

Centre Technique National d'Etudes et de Recherches
sur les Handicaps et les Inadaptations
236 bis Rue de Tolbiac 75013 PARIS
tél. 01 45 65 59 00 – fax 01 45 65 44 94 –E-mail : ctnerhi@club-internet.fr

La compensation des incapacités
au travers de l'enquête
Handicaps-Incapacités-Dépendance de
l'INSEE
(enquête HID 1998 – enquête HID 1999)

Pascale ROUSSEL

Junin 2002

Sommaire

Avertissement.....	p. 1
Introduction.....	p. 3
Présentation générale des populations déficientes résidant à domicile et en institution.....	p. 5
La déficience : une caractéristique largement diffusée dans la population.....	p. 5
Les différents types de déficiences déclarées par la population.....	p. 8
Organisation de la population en groupes de déficiences.....	p. 10
Mono-déficiences et associations de déficiences.....	p. 13
Déficiences et incapacités.....	p. 17
Accès au logement et mobilier adapté.....	p. 23
A) Entrer et sortir de son logement : un problème pour deux millions de personnes	p. 23
Accès au logement et âge.....	p. 24
Causes des difficultés d'accès au logement.....	p. 25
Accès au logement et déficiences.....	p. 26
Accessibilité des différentes pièces des domiciles ordinaires.....	p. 27
B) Aménagement de domicile et mobilier adapté : une diffusion encore insuffisante	p. 29
Satisfaction des besoins à domicile.....	p. 33
Les appareillages, prothèses et aides techniques.....	p. 35
A Domicile	p. 36
A) Les prothèses et appareils de soutien.....	p. 36
B) Les aides techniques.....	p. 39
<i>a) les aides techniques à la mobilité</i>	p. 40
<i>b) les aides au transfert</i>	p. 42
<i>c) les aides à la manipulation</i>	p. 43

<i>d) les aides techniques à la communication.....</i>	p. 44
<i>e) matériel adapté pour le traitement d'une maladie de longue durée.....</i>	p. 45
<i>f) Les aides techniques destinées aux problèmes de continence.....</i>	p. 48
<i>g) les autres aides techniques ou appareils pour les soins personnels.....</i>	p. 49
En institution.....	p. 51
A) Les prothèses et appareils de soutien du corps.....	p. 51
B) Les aides techniques.....	p. 54
<i>a) Les aides techniques à la mobilité.....</i>	p. 54
<i>b) les aides techniques pour le transfert du lit au fauteuil.....</i>	p. 56
<i>c) les aides à la manipulation.....</i>	p. 57
<i>d) les aides à la communication.....</i>	p. 58
<i>e) matériel adapté pour le traitement d'une maladie de longue durée.....</i>	p. 58
<i>f) les aides techniques destinées aux problèmes de continence.....</i>	p. 61
<i>g) les aides techniques en matière de soins personnels.....</i>	p. 62
Les aides humaines.....	p. 64
Une aide largement répandue.....	p. 64
Qui est aidé ?	p. 66
Pour quoi est-on aidé ?	p. 68
Comment est-on aidé ?	p. 70
Financement des aides.....	p. 74
Synthèse des compensations.....	p. 76
A Domicile.....	p. 76
Diffusion des différentes formes de compensation.....	p. 76
Usage des compensations et déficiences.....	p. 80
Usage des compensations et âge.....	p. 82
Usage des compensations et sexe.....	p. 84
Usage des compensations et catégories sociales.....	p. 87
En institution.....	p. 89
Usage des aides techniques et déficiences.....	p. 89
Usage des aides techniques et âge en institution	p. 90
Usage des aides techniques et sexe.....	p. 91

Conclusion..... p. 92

Annexes..... p. 94

Avertissement

La base de données de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) fournie par l'INSEE comporte des informations relatives à 15 288 individus résidant en institution et 16 945 individus résidant en ménages ordinaires, ainsi qu'une variable de redressement propre à chacune de ces enquêtes.

L'utilisation de cette variable de redressement permet d'obtenir une estimation des effectifs et des pourcentages observables sur l'ensemble de la population métropolitaine et non pas sur l'échantillon constitué par les personnes ayant répondu aux enquêtes. Comme toute estimation, celle-ci comporte une marge d'erreur. Il serait souhaitable de la connaître.

L'intervalle de confiance est une approche utile de cette marge d'erreur car il fournit les bornes de l'effectif (ou du pourcentage) qui serait observé dans 95% (ou 90%) des cas de tirage d'un autre échantillon. Cet intervalle de confiance se calcule habituellement à partir de la fréquence du phénomène observé dans l'échantillon et de la dimension de l'échantillon

Dans le cas présent, la méthode de calcul de l'intervalle de confiance est différente car l'échantillon des personnes enquêtées n'est pas tiré au hasard à partir d'une liste d'individus.

En institution, l'échantillon a été construit à partir d'un premier tirage des institutions prenant en compte l'importance quantitative des effectifs des différents établissements médico-sociaux appartenant au champ de l'enquête. Pour chacune des institutions retenues, le second tirage a déterminé les individus entrant dans l'échantillon final. En ce qui concerne les ménages ordinaires, un premier échantillon représentatif de la population nationale métropolitaine a été constitué, à l'occasion du recensement de 1999, pour l'administration du questionnaire Vie Quotidienne et Santé (VQS). Les réponses à ce questionnaire ont permis de déterminer différents groupes de population ayant un risque plus ou moins élevé de rencontrer des difficultés dans la vie quotidienne. L'échantillon final a été constitué à partir de l'échantillon VQS selon des taux de sondage pour ces différents groupes.

