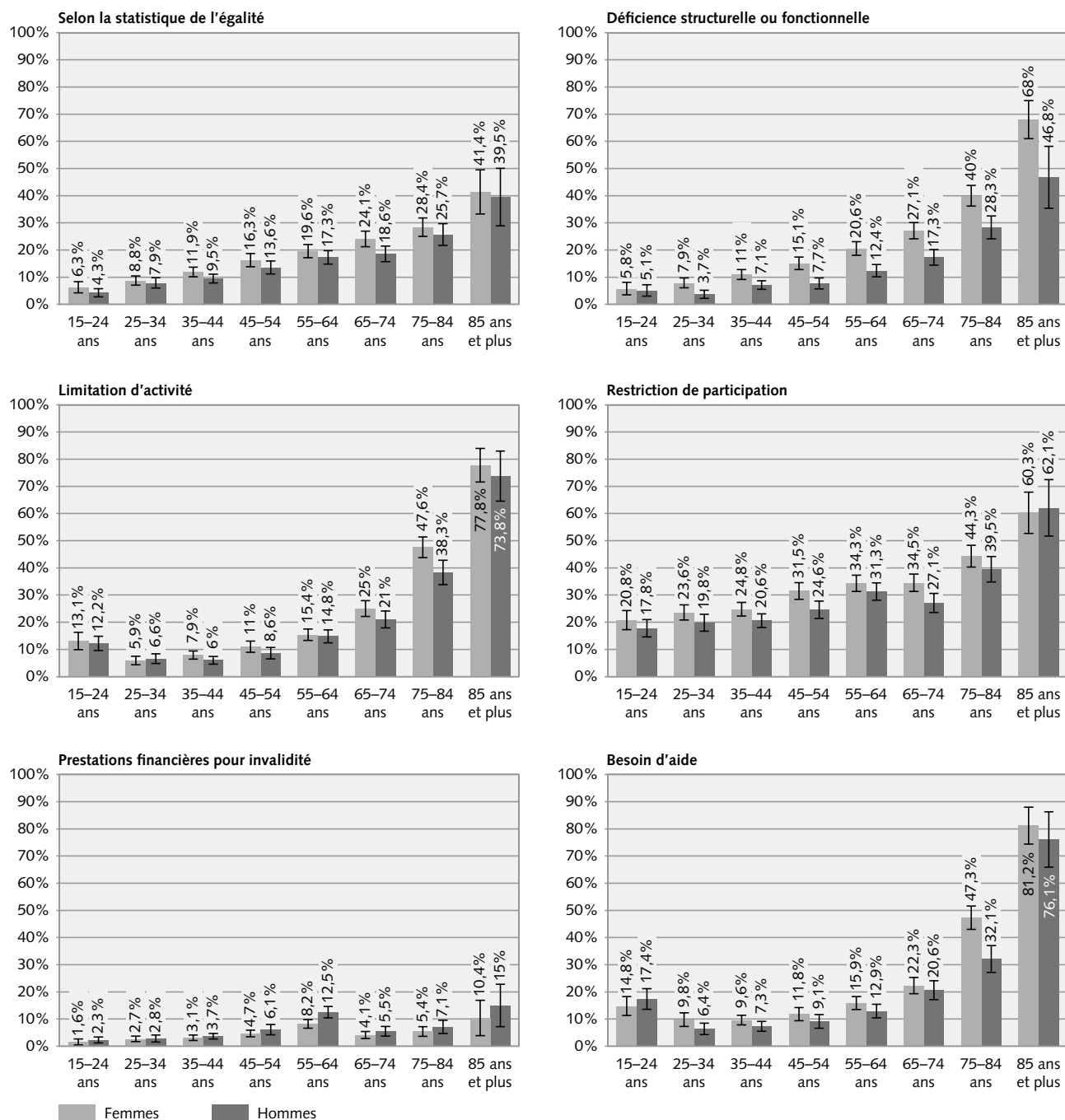
Le vieillissement est quant à lui un facteur naturel de handicap, de part le déclin progressif des fonctions organiques et l'apparition de limitations de plus en plus importantes au fur et à mesure de l'avancée en âge. Le départ du domicile pour vivre en home constitue une étape importante dans ce processus, puisqu'il marque le moment où une vie indépendante n'est plus possible pour la personne. A partir d'un certain âge, le vieillissement accroît donc significativement la prévalence de handicap dans la population. Parallèlement, les progrès de la médecine accroissent l'espérance de vie des personnes handicapées, qui sont de plus en plus nombreuses à atteindre l'âge de la vieillesse.

Le graphique G9 montre très clairement l'augmentation continue et souvent exponentielle des différentes formes de handicap avec l'âge. Au-delà de 85 ans, la majorité de la population vivant en ménage privé présente une ou plusieurs formes de handicap. La principale exception se situe au niveau des prestations pour invalidité: celles-ci augmentent également avec l'âge mais une discontinuité s'observe après 65 ans. En effet, la plupart des prestations d'invalidité sont destinées à compenser une incapacité de gain durant la vie active; elles ne perdurent donc pas au-delà de l'âge de la retraite. Ainsi, les rentes d'invalidité versées par les assurances sociales sont le plus souvent supprimées au profit des rentes de vieillesse dès lors que la personne atteint l'âge légal de la retraite (c'est en particulier le cas pour l'AI et les caisses de pension). Des prestations d'invalidité sont toutefois encore versées après l'âge de la retraite: certaines prestations d'assurances privées et, surtout, les allocations pour impotence de l'AVS. C'est principalement à elles qu'on doit la seconde croissance des prestations pour invalidité après 65 ans.