Cette stratification de l'échantillon implique l'usage d'une méthode de calcul de l'intervalle de confiance extrêmement complexe et actuellement inaccessible aux personnes extérieures à l'INSEE.

Mais la stratification de l'échantillon comporte un inconvénient connexe. Celui de rendre les effectifs bruts inégalement révélateurs de la « vérité » qu'ils sont censés révéler. Selon leur strate de provenance, ils ont une plus ou moins grande probabilité de témoigner de la fréquence des phénomènes observés. Aussi, ne devrait-on pas se contenter de constater l'importance des effectifs bruts pour en déduire la plus ou moins grande fiabilité de l'estimation basée sur ces effectifs.

Toutefois, le travail présenté ici, de nature essentiellement descriptive, fait appel à un grand nombre de variables de l'enquête et de variables recomposées. Il était matériellement impossible d'examiner la strate de provenance de chaque phénomène observé pour, à défaut de fournir l'intervalle de confiance, alerter le lecteur sur la part des effectifs provenant de la strate sur laquelle l'estimation est la moins bonne.

Nous nous sommes donc contenté de la mesure, insuffisamment rigoureuse, qui consiste à alerter le lecteur chaque fois que les effectifs bruts sont faibles.

Nous incitons fortement le lecteur à considérer les estimations fournies avec une grande prudence.

Introduction

La vie en société suppose la réalisation de certaines activités nécessitant des capacités. Lorsque ces capacités n'existent pas ou plus, une compensation est parfois possible. Celle-ci peut réduire l'incapacité (cas d'un grand nombre d'aides techniques) ou la compenser (cas de la suppression des obstacles environnementaux et de nombreuses interventions d'aides humaines).

La compensation prend ainsi classiquement trois formes :

- l'amélioration de l'accès des différents lieux qu'une personne est appelé à fréquenter (y compris son domicile),
- l'utilisation des appareillages et aides techniques,
- le recours aux aides humaines, bénévoles ou professionnelles.

Ces moyens de compensation semblent depuis longtemps sous-utilisés au regard des besoins, en raison, notamment, de leur coût pour l'utilisateur et, éventuellement, de leur méconnaissance par les utilisateurs potentiels. C'est pourquoi, l'accès à ces moyens de compensation a, ces dernières années, fait l'objet de nouvelles réflexions et d'une expérimentation. Après l'évaluation qui a accompagné la mise en place des premiers sites expérimentaux pour la vie autonome, la phase actuelle est celle de l'extension à l'échelon national de nouveaux sites.

Dans ce contexte, il a semblé opportun de procéder à une présentation de la population utilisatrice ou ayant besoin de ces moyens de compensation. En effet, les informations disponibles jusqu'à présent étaient hétérogènes, lacunaires ou relatives à des sous-groupes de population. Elles ne pouvaient pas toujours être reliées aux caractéristiques des usagers.

L'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance de l'INSEE permet, elle, une description quasi-exhaustive de ces utilisations et des caractéristiques des utilisateurs tant en ce qui

concerne les personnes résidant dans leur domicile personnel que les personnes résidant en institutions médico-sociales ¹ et en établissements psychiatriques.

Deux passages d'enquêteurs ont été effectués auprès des mêmes personnes, respectivement en 1988 et 2000 pour les personnes résidant en institutions médico-sociales et en 1999 et 2001 pour les personnes résidant en ménages ordinaires.

Compte tenu du temps nécessaire au contrôle et aux éventuelles corrections des informations collectées, les données actuellement disponibles sont celles relatives aux deux premiers passages en institution et au premier passage à domicile.

Par ailleurs, seules les données collectées lors du premier passage en institution ont fait l'objet d'une correction spécifique en matière de déficiences. Ces informations étant essentielles quant à la description des caractéristiques des personnes connaissant des difficultés liées à leur état de santé, le travail présenté ici porte sur les données du premier passage dans chacun des deux types de lieu.

Après une rapide description des caractéristiques des deux populations, nous étudierons successivement chacune des formes de compensation puis procéderons à une étude de la diffusion de l'ensemble de ces formes de compensation.

¹ Font partie des institutions médico-sociales dans lesquelles les enquêtes ont été menées :

- les internats pour enfants handicapés : établissements pour déficients intellectuels, pour déficients moteurs, pour déficients visuels, pour déficients auditifs, pour enfants polyhandicapés et les Instituts de rééducation
- les institutions pour adultes (foyers de vie, maisons d'accueils spécialisé, foyers à double tarification, autres établissements pour adultes)
- les institutions pour personnes âgées : hospices, maisons de retraite, résidences d'hbergement temporaire pour personnes âgées, autres institutions pour personnes âgées,
- les hospices,
- les unités de soins de longue durée des établissements hospitaliers (ex- long séjour).

Présentation générale des populations déficientes résidant à domicile et en institution

La déficience : une caractéristique largement diffusée dans la population

La population résidant à domicile et celle vivant dans les institutions médico-sociale étudiées par l'INSEE représentent une population globale de 58,1 millions de personnes.