Personnes pouvant être considérées comme handicapées selon différentes définitions, selon l'âge et le sexe, 2007

G 9

En % des femmes, respectivement des hommes, de chaque groupe d'âge dans la population résidente de 15 ans et plus vivant en ménage privé



Source: ESS

© Office fédéral de la statistique (OFS)

4 Recouvrements entre définitions

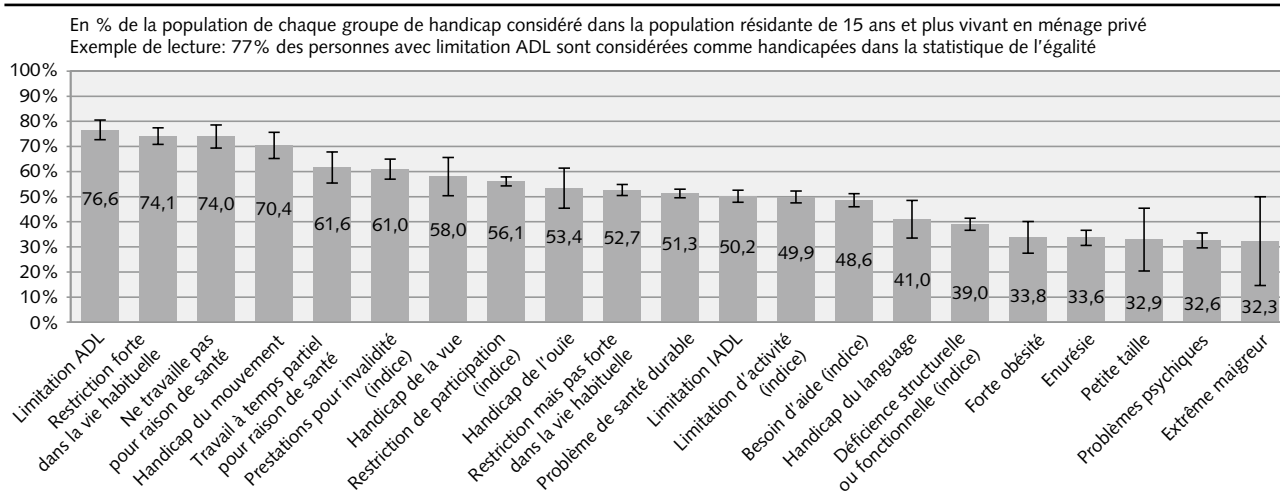
4.1 Recouvrements entre la définition de la statistique de l'égalité et les autres approches considérées

Dans la statistique de l'égalité, la définition utilisée – sont considérées comme handicapées les personnes qui déclarent avoir un problème de santé qui dure depuis longtemps et qui se disent limitées (faiblement ou fortement) dans les activités que les gens font habituellement – a l'avantage d'être synthétique mais l'inconvénient d'être large et de ne pas correspondre nécessairement aux représentations sociales les plus courantes du handicap (voir Introduction). Pour interpréter correctement les résultats de cette statistique, il est donc important de savoir dans quelle mesure elle recouvre ou non les personnes répondant à différentes situations spécifiques de handicap. C'est ce qu'illustre le graphique G10.

Les personnes avec un handicap que la statistique de l'égalité prend le plus largement en compte sont celles qui présentent une limitation ADL, qui sont fortement restreintes dans la vie habituelle ou qui sont inactives professionnellement pour raison de santé. À l'inverse, les personnes présentant une extrême maigreur, de même que celles avec des problèmes psychologiques ou étant de petite taille ne se retrouvent que très partiellement dans cette définition. Ceci provient du fait qu'elles ne considèrent pas souffrir d'un problème de santé durable ou qu'elles ne se sentent pas restreinte dans les actes de la vie habituelle par leur handicap.¹⁶ Il en va de même des personnes sourdes ou aveugles, qui ne considèrent pas toujours leur handicap comme un problème de santé

Part des personnes considérées comme handicapées selon la statistique de l'égalité dans différents groupes de handicaps, 2007

G 10



Source: ESS

© Office fédéral de la statistique (OFS)

¹⁶ Les effectifs étant très faibles pour certains croisements, les intervalles de confiance montrent une forte incertitude concernant les résultats pour l'extrême maigreur ou la petite taille. Relevons par ailleurs qu'il n'existe pas nécessairement de lien entre les problèmes de santé, resp. les restrictions, mentionnés et le handicap considéré: une personne obèse peut ne pas se sentir restreinte du fait de son surpoids mais d'un autre problème de santé, lié ou non à son poids, comme un diabète ou la perte d'une oreille.

ou ne se sentent pas limitées, compte tenu du fait qu'elles ont appris à vivre «normalement» avec leur handicap. De même, seule la moitié des personnes avec une restriction de participation répondent à la définition de la statistique de l'égalité, les autres n'ayant pas mentionné souffrir d'un problème de santé qui dure depuis longtemps.

4.2 Qualité de la mesure du handicap médical et social dans la définition de la statistique de l'égalité

La définition utilisée dans la statistique de l'égalité vise à couvrir à la fois la dimension médicale du handicap (par l'existence d'un problème de santé durable) et la dimension sociale (par l'existence de restrictions dans la vie habituelle). Les graphiques G11 et G12 permettent de visualiser dans quelle mesure elle y parvient. Ils se restreignent aux personnes d'âge actif (15–64 ans) pour correspondre précisément à la statistique de l'égalité et pour éviter des biais liés au vieillissement.

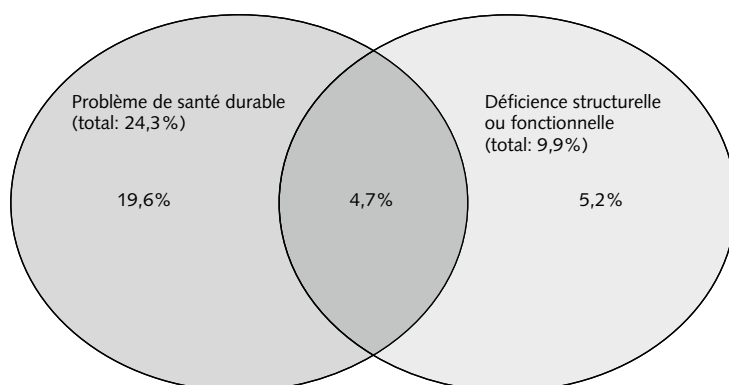
Le graphique G11 porte sur la mesure du handicap sous l'angle médical. Il compare l'indicateur utilisé dans la statistique de l'égalité (problème de santé durable) avec l'indice de déficience structurelle et fonctionnelle

(qui représente la mesure disponible la plus directe pour le modèle médical du handicap, même si elle ne tient compte que d'une partie des déficiences existantes).