La question initiale du questionnaire « *Rencontrez-vous dans la vie de tous les jours des difficultés, qu'elles soient physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales ?* » s'est avérée être posée en termes suffisamment généraux pour inciter près du tiers de la population à répondre positivement. L'ensemble du questionnaire ayant été administré aux personnes interrogées (quelle que soit leur réponse à cette question initiale), les questions relatives aux incapacités dans la vie quotidienne ont conduit à des déclarations de déficiences chez des personnes, qui, spontanément, ne se considéraient pas comme rencontrant des difficultés dans la vie de tous les jours. Au total, ce sont environ 40% de la population du champ de l'enquête soit 23,1 millions de personnes qui, à titre ou à un autre, déclarent des difficultés.

Tableau N°1. Difficultés ou déficiences dans la population de l'enquête²

	Institution		Domicile		Ensemble	
	Eff. estimés	%	Eff. estimés	%	Eff. estimés	%
Rencontrent des difficultés	608 000	92%	18 218 800	31,7%	18 826 800	32,4%
Déclarent au moins une déficience	646 600	98%	22 473 900	39,1%	23 120 600	39,8%
L'un ou l'autre	646 700	98%	22 474 200	39,1%	23 120 900	39,8%

Source : INSEE-HID 98 – INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Si les personnes déclarant des déficiences alors qu'elles ne déclarent pas de difficultés dans la vie quotidienne sont relativement nombreuses, inversement les personnes ayant répondu positivement à la question en termes de difficultés, ont quasiment toutes déclaré des déficiences par la suite. Nous retiendrons donc cette appellation de population avec déficience(s) pour désigner la population ayant soit répondu positivement à la question filtre, soit répondu négativement mais ayant déclaré des déficiences par la suite.

² Pour chacun des tableaux de ce rapport, les estimations sont arrondies à la centaine près, les totaux sont calculés à partir des chiffres exacts puis arrondis. Une petite divergence entre la colonne fournissant le total et les colonnes qui précède peut donc être constatée.

La répartition par âge montre une quasi-stabilité de la population avec déficience en institution. Cette stabilité est facilement explicable par la nature médico-sociale des institutions enquêtées, qui induisent une absence presque totale de personnes sans déficience en institution médico-sociale.

A domicile, la proportion de personnes avec déficiences augmente considérablement avec l'âge. Toutefois, la proportion élevée de personnes avec déficiences dans les tranches d'âge les plus jeunes confirme le côté extrêmement extensif de cette enquête.

Tableau N°2. Difficultés ou déficiences selon les tranches d'âge (institution et domicile)

	0-19 ans		20-39 ans		40-59 ans		60-79 ans		80ans et +	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Institution	46 800	96,3	67 800	97,9	56 700	96,8	141 500	96,8	333 900	98,9
Domicile	3 864 100	26,2	4 099 700	25,4	5 917 700	39,7	6 939 100	70,8	1 653 700	92,5
Ensemble	3 910 800	26,4	4 167 500	25,6	5 974 500	39,9	7 080 600	71,2	1 987 600	93,5

Source: INSEE-HID 98 – INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

La population féminine comportant une plus forte proportion de personnes âgées et très âgées, le constat d'une plus grande prévalence des déficiences chez les femmes résidant à domicile n'est pas étonnant.

Tableau N°3. Difficultés ou déficiences selon le sexe (institution et domicile)

	Institution		Domicile		Ensemble	
	Eff. estimés	%	Eff. estimés	%	Eff. estimés	%
Hommes	225 800	96,9	10 380 500	37,2	10 606 300	37,7
Femmes	420 900	98,6	12 093 700	41,0	12 514 600	41,8

Source: INSEE-HID 98 – INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Toutefois, l'examen de tranches d'âge similaires témoigne d'une plus forte prévalence des déficiences chez les femmes au delà de 40 ans.

**Tableau N°4. Difficultés ou déficiences selon le sexe et les tranches d'âge (en %)
(institution et domicile)**

	0-19 ans		20-39 ans		40-59 ans		60-79 ans		80ans et +	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Institution	96,3	96,1	97,5	98,6	97,0	96,6	95,7	97,6	97,8	99,2
Domicile	26,1	26,3	27,1	23,6	36,0	43,3	69,6	71,8	89,9	93,9
Ensemble	26,4	26,4	27,5	23,8	36,3	43,5	69,9	72,2	90,6	94,9

Source: INSEE-HID 98 – INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Le nombre de déficiences déclarées par une même personne varie de 1 à 14 pour les personnes résidant en institution et de 1 à 12 pour les personnes résidant à domicile. Il est toutefois nécessaire de rappeler que la correction des données en matière de déficience qui a été opérée par le CREDES n'a été réalisée que sur les seules données institutionnelles et a conduit à une augmentation non négligeable du nombre de déficiences enregistrées.

Tableau N°5. Nombre de déficiences

	Institution		Domicile	
	Eff. estimés	%	Eff. estimés	%
Aucune déficience	13 500	2,0	34 957 900	60,9%
Une déficience	173 200	26,2	11 482 200	20,0
Deux déficiences	190 200	28,8	5 856 700	10,2
Trois déficiences	138 600	21,0	2 722 400	4,7
Quatre déficiences	76 600	11,6	1 407 400	2,5
Cinq déficiences	42 600	6,4	565 835	1,0
Six déficiences et plus	25 500	3,9	443 300	0,8
Nombre moyen de déficiences		2,6		1,9

Source: INSEE-HID 98 – INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

L'enregistrement des déficiences auquel il a été procédé ne supposait pas l'enregistrement d'une déficience principale. De nombreuses personnes ayant déclaré une pluralité de déficiences, nous examinerons successivement, les déficiences déclarées par l'ensemble de

chacune des populations, puis la répartition de chaque population en groupes, exclusifs les uns des autres, de personnes avec déficience(s)³.