La mesure d'un handicap au sens médical par l'existence d'un problème de santé durable ne recoupe que très partiellement les déficiences prises en compte dans l'ESS: 20% des personnes interrogées disent souffrir d'un problème durable de santé mais ne déclarent aucune déficience en parallèle, alors que seuls 5% déclarent souffrir à la fois d'un problème de santé durable et de déficience. Cela tient sans doute à deux facteurs: d'une part, les déficiences prises en compte dans l'ESS ne recouvrent qu'une petite partie de toutes les déficiences possibles; d'autre part, de nombreux problèmes de santé qui durent depuis longtemps concernent sans doute divers maux chroniques (mal au dos, migraines, maux d'estomac, etc.) et maladies de longue durée (diabète, maladies cardiovasculaires, etc.) dont les représentations ne correspondent que partiellement à la notion de handicap. De même, seule une moitié environ des personnes présentant une déficience mentionne avoir un problème de santé qui dure depuis longtemps. Ici aussi, ce paradoxe s'explique: une personne aveugle de naissance ou de petite taille ne considère par nécessairement sa déficience comme un problème de santé. Il faut donc

Personnes présentant un problème de santé durable ou une déficience, 2007 G 11

En % de la population résidante de 15 à 64 ans vivant en ménage privé
En raison des non-réponses et de la limite d'âge, les totaux pour chaque indice peuvent varier par rapport aux autres graphiques



Source: ESS

© Office fédéral de la statistique (OFS)

conclure que la déclaration d'un problème de santé durable n'est sans doute pas un indicateur optimal du handicap sous l'angle médical, ne captant qu'une partie des déficiences.¹⁷

Le graphique G12 se rapporte quant à lui au handicap sous l'angle social. Il compare l'indicateur utilisé dans la statistique de l'égalité (restriction dans la vie habituelle) avec l'indice de restriction de participation (qui mesure le modèle social du handicap, incluant à la fois les restrictions dans la vie habituelle et dans la vie professionnelle). Comme la formulation de la question sur les restrictions dans la vie habituelle peut a priori recouvrir aussi des limitations d'activité (voir point 2.1), cet aspect est ajouté à la comparaison.

La mesure de la dimension sociale du handicap par l'existence de restrictions dans la vie habituelle s'avère quant à elle largement pertinente. De fait, seul 1,2% de la population d'âge actif mentionne une restriction de participation sans restriction dans la vie habituelle¹⁸.

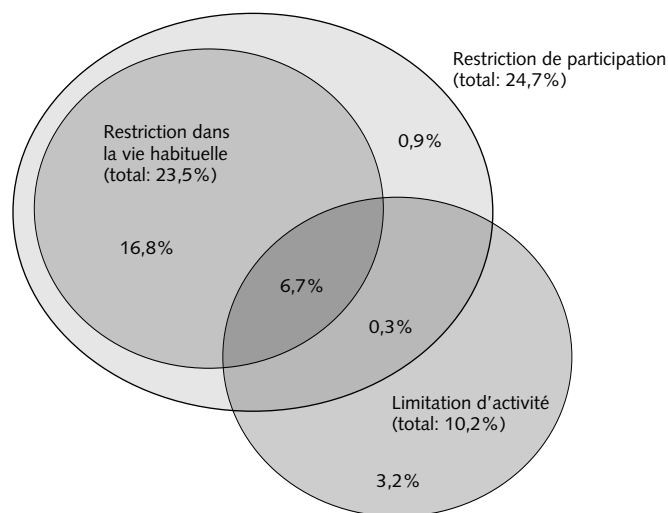
Les restrictions dans la vie habituelle recouvrent également une partie (env. 2/3) des limitations d'activité, sans qu'on puisse véritablement estimer si cela provient de l'interprétation de la question sur les restrictions ou de la coexistence de restrictions et de limitations. Toutefois, une large majorité (env. 2/3) des réponses concernant les restrictions dans la vie habituelles ne s'accompagnent pas de limitations d'activité, démontrant que la question mesure bien d'abord des restrictions de participation et accessoirement certaines limitations d'activité.

En conclusion, la définition du handicap utilisée dans la statistique de l'égalité peut être considérée comme pertinente par son caractère synthétique et facile à mettre en œuvre. Elle recouvre de manière satisfaisante la dimension sociale du handicap, mais elle est moyennement performante pour saisir la dimension médicale du handicap. Cette information permettra d'interpréter plus correctement les résultats de la statistique de l'égalité et donc d'en améliorer la qualité.

Personnes présentant une restriction dans la vie habituelle, une restriction de participation ou une limitation d'activité, 2007

G 12

En % de la population résidente de 15 à 64 ans vivant en ménage privé
En raison des non-réponses et de la limite d'âge, les totaux pour chaque indice peuvent varier par rapport aux autres graphiques



Source: ESS

© Office fédéral de la statistique (OFS)

¹⁷ En l'absence d'un indicateur plus complet des déficiences structurelles et fonctionnelles, il est toutefois difficile d'évaluer précisément l'écart entre les deux indicateurs, et donc la qualité exacte de la mesure du handicap au sens médical par l'existence d'un problème de santé durable.

¹⁸ Cela correspond à des personnes restreintes dans leur capacité de travail (travail à temps partiel ou inactivité professionnelle pour raison de santé) qui n'ont pas indiqué être limitées dans les activités que les gens font habituellement.

4.3 Autres recoupements

Quelques analyses complémentaires fournissent des renseignements sur les recoupements entre les autres définitions du handicap prises en compte dans cette étude. Parmi les résultats les plus significatifs, mentionnons le lien très fort qui existe entre besoin d'aide et limitation d'activité: 93 % des personnes recevant de l'aide font état d'au moins une limitation ADL ou IADL. On peut donc conclure que ces dimensions du handicap n'en font en réalité qu'une. De même, un lien presque aussi intense s'observe entre invalidité et restriction de participation: 80 % des personnes percevant des prestations pour invalidité mentionnent des restrictions dans la vie habituelle ou dans leur participation à la vie professionnelle. Ce dernier aspect est conforme à la relation très forte entre invalidité et capacité de gain dans le système de sécurité sociale suisse.

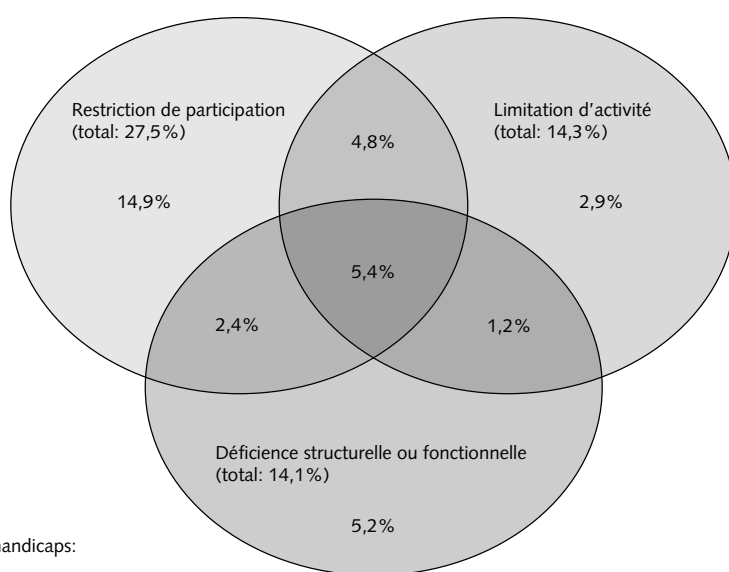
Le graphique G13 illustre enfin les recoupements entre les trois dimensions du handicap définies dans la CIF. Ces trois dimensions se révèlent assez largement indépendantes les unes des autres: seule une minorité des personnes (env. une sur sept) répondant à l'une ou l'autre définition du handicap présentent simultanément une déficience, une limitation et une restriction. Les restrictions de participation apparaissent comme les plus indépendantes des deux autres dimensions. Mais il est important de rappeler que l'ESS ne permet de mesurer qu'une partie des déficiences recensées dans la CIF, ce qui biaise de manière importante l'image reflétée par le graphique G13. Rappelons par ailleurs que les définitions utilisées dans cette étude incluent les situations de handicap légères – ce qui explique la forte part de la population répondant à l'une ou l'autre des dimensions du handicap selon la CIF. Il est vraisemblable qu'en focalisant sur des situations de handicap plus sévères, le recouplement entre dimensions soit nettement plus important, laissant apparaître un «noyau dur» du handicap en Suisse.

Personnes présentant une restriction de participation, une limitation d'activité ou une déficience, 2007

G 13

En % de la population résidante de 15 ans et plus vivant en ménage privé

En raison des non-réponses, les totaux pour chaque indice peuvent varier par rapport aux autres graphiques



Total des 3 handicaps:
36,7%

Source: ESS

© Office fédéral de la statistique (OFS)

5 Tableaux détaillés

Tableaux détaillés:

nb (échantillon): nombre de cas disponibles dans l'échantillon.

Nb (estimé): nombre de personnes estimé dans la population résidente de 15 ans et plus vivant en ménage privé (population totale); la précision apparente de cette donnée est trompeuse puisqu'il ne s'agit que d'une estimation qu'il faudrait en principe arrondir au moins à la centaine la plus proche.

% (estimé): pourcentage dans la population totale y compris les non-réponses.

% (estimé valide): pourcentage dans la population totale sans les non-réponses.

± IC: intervalle de confiance indiquant la marge d'erreur pour le % (estimé valide); en prenant l'exemple de la statistique de l'égalité, on peut considérer que le pourcentage réel de personnes répondant à cette définition se situe avec une probabilité de 95% dans une fourchette de 14 plus ou moins la marge d'erreur de 0,6, c'est-à-dire entre 13,4% et 14,6%.

Population prise en compte: personnes de 15 ans et plus vivant dans un ménage privé (sans les enfants et les personnes en institution ou autres ménages collectifs).

Les **réponses** figurent dans l'ordre où elles sont proposées dans le questionnaire; les réponses correspondant à un handicap, surlignées en gris clair, ne figurent donc pas toujours en tête de liste.

Source: ESS 2007

	nb (échantillon)	Nb (estimé)	% (estimé)	% (estimé valide)	± IC
Définition utilisée dans la statistique de l'égalité pour les personnes handicapées					
Selon la statistique de l'égalité					
Personnes qui déclarent avoir un problème de santé qui dure depuis longtemps et qui se disent limitées (faiblement ou fortement) dans les activités que les gens font habituellement					
Personne considérées comme handicapées	2 862	864 903	14,0	14,0	0,6
Personnes considérées comme non handicapées	15 886	5 318 375	86,0	86,0	0,6
non-réponse	12	3 433	0,1		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

	nb (échantillon)	Nb (estimé)	% (estimé)	% (estimé valide)	± IC
Déficiences (modèle médical)					

Indice de déficience structurelle ou fonctionnelle

Personnes avec au moins une déficience (vue, ouïe, langage, mouvement, taille, masse corporelle ou énurésie); sans les problèmes de santé durables et les problèmes psychiques.