Les différents types de déficiences déclarées par la population

Si l'on examine dans un premier temps chacune des déficiences, l'enquête HID fait apparaître l'ampleur de déficiences souvent ignorées lorsque l'objet de l'étude est limité au champ traditionnellement considéré comme étant celui du handicap. Il s'agit d'une part des déficiences autres et non précisées et d'autre part des déficiences viscérales. Ces deux déficiences mises à part, les déficiences les plus répandues sont les déficiences motrices, les déficiences auditives et les déficiences mentales (tous types de déficiences confondues). L'estimation du nombre de personnes atteintes de troubles intermittents de la conscience (épilepsie notamment) ou de polyhandicap est particulièrement sujette à caution compte tenu de la faiblesse des effectifs bruts concernés d'une part, de la fragilité du recueil de l'information dans ces domaines d'autre part. En effet, la variabilité des conséquences de l'épilepsie sur les déficiences et les incapacités peut avoir conduit à des déclarations extrêmement hétérogènes de cette maladie, et ce, d'autant plus que l'enquête HID ne portait pas sur les maladies. En ce qui concerne le polyhandicap, la qualité du recueil des données peut avoir été affectée par une confusion possible entre pluridéficience et polyhandicap.

³ Voir en annexe n°1 les informations relatives au recueil des données de déficiences, au codage des déficiences, et à la composition des groupes exclusifs de déficiences

Tableau N°6. Estimation des déficiences dans la population des enquêtes HID

Personnes présentant des déficiences	En institution Effectifs estimés**	A domicile Effectifs estimés**	Total Eff. estimés***
Motrices	326 700	7 402 900	7 729 600
Visuelles	172 000	2 846 900	3 018 900
Auditives	248 400	4 055 800	4 304 200
Viscérales	323 800	5 012 700	5 336 600
Du langage	185 600	535 500	721 100
Intellectuelles	101 100	498 400	599 600
Perte des acquis intellectuels	172 600	757 100	929 700
Mentales*	93 400	2 283 900	2 377 400
Autres troubles psychiques	106 700	323 000	429 900
Troubles intermittents de la conscience	13 300	52 600	65 900
Polyhandicap	1 200	154 400	155 600
Autres déficiences*	90 400	8 575 800	8 666 200

Source : INSEE-HID 98 – INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

* ont été considérées

- comme déficiences mentales : les déficiences codées comme troubles du comportement, troubles de la personnalité, troubles de l'humeur

- comme autre déficiences : les douleurs, les asthénies et fatigues, les vertiges et troubles de l'équilibre, les déficiences non précisées, les autres déficiences non prises en compte dans une des rubriques antérieures

** effectifs arrondis à la centaine près

*** Total établi à partir des effectifs exacts et arrondi ensuite à la centaine près

Organisation de la population en groupes de déficiences

La répartition de la population en neuf groupes de déficiences met en évidence l'importance des pluridéficiences (cf tableau N°7 infra). Celle-ci n'est pas inattendue compte tenu de l'importance des plus de soixante ans dans la population avec déficiences.

Si l'on examine la population vivant en institutions, les pluridéficiences sont majoritaires : tous âges et toutes déficiences confondus, elles représentent environ 67% de l'effectif des personnes ayant déclaré au moins une déficience. Chez les moins de soixante ans les cas pluridéficiences, bien que moins nombreux, sont loin de représenter une minorité négligeable : environ 40% de l'effectif.

A domicile, les résultats sont très différents pour plusieurs raisons. D'une part, la non-disponibilité actuelle des données corrigées conduit à une sous-estimation probable des pluridéficiences, d'autre part les résultats sont rendus imprécis du fait de la proportion considérable de personnes qui ne déclarent que des déficiences non précisées : 29% de l'effectif des personnes ayant déclaré au moins une déficience. Si l'on exclut cette catégorie, les pluridéficiences apparaissent (avant correction par le CREDES) moins nombreuses qu'en institutions : elles concernent 35% de l'effectif total et 22% de l'effectif des 20-59 ans.

Tableau N°7. Répartition de la population en groupes exclusifs de personnes avec déficiences

	Population en institutions			Population à domicile		
	Effectifs	% sur l'ensemble de la population	% sur la population déficiente	Effectifs	% sur l'ensemble de la population	% sur la population déficiente
Déficients moteurs	40 800	6,2%	6,3%	3 599 300	6,3%	16,0%
Déficients visuels	5 900	0,9%	0,9%	1 141 937	2,0%	5,1%
Déficients auditifs	12 300	1,9%	1,9%	1 658 919	2,9%	7,4%
Personnes avec déficiences du langage	1 700	0,3%	0,3%	326 000	0,6%	1,5%
Déficients viscéraux	17 700	2,7%	2,7%	2 091 800	3,6%	9,3%
Déficients mentaux	117 500	17,8%	18,2%	1 645 100	2,9%	7,3%
Personnes avec pluridéficiences physiques	149 700	22,7%	23,2%	3 387 900	5,9%	15,1%
Personnes avec déficience(s) physique(s) et mentale(s)	287 400	43,5%	44,4%	2 145 800	3,7%	9,5%
Personnes avec autres déficiences et déf. indéterminées	17 500	2,6%	2,1%	6 477 400	11,3%	28,8%
Total population avec déficiences	650 500	98,5%	100%	22 474 200	39,1%	100%
Population sans déficience	9 600	1,5%		34 957 600	60,1%	
Total	660 200	100%		57 431 800	100%	

Source: INSEE-HID 98 – INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Tableau N° 8. Répartition par grandes tranches d'âge de la population avec déficience(s) résidant en institution

	0-19 ans		20-59 ans		60 ans et +	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff	%
Déficients moteurs	1 400	3,1	6 400	5,2	32 900	6,9
Déficients visuels	700	1,5	900	0,7	4 200	0,9
Déficients auditifs	1700	3,7	500	0,4	10 000	2,1
Personnes avec déficiences du langage	300*	0,6	800	0,6	700	0,2
Déficients viscéraux	300*	0,6	1 500	1,2	15 900	3,3
Déficients mentaux	27 600	59,0	58 400	46,9	31 400	6,6
Personnes avec pluridéficiences physiques	1800	3,9	5 200	4,2	142 700	30,0
Personnes avec déficience(s) physique(s) et mentale(s)	12 000	25,7	49 400	39,8	226 000	47,5
Personnes avec autres déficiences et déf. indéterminées	900	1,9	1 300	1,1	11 700	2,5
Total	46 800	100	124 500	100	475 400	100

*Effectifs bruts < 20

Source: INSEE-HID 98 – INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Tableau N°9. Répartition par grandes tranches d'âge de la population avec déficience(s) résidant à domicile

	0-19 ans		20-59 ans		60 ans et +	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff	%
Déficients moteurs	201 400	5,2	1 933 600	19,3	1 464 400	17,0
Déficients visuels	278 000	7,2	589 200	5,9	274 800	3,2
Déficients auditifs	105 400	2,7	602 900	6,0	950 600	11,1
Personnes avec déficiences du langage	259 500	6,7	53 100	0,5	13 300	0,2
Déficients viscéraux	492 700	12,8	922 300	9,2	676 800	7,9
Déficients mentaux	574 200	14,9	828 300	8,2	242 600	2,8
Personnes avec pluridéficiences physiques	45 700	1,2	755 500	7,5	2 586 700	30,1
Personnes avec déficience(s) physique(s) et mentale(s)	115 100	3,0	1 000 700	10,0	1 030 100	12,0
Personnes avec autres déficiences et déf. indéterminées	1 792 100	46,4	3 331 900	33,3	1 353 400	15,8
Total	3 864 100	100	10 017 400	100	8 592 700	100

Source: INSEE-HID 98 – INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Mono-déficiences et associations de déficiences

Le croisement des types de déficiences avec les groupes exclusifs de personnes permet de mettre en évidence la plus ou moins grande fréquence des associations de déficiences pour chacune des déficiences.

L'examen des déficiences chez les personnes en institutions montre à nouveau à quel point, ces structures accueillent rarement des personnes ne présentant qu'une seule déficience. (cf. tableau N° 10 infra).

Les proportions de monodéficiences les plus élevées se trouvent chez les déficients intellectuels (48% des déficients intellectuels en institutions ne présentent pas d'autres déficiences), chez les déficients mentaux (40%), et chez les personnes atteintes d'autres troubles du psychisme (36%). Les personnes vivant en institution et déclarant des déficiences physiques présentent le plus souvent des tableaux composites, qu'il s'agisse d'une association

de plusieurs déficiences physiques ou, plus souvent, encore d'associations de déficiences du psychisme et physiques (50% des déficients moteurs, 57% des déficients visuels, 57% des déficients auditifs). Les personnes présentant des pertes des acquis intellectuels se situent quant à elles à 90% dans le groupe des personnes déclarant simultanément des déficiences physiques et mentales.

Avant correction, les données disponibles pour le domicile font apparaître moins massivement, mais de façon non négligeable la pluridéficience des personnes qui ont répondu à l'enquête HID. En effet, 51% des déficients moteurs, 60% des déficients visuels et auditifs, 85% des personnes déclarant des pertes des acquis cognitifs ont déclaré d'autres déficiences.

La pluridéficience apparaît ainsi se concentrer sur certaines déficiences mais n'en épargner aucune.

Tableau n°10 . Population vivant en institution considérée comme handicapée*
Répartition des déficiences dans les groupes exclusifs d'individus (effectifs redressés en milliers)