avec déficience	2 653	766 141	12,4	13,8	0,6
sans déficience	14 777	4 786 453	77,4	86,2	0,6
non-réponse	1 330	634 117	10,2		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

Problème de santé durable

Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui dure depuis longtemps?

oui	5 568	1 686 233	27,3	27,3	0,8
non	13 174	4 494 069	72,6	72,7	0,8
non-réponse	18	6 410	0,1		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

Handicap de la vue

Voyez-vous suffisamment bien pour lire un livre ou un journal? Avec des lunettes, resp. des lentilles de contact si vous en portez d'habitude

oui, sans difficulté	17 847	5 917 120	95,6	95,7	0,4
oui, sans trop de difficulté	637	190 162	3,1	3,1	0,3
oui, mais avec beaucoup de difficulté	166	44 828	0,7	0,7	0,1
non	105	31 005	0,5	0,5	0,1
non-réponse	5	3 597	0,06		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

Handicap de l'ouïe

Pouvez-vous suivre une conversation à laquelle participent au moins 2 personnes? Avec un appareil auditif

oui, sans difficulté	17 763	5 878 670	95,0	95,0	0,4
oui, sans trop de difficulté	737	226 652	3,7	3,7	0,3
oui, mais avec beaucoup de difficulté	172	50 680	0,8	0,8	0,2
non	81	29 000	0,5	0,5	0,1
non-réponse	7	1 709	0,03		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

Handicap du langage

Pouvez-vous parler sans difficulté?

oui	18 475	6 086 465	98,4	98,4	0,2
non	280	98 469	1,6	1,6	0,2
non-réponse	5	1 777	0,03		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

	nb (échantillon)	Nb (estimé)	% (estimé)	% (estimé valide)	± IC
Handicap du mouvement					
Sur quelle distance pouvez-vous marcher seul-e (sans aide) sans vous arrêter et sans être fortement incommodé-e?					
200 mètres ou plus	18 172	6 013 537	97,2	97,2	0,3
plus de quelques pas mais moins de 200 mètres	348	96 555	1,6	1,6	0,2
seulement quelques pas	150	45 525	0,7	0,7	0,2
je ne peux pas me déplacer	83	28 056	0,5	0,5	0,1
non-réponse	7	3 039	0,05		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

Petite taille

Pouvez-vous m'indiquer votre taille sans chaussures?

Moins de 150 cm	103	29 179	0,5	0,5	0,1
150 cm et plus	18 549	6 123 881	99	99,5	0,1
non-réponse	108	33 651	0,5		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

Forte obésité et extrême maigreur

Selon indice de masse corporelle (BMI): poids divisé par la taille au carré (calculé uniquement pour les 18 ans et plus).

Pouvez-vous m'indiquer votre taille sans chaussures?

Et combien pesez-vous sans vêtement? Pour les femmes enceintes: Quel était votre poids au début de la grossesse?

maigreur sévère (BMI < 16)	35	7 041	0,1	0,1	0,1
maigreur modérée (16 ≤ BMI < 17)	80	23 345	0,4	0,4	0,1
maigreur légère (17 ≤ BMI < 18,5)	499	157 703	2,5	2,7	0,3
poids normal (18,5 ≤ BMI < 25)	10 212	3 343 978	54,1	57,8	0,9
surpoids (25 ≤ BMI < 30)	5 465	1 758 602	28,4	30,4	0,9
obésité modérée (30 ≤ BMI < 35)	1 252	388 112	6,3	6,7	0,5
obésité sévère (35 ≤ BMI < 40)	263	78 461	1,3	1,4	0,2
obésité massive (BMI ≥ 40)	73	26 814	0,4	0,5	0,1
non-réponse (dont 15–17 ans)	881	402 654	6,5		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

Enurésie

Vous arrive-t-il d'avoir des problèmes pour retenir vos urines? Si oui: A quelle fréquence?

au moins une fois par semaine	756	206 938	3,3	3,6	0,3
moins d'une fois par semaine, mais au moins une fois par mois	354	98 575	1,6	1,7	0,2
moins d'une fois par mois	304	80 795	1,3	1,4	0,2
non	16 468	5 402 327	87,3	93,3	0,4
non-réponse (dont interviews proxy)	878	398 076	6,4		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

	nb (échantillon)	Nb (estimé)	% (estimé)	% (estimé valide)	± IC
Problème psychique					
Indice (détresse psychologique ou trouble dépressif majeur)					
oui	1 494	473 642	7,7	8,3	0,5
non	16 112	5 229 534	84,5	91,7	0,5
non-réponse (dont interviews proxy)	1 154	483 534	7,8		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

Détresse psychologique

Indice (fréquence durant les 4 dernières semaines d'épisodes de nervosité, de calme, de cafard, d'abattement ou heureux)					
élevée	807	242 766	3,9	4,3	0,4
moyenne	2 342	729 454	11,8	12,8	0,6
faible	14 485	4 739 223	76,6	83	0,7
non-réponse (dont interviews proxy)	1 126	475 268	7,7		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

Trouble dépressif majeur

Indice (survenance d'un trouble dépressif majeur au cours des 12 derniers mois)					
trouble dépressif majeur	968	313 351	5,1	5,4	0,4
aucun trouble dépressif majeur	16 887	5 461 483	88,3	94,6	0,4
non-réponse (dont interviews proxy)	905	411 876	6,7		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

	nb (échantillon)	Nb (estimé)	% (estimé)	% (estimé valide)	± IC
Limitation d'activité					
Indice de limitation d'activité					
Personnes avec au moins une limitation ADL ou IADL					
avec limitation d'activité	2 964	891 549	14,4	14,5	0,6
sans limitation d'activité	15 742	5 277 608	85,3	85,5	0,6
non-réponse	54	17 554	0,3		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

Limitation ADL (Activity of Daily Living/activités quotidiennes courantes de base)

Je vais énumérer plusieurs activités de la vie courante. Dites-moi, pour chacune d'elles, si vous pouvez l'accomplir sans difficulté, avec quelques difficultés, avec beaucoup de difficulté, ou pas du tout.