Groupes exclusifs d'individus INSTITUTIONS	Type de déficiences												Effectif total des lignes
	Moteurs	Visuels	Auditifs	Langage	Viscéraux	Intellectuels	Perte des acquis intellectuels	Mentaux	Autres troubles psychiques	Epileptiques	Autre	Poly- handicapés	
Effectifs en milliers													
Moteurs	41 12.5%			5 2.5%						0.3 2%	6 6.3%		41
Visuels		6 3.4%		0.5 0.2%						E	0.8 0.9%		6
Auditifs			12 5%	2 1.2%						0.2 1.3%	3 3.2%		12
Langage				2 1%						0.2 1.2%	0.5 0.6%		2
Viscéraux				2 1.2%	18 5.5%					0.2 1.4%	5 5.1%		18
Mentaux				27 14.4%		48 47.9%	17 9.7%	37 39.6%	39 36.4%	3.3 24.8%	8 8.9%		117
Personnes avec plusieurs déficiences physiques	122 37.2%	69 40%	94 37.9%	30 16.1%	106 32.7%					1.1 8.7%	28 31.4%	0.1 10.1%	150
Personnes avec déf. ment. et physiques	164 50.3%	97 56.6%	142 57.2%	117 63.3%	200 61.8%	53 52.1%	156 90.3%	56 60.4%	68 63.6%	7.4 56.1%	35 38.4%	1 89.9%	288
Non précisé										0.5 3.9%	5 5.1%		14
Total	327 100%	172 100%	248 100%	185.5 100%	324 100%	101 100%	173 100%	93 100%	107 100%	13.2 100%	90 100%	1.1 100%	647

* Personnes ayant répondu positivement à la question : « Rencontrez-vous dans la vie de tous les jours des difficultés soit physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales ? » ou ayant déclaré au moins une déficience.

Source : INSEE-HID, 1998 – Traitement CTNERHI, 2001.

Tableau n° 11. Population vivant à domicile considérée comme handicapée*
Répartition des déficiences dans les groupes exclusifs d'individus (effectifs redressés en milliers)

Groupes exclusifs d'individus DOMICILE	Type de déficiences												Effectif total des lignes
	Moteurs	Visuels	Auditifs	Langage	Viscéraux	Intellectuels	Perte des acquis intellectuels	Mentaux	Autres troubles psychiques	Epileptiques	Autre	Poly- handicapés	
Effectifs en milliers													
Moteurs	3 600 48.6%			45 8.4%						6 12%	842 9.9%		3 600
Visuels		1 142 40.1%		3 0.5%						1 2.8%	259 3%		1 142
Auditifs			1 659 40.9%	17 3.1%						2 3.2%	433 5%		1 659
Langage				326 60.9%						0.5 1%	45 0.5%		326
Viscéraux				13 2.4%	2 092 41.7%					2 4.3%	504 5.8%		2 092
Mentaux et psychiques				24 4.3%		338 67.7%	123 16.2%	1 192 52.2%	126 39%	6 11.7%	268 3.2%		1 645
Personnes avec plusieurs déficiences physiques	2 600 35.1%	1 178 41.4%	1 927 47.5%	47 8.9%	1 905 38.0%					7 13.8%	1 144 13.3%	5 3%	3 388
Personnes avec déf. ment. et physiques	1 205 16.3%	527 18.5%	470 11.6%	61 11.5%	1 015 20.3%	161 32.3%	634 83.8%	1 092 47.8%	197 61%	11 21.2%	664 7.7%	149 96.4%	2 146
Déf. non précisées										15 29.8%	4 414 51.4%		6 477
Total	7 405 100%	2 847 100%	4 056 100%	536 100%	5 012 100%	498 100%	757 100%	2 284 100%	323 100%	50.5 100%	8 573 100%	154 100%	22 474 100%

* Personnes ayant répondu positivement à la question : « Rencontrez-vous dans la vie de tous les jours des difficultés soit physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales ? » ou ayant déclaré au moins une déficience.

Source : INSEE-HID, 1999 – Traitement CTNERHI, 2001.

Déficiences et incapacités

La très large diffusion des déficiences déclarées va de pair avec la fréquence des faibles niveaux d'incapacité dans la population et particulièrement dans la population résidant à domicile. Non seulement les personnes dépendantes pour les actes de la vie quotidienne sont très peu nombreuses, mais celles présentant des scores d'incapacités très faibles sont, au contraire, très nombreuses⁴.

L'indicateur de Katz, tel qu'il a été appliqué par l'INSEE prend en compte 6 activités de la vie quotidienne : la toilette, l'habillage, l'usage des toilettes, la capacité à se lever ou se coucher et la capacité à s'asseoir et se relever, le contrôle des selles et des urines, la capacité à manger des aliments déjà préparés.

Il témoigne qu'au sein de la population avec déficience, le nombre de personnes qui ne sont pas atteintes sur les six activités de base de la vie quotidienne est supérieure à 90%.

Tableau N°12. Répartition de la population selon l'indicateur de Katz (population avec déficiences)

	Institution		Domicile		Ensemble	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Indépendant pour les six activités	288 400	44,6	20 273 900	92,7	20 562 300	91,3
Dépendant pour une seule des 6 activités	64 800	10,0	986 400	4,5	1 051 216	4,6
Dépendant pour 2 activités, dont la première	43 500	6,7	234 000	1,1	277 500	1,2
Dépendant pour 3 activités, dont les 2 premières	26 900	4,2	102 200	0,5	129 111	0,6
Dépendant pour 4 activités, dont les 3 premières	39 700	6,1	79 600	0,4	119 400	0,5
Dépendant pour 5 activités, dont les 4 premières	68 700	10,6	71 900	0,3	140 600	0,6
Dépendant pour les 6 activités	52 200	8,1	49 100	0,2	101 300	0,5
Dépendant pour au moins 2 activités sans être classable précédemment	62 000	9,6	64 100	0,3	126 100	0,6

Source : INSEE-HID 98 – INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

⁴ Voir en annexe n°2 la méthode de construction des scores d'incapacité.