Limitation ADL: personnes qui déclarent avoir au moins quelques difficultés dans au moins une des 5 activités ADL qui suivent					
avec limitation ADL	713	211 379	3,4	3,4	0,3
sans limitation ADL	18 044	5 974 192	96,6	96,6	0,3
non-réponse	3	1 140	0,02		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

	nb (échantillon)	Nb (estimé)	% (estimé)	% (estimé valide)	± IC
... Manger sans qu'on vous aide					
oui, sans difficulté	18 668	6 159 420	99,6	99,6	0,1
oui, avec quelque difficulté	59	19 841	0,32	0,32	0,1
oui, mais avec beaucoup de difficulté	17	4 694	0,08	0,08	0
non	15	2 602	0,04	0,04	0
non-réponse	1	154	0,003		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

... Vous coucher, sortir du lit, vous lever d'un fauteuil, sans aide

oui, sans difficulté	18 391	6 076 638	98,2	98,2	0,2
oui, avec quelque difficulté	270	79 859	1,3	1,3	0,2
oui, mais avec beaucoup de difficulté	65	17 665	0,3	0,3	0,1
non	33	12 395	0,2	0,2	0,1
non-réponse	1	154	0,003		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

... Vous habiller et vous déshabiller sans aide

oui, sans difficulté	18 453	6 086 344	98,4	98,4	0,2
oui, avec quelque difficulté	216	69 646	1,1	1,1	0,2
oui, mais avec beaucoup de difficulté	37	9 784	0,2	0,2	0,1
non	52	20 114	0,3	0,3	0,1
non-réponse	2	823	0,01		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

... Aller aux toilettes sans aide

oui, sans difficulté	18 620	6 141 203	99,3	99,3	0,2
oui, avec quelque difficulté	87	25 655	0,4	0,4	0,1
oui, mais avec beaucoup de difficulté	14	4 865	0,1	0,1	0,1
non	38	14 834	0,2	0,2	0,1
non-réponse	1	154	0,003		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

... Prendre un bain ou une douche sans aide

oui, sans difficulté	18 271	6 044 133	97,7	97,7	0,3
oui, avec quelque difficulté	269	76 794	1,2	1,2	0,2
oui, mais avec beaucoup de difficulté	77	21 981	0,4	0,4	0,1
non	141	43 331	0,7	0,7	0,2
non-réponse	2	471	0,01		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

	nb (échantillon)	Nb (estimé)	% (estimé)	% (estimé valide)	± IC
Limitation IADL (Instrumental Activity of Daily Living/activités quotidiennes courantes instrumentales)					
Je vais énumérer d'autres activités quotidiennes. Dites-moi, pour chacune d'elles, si vous pouvez l'accomplir sans difficulté, avec quelques difficultés, avec beaucoup de difficulté, ou pas du tout.					
Limitation IADL: personnes qui déclarent avoir au moins quelques difficultés dans au moins une des 8 activités IADL qui suivent					
avec limitation IADL	2 887	868 870	14	14,1	0,6
sans limitation IADL	15 814	5 299 034	85,7	85,9	0,6
non-réponse	59	18 807	0,3		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

... Préparer des repas sans aide

oui, sans difficulté	18 322	6 038 486	97,6	97,7	0,3
oui, avec quelque difficulté	212	74 546	1,2	1,2	0,2
oui, mais avec beaucoup de difficulté	52	16 115	0,3	0,3	0,1
non	161	53 111	0,9	0,9	0,2
non-réponse	13	4 452	0,1		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

... Téléphoner sans aide

oui, sans difficulté	18 544	6 113 812	98,8	98,8	0,2
oui, avec quelque difficulté	108	36 697	0,6	0,6	0,1
oui, mais avec beaucoup de difficulté	49	13 992	0,2	0,2	0,1
non	58	22 055	0,4	0,4	0,1
non-réponse	1	154	0,003		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

... Faire des achats sans aide

oui, sans difficulté	18 046	5 967 026	96,4	96,5	0,3
oui, avec quelque difficulté	332	100 004	1,6	1,6	0,2
oui, mais avec beaucoup de difficulté	120	37 481	0,6	0,6	0,1
non	256	80 416	1,3	1,3	0,2
non-réponse	6	1 784	0,03		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

... Faire la lessive sans aide

oui, sans difficulté	17 912	5 906 198	95,5	95,7	0,4
oui, avec quelque difficulté	333	107 493	1,7	1,7	0,2
oui, mais avec beaucoup de difficulté	93	31 090	0,5	0,5	0,1
non	382	127 671	2,1	2,1	0,3
non-réponse	40	14 259	0,2		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

	nb (échantillon)	Nb (estimé)	% (estimé)	% (estimé valide)	± IC
... Faire des petits travaux ménagers sans aide					
oui, sans difficulté	18 191	6 013 080	97,2	97,2	0,3
oui, avec quelque difficulté	303	92 559	1,5	1,5	0,2
oui, mais avec beaucoup de difficulté	73	19 635	0,3	0,3	0,1
non	187	59 698	1	1	0,2
non-réponse	6	1 739	0,03		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

... Faire occasionnellement de gros travaux ménagers sans aide

oui, sans difficulté	16 453	5 535 652	89,5	89,6	0,5
oui, avec quelque difficulté	1 048	305 937	4,9	5	0,4
oui, mais avec beaucoup de difficulté	359	97 384	1,6	1,6	0,2
non	875	241 582	3,9	3,9	0,3
non-réponse	25	6 157	0,1		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

... Faire vos comptes sans aide

oui, sans difficulté	17 947	5 896 882	95,3	95,5	0,4
oui, avec quelque difficulté	349	128 679	2,1	2,1	0,3
oui, mais avec beaucoup de difficulté	71	20 844	0,3	0,3	0,1
non	354	127 313	2,1	2,1	0,3
non-réponse	39	12 993	0,2		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

... Utiliser les transports publics sans aide

oui, sans difficulté	18 014	5 973 774	96,6	96,7	0,3
oui, avec quelque difficulté	270	76 859	1,2	1,2	0,2
oui, mais avec beaucoup de difficulté	107	30 462	0,5	0,5	0,1
non	339	96 974	1,6	1,6	0,2
non-réponse	30	8 642	0,1		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

Limitation ressentie

Seulement pour les personnes avec handicap de la vue, de l'ouïe, du langage ou du mouvement, ou avec une limitation (I)ADL ou une énurésie

A quel point vous sentez-vous limité-e par votre handicap?

aucunement	1 811	535 895	8,7	9,3	0,5
un peu	1 856	528 947	8,5	9,1	0,5
fortement	641	175 162	2,8	3	0,3
sans aucune des déficiences ou limitations prises en compte	13 586	4 547 973	73,5	78,6	0,7
non-réponse (dont interviews proxy)	866	398 734	6,4		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

	nb (échantillon)	Nb (estimé)	% (estimé)	% (estimé valide)	± IC
Restriction de participation (modèle social)					

Indice de restriction de participation

Personnes qui déclarent être limitées dans les activités de la vie normale ou qui ne travaillent pas/à temps partiel pour raison de santé

avec restriction de participation	4 794	1 542 990	24,9	27,2	0,8
sans restriction de participation	12 422	4 136 440	66,9	72,8	0,8
non-réponse	1 544	507 281	8,2		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

Restriction dans les activités de la vie normale

Etes-vous limité-e depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement?

fortement limité-e	1 286	409 317	6,6	7,2	0,5
limité-e mais pas fortement	3 289	1 067 165	17,2	18,8	0,7
pas limité-e	12 632	4 199 933	67,9	74	0,8
non-réponse	1 553	510 296	8,2		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

Restriction dans la vie professionnelle**Inactivité pour raison de santé**

Est-ce pour des raisons de santé que vous ne travaillez pas à plein temps?

N'exercez-vous pas d'activité professionnelle pour des raisons de santé?

Indice: réponse «oui» à l'une ou l'autre question

inactivité pour raison de santé	690	227 348	3,7	3,7	0,4
temps partiel pour raison de santé	390	112 586	1,8	1,8	0,2
pas de limitation dans le travail pour raison de santé	17 657	5 839 902	94,4	94,5	0,4
non-réponse	23	6 874	0,1		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

Reclassement professionnel

Pour les personnes qui n'exercent plus (ou n'exerçait plus lors de leur dernier emploi) la même profession que celle qu'elles ont apprise

N'exercez-vous/n'exerciez-vous plus la profession apprise pour des raisons de santé?

oui	577	177 199	2,9	6,6	0,7
non	18 067	5 965 356	96,4	93,4	0,7
non-réponse	116	44 155	0,7		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

	nb (échantillon)	Nb (estimé)	% (estimé)	% (estimé valide)	± IC
Prestations financières pour invalidité (modèle administratif)					

Indice de prestations financières pour invalidité

Recevez-vous personnellement une rente (AVS, AI, caisse de pension, assurance privée), des indemnités journalières, pensions alimentaires, bourses, indemnités de chômage ou un autre soutien financier?

Si oui: Quel genre de soutien financier recevez-vous?

Indice: au moins 1 prestation parmi les 4 considérées

avec prestations pour invalidité	1 012	299 475	4,8	4,9	0,4
sans prestations pour invalidité	17 648	5 854 684	94,6	95,1	0,4
non-réponse	100	32 552	0,5		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

Rente d'invalidité (AI, assurance-accidents, assurance militaire, prévoyance professionnelle)

oui	728	213 534	3,5	3,5	0,3
non	17 951	5 944 614	96,1	96,5	0,3
non-réponse	81	28 563	0,5		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

Rente d'assurance accidents (CNA/SUVA, assurances privées)

oui	205	63 176	1,0	1,0	0,2
non	18 460	6 090 604	98,4	99,0	0,2
non-réponse	95	32 931	0,5		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

Allocation pour impotence (AVS, AI, assurance-accidents, assurance militaire)

oui	192	57 517	0,9	0,9	0,2
non	18 477	6 098 310	98,6	99,1	0,2
non-réponse	91	30 884	0,5		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

Indemnités journalières (AI, assurance-maladie, assurance-accidents)

oui	131	43 880	0,7	0,7	0,2
non	18 532	6 110 602	98,8	99,3	0,2
non-réponse	97	32 229	0,5		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

	nb (échantillon)	Nb (estimé)	% (estimé)	% (estimé valide)	± IC
Besoin d'aide					
Indice de besoin d'aide pour raison de santé					
Indice: au moins une forme d'aide reçue parmi les 3 considérées					
avec besoin d'aide	2 300	695 689	11,2	15,5	0,8
sans besoin d'aide	11 746	3 800 440	61,4	84,5	0,8
non-réponse (dont quest. écrit)	4 714	1 690 582	27,3		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

Aide organisée (SPITEX ou autre)

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu recours, pour vous-même, à un service de soins à domicile, c'est-à-dire à une infirmière, une soignante à domicile, une aide pour le ménage ou pour personnes âgées ou un service de repas ou de transport?

Si oui: était-ce (ou est-ce) temporairement ou régulièrement?

régulièrement	386	87 055	1,4	1,4	0,2
temporairement	268	67 613	1,1	1,1	0,2
non	18 105	6 031 736	97,5	97,5	0,2
non-réponse	1	307	0,01		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

Aide informelle

Questionnaire écrit: Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, pour des raisons de santé, reçu l'aide de parents, connaissances ou voisins, par exemple une aide pour faire les commissions, pour les soins, pour le repas ?