Le score que nous avons bâti, ne se limite pas aux seules activités de base, mais s'étend à l'ensemble des activités listés dans le module B. Il est donc apte à témoigner, de façon synthétique, de l'existence de difficultés lorsqu'elles ne touchent que des activités plus « élaborées » que les activités de base de la vie quotidienne.

L'examen des niveaux de scores qui répartissent la population en quartiles met en évidence la fréquence de situations d'absence totale ou quasi-totale d'incapacités au sein de la population avec déficiences résidant à domicile. Ainsi, un quart de la population résidant à domicile, n' a déclaré aucune difficulté sur la cinquantaine d'actes listés dans le module B du questionnaire ou seulement "quelques difficultés" relatives à une seule de ces activités. Un autre quart a un score inférieur à 4, c'est à dire qu'elle signale soit quelques difficultés sur un maximum de quatre activités, soit un besoin d'aide sur une seule activité, les autres n'étant pas touchées soit encore beaucoup de difficultés sur un maximum de deux activités. La situation est logiquement différente pour les personnes résidant en institution où, bien que par construction, le score maximal soit inférieur, les scores répartissant la population en quartiles sont plus élevés.

Tableau N° 13. Valeurs des scores d'incapacité déterminant des quartiles de population (population avec déficience de plus de 14 ans)

	Institution	Domicile
25 % de la population a un score inférieur à	38	2
50 % de la population a un score inférieur à	60	5
75 % de la population a un score inférieur à	79	16
Score maximal envisageable	110	141

Source : INSEE-HID 98 – INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

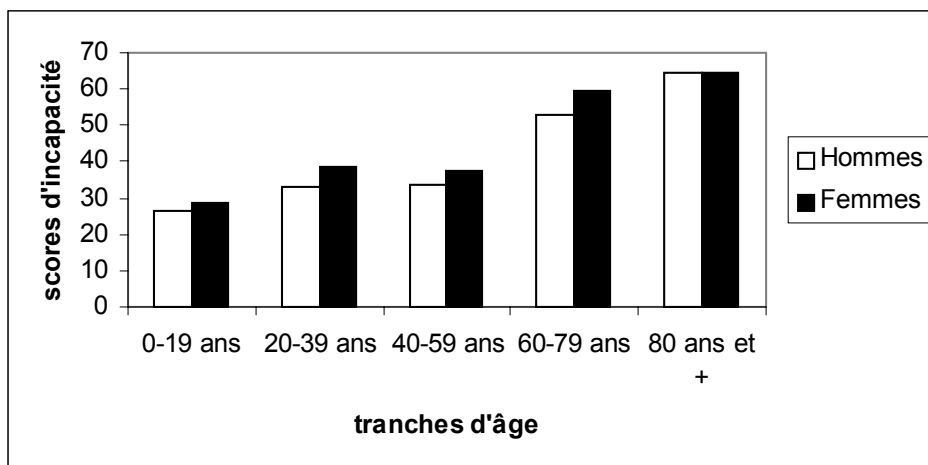
L'enquête HID apparaît ainsi comme ayant ciblé une population large au sein de laquelle cohabitent des personnes de degré de dépendance variés, avec une forte proportion de personnes présentant très peu d'incapacités parmi les personnes résidant à domicile.

Le score moyen augmente avec l'âge et cette augmentation est plus marquée à domicile qu'elle ne l'est en institution, où les scores sont loin d'être négligeables pour les enfants et jeunes adultes. Par ailleurs, la différence de scores entre les deux dernières tranches d'âge est également moins marquée en institution qu'à domicile.

Les scores moyens observés chez les hommes et chez les femmes sont légèrement dissemblables. A domicile, les femmes ont un score moyen d'incapacité légèrement plus

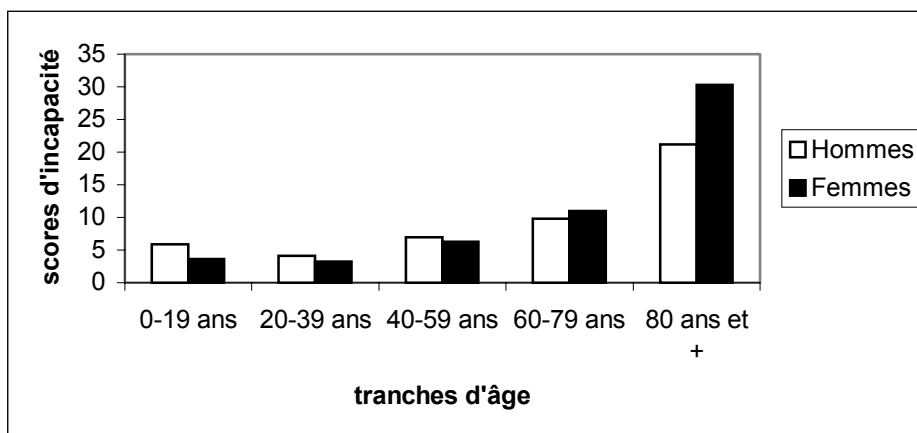
faible que celui des hommes avant soixante et plus élevé au delà. En institution, le score des femmes est toujours supérieur à celui des hommes, à l'exception de la tranche des 80 ans et plus pour laquelle le score moyen est similaire.