Si oui: Avez-vous reçu une aide de cette sorte – pour vous-même – au cours des 7 derniers jours ?

oui, dans les 12 mois et les 7 derniers jours	457	131 263	2,1	2,9	0,3
oui, dans les 12 mois mais pas les 7 derniers jours	826	232 544	3,8	5,2	0,4
non	12 785	4 125 704	66,7	91,9	0,6
non-réponse (dont quest. écrit)	4 692	1 697 201	27,4		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

Aide informelle en cas de limitation (I)ADL

Seulement pour les personnes mentionnant au moins une ADL ou une IADL comme difficile.

La ou les personnes vivant avec vous (c'est-à-dire dans votre ménage) vous aident-elles dans les activités, personnelles ou ménagères, qui vous sont difficiles?

Etes-vous aidé-e pour les activités personnelles ou ménagères qui vous sont difficiles, par des parents ou amis ne vivant pas avec vous?

aide des membres du ménage	626	245 874	4	4,2	0,4
aide de l'extérieur	771	141 164	2,3	2,4	0,2
aide des membres du ménage et de l'extérieur	533	214 019	3,5	3,7	0,4
pas d'aide/pas de limitation (I)ADL	15 987	5 194 342	84	89,6	0,6
non-réponse (dont interviews proxy)	843	391 312	6,3		
Total	18 760	6 186 711	100	100	

6 Glossaire et abréviations

ADL	Activity of daily living (activités quotidiennes courantes de base)
AI	Assurance-invalidité
BMI	Body Mass Index (indice de masse corporelle): poids divisé par la taille au carré
CIF (ICF)	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (International classification of functioning, disability and health)
CIH	Classification internationale des handicaps: déficiences, incapacités et désavantages (classification de l'OMS ayant précédé la CIF)
Déficiência (selon la CIF)	Problème dans les fonctions organiques ou les structures anatomiques, tels un écart ou une perte importante
Déficiência (selon la CIH)	Perte de substance ou altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physique ou anatomique
Désavantage social (selon la CIH)	Résultat, pour un individu donné, d'une déficiencia ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels)
ESS	Enquête suisse sur la santé
Eurostat	Office statistique des Communautés Européennes (UE)
IADL	Instrumental activity of daily living (activités quotidiennes courantes instrumentales)
Impotence	Article 9 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA): Est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne [s'habiller, faire sa toilette, manger, etc.].
Incapacité (selon la CIH)	Réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain
Invalidité	Article 8 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA): Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés mineurs sans activité lucrative sont réputés invalides s'ils présentent une atteinte à leur santé physique, mentale ou psychique qui provoquera probablement une incapacité de gain totale ou partielle. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels.

LHand	Loi fédérale sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées (loi sur l'égalité pour les personnes handicapées)
Limitation de participation (selon la CIF)	Difficultés que rencontre une personne dans l'exécution de certaines activités
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des nations unies
Proxy	Interview indirecte réalisée avec une personne du même ménage lorsque la personne ciblée n'est pas en mesure de répondre elle-même, en raison de problèmes de langue ou d'un handicap par exemple.
Restriction de participation (selon la CIF)	Problèmes qu'une personne peut rencontrer en s'impliquant dans une situation de vie réelle

Programme des publications de l'OFS

En sa qualité de service central de statistique de la Confédération, l'Office fédéral de la statistique (OFS) a pour tâche de rendre les informations statistiques accessibles à un large public.

L'information statistique est diffusée par domaine (cf. Verso de la première page de couverture); elle emprunte diverses voies.

Moyen de diffusion

Service de renseignements individuels

L'OFS sur Internet

Communiqués de presse: information rapide
concernant les résultats les plus récents

Publications: information approfondie
(certaines sont disponibles sur disquette/CD-Rom)

Banque de données (accessible en ligne)

Contact

032 713 60 11
info@bfs.admin.ch

www.statistique.admin.ch

www.news-stat.admin.ch

032 713 60 60
order@bfs.admin.ch

032 713 60 86
www.statdb.bfs.admin.ch

La Liste des publications mise à jour régulièrement, donne davantage de détails sur les divers moyens de diffusion. Elle se trouve sur Internet à l'adresse www.statistique.admin.ch → Actualités → Publications.

Personnes handicapées

D'autres informations concernant les personnes handicapées sont disponibles sur le portail statistique sous les adresses internet suivantes:

Statistique de l'égalité pour les personnes handicapées:
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/20/06.html>

Etat de santé de la population:
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/01.html>

Prestations d'invalidité sous le thème 13 Sécurité sociale:
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/13.html>

Personnes vivant en home ou en institution pour personnes handicapées:
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/04/02.html>

Elèves suivant un plan spécial:
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/15/02/key/ind5.indicator.51323.503.html>

Combien de personnes ne peuvent pas du tout voir ou marcher? Combien sont restreintes dans leur capacité à exercer une activité lucrative? Ou ont besoin d'aide en raison d'un problème de santé? Ces différents visages du handicap sont présentés, avec d'autres, dans un vaste panorama portant sur la population adulte vivant en ménage privé. Si une large part de la population peut être considérée comme handicapée selon une définition ou une autre, seul un faible pourcentage (1 à 6% selon les définitions) fait face à une situation sévère de handicap. Les femmes sont davantage concernées par le handicap que les hommes mais elles touchent moins souvent des prestations pour invalidité. Enfin, l'âge accroît régulièrement le risque de handicap.

Dans une dernière partie, plus technique, cette étude analyse encore les recoupements entre différentes définitions du handicap, en particulier du point de vue de la définition retenue dans la statistique de l'égalité pour les personnes handicapées.

Cette étude est disponible en format électronique uniquement (pdf), en français et en allemand.

N° de commande

1086-0900-05

Commandes

Tél.: 032 713 60 60

Fax: 032 713 60 61

E-mail: order@bfs.admin.ch

Prix

6 francs (TVA excl.), impression à la demande

ISBN 978-3-303-20025-4