Graphique N°1. Scores moyens d'incapacité en institution (population avec déficience(s))



Source : INSEE-HID 98 – Traitement CTNERHI
(Cf. tableau de données en annexe N° 4)

Graphique N° 2. Scores moyens d'incapacité à domicile (population avec déficience(s))



Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI
(Cf. tableau de données en annexe N° 4)

Cette élévation du score moyen au fur et à mesure que l'âge s'élève est partiellement imputable à l'élévation de la proportion de personnes fortement dépendantes sur les actes de la vie quotidienne inclus dans l'indicateur de Colvez, personnes dont les scores moyens sont généralement très élevés.

Tableau N° 14. Indicateur de Colvez selon l'âge en institution (population avec déficience (s))

	0-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60-79 ans	80 ans et +
Confiné au lit ou au fauteuil	1 100 2,3%	2 300 3,4%	2 600 4,7%	24 900 17,6%	95 900 28,7%
Non confiné, mais ayant besoin d'aide pour la toilette ou l'habillage	9 300 19,9%	19 400 28,7%	15 800 27,8%	48 400 34,2%	116 500 34,9%
Non classé plus haut, mais ayant besoin d'aide pour sortir	7360 15,8%	13 300 19,7%	12 900 22,7%	25 200 17,8%	67 100 20,1%
Autre cas	29 000 62,0%	32 600 48,2%	25 400 44,8%	43 100 30,4%	54 400 16,3%

Source : INSEE-HID 98 – Traitement CTNERHI

Tableau N° 15. Indicateur de Colvez selon l'âge à domicile (population avec déficience (s))

	0-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60-79 ans	80 ans et +
Confiné au lit ou au fauteuil	2 300* 0,1%	3 400* 0,1%	9 200* 0,2%	39 600 0,6%	65 500 4,0%
Non confiné, mais ayant besoin d'aide pour la toilette ou l'habillage	59 000 1,8%	82 400 2,0%	186 400 3,2%	372 900 5,4%	282 000 17,1%
Non classé plus haut, mais ayant besoin d'aide pour sortir	49 400 1,5%	23 600 0,6%	171 600 2,9%	263 900 3,8%	233 000 14,1%
Autre cas	3 149 300 96,6%	3 990 300 97,3%	5 550 100 93,8%	6 259 600 90,2%	1 067 800 64,8%

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

*Effectifs bruts ≤ 20

Au total, la présence de déficiences apparaît comme un phénomène largement diffusé dans la population, et dont la fréquence s'accroît considérablement avec l'âge. Une moitié de cette population présente des incapacités infimes et 90% ne sont pas touchés sur les actes de la vie quotidienne. Mais malgré cette vision extensive de la population sujette à une enquête sur les handicaps, incapacité et la dépendance, nous aurons l'occasion de constater qu'une part variable de la population qui ne déclare pas de déficience est néanmoins utilisatrice d'aides techniques, d'aides humaines, et plus rarement, déclare des difficultés d'accès au logement. En conséquence, l'usage des différentes modalités de compensation sera étudié, et pour l'ensemble de la population de l'enquête, et pour la seule population avec déficience(s).

Accès au logement et mobilier adapté

A) Entrer et sortir de son logement : un problème pour deux millions de personnes

Compte tenu de leurs déficiences et incapacités d'une part, de leurs conditions de logement d'autre part, l'accès au logement pose problème à environ 1,1 million de personnes résidant à domicile, soit 1,9% de la population. La difficulté d'accès à l'institution concerne environ 88 000 personnes soit 13,4% des personnes résidant en institution. De plus, environ 583 000 personnes résidant à domicile et 293 300 personnes résidant en institution sont confinées dans leur logement. Le confinement pouvant être considéré comme étant une difficulté extrême, voire une impossibilité, d'accès, c'est donc un total de plus de 2 millions de personnes, soit 3,5% de la population métropolitaine qui ne sort pas, ou sort avec difficultés, de son logement.

Pour dresser un panorama complet de l'accessibilité des logements, il faut encore ajouter à cette population, celle qui ne déclare pas de difficulté à accéder à son logement mais déclare des difficultés à accéder à chacune des pièces de son logement, y compris les caves et greniers ou à circuler à l'intérieur de l'institution. Ce sont alors 2,2 millions de personnes résidant en domicile ordinaire et 387 600 personnes résidant en institutions, soit 4,4% de la population métropolitaine qui déclarent des difficultés d'accessibilité de leur logement. Si l'on restreint l'analyse aux personnes ayant déclaré des déficiences (ce qui conduit à exclure quelques 56 000 personnes résidant en domicile ordinaire et déclarant des difficultés d'accès à son logement en milieu ordinaire malgré une absence de déclaration de déficience) la proportion de personnes dont l'accessibilité du logement est limitée est d'environ 10,8% de la population déclarant des déficiences en métropole.

La comparaison des origines géographiques des difficultés, et impossibilités, d'accès témoigne de l'importance relative des obstacles purement internes aux domiciles ordinaires alors que ces obstacles sont négligeables en institution. En effet, en institution 1,5% seulement des personnes ayant des difficultés de déplacement situent celles-ci exclusivement

à l'intérieur de l'institution, alors qu'un quart des personnes résidant en domicile ordinaire sont dans ce cas de figure. (cf. tableau N°17 infra).

Tableau N° 17. Difficultés et impossibilités d'accès des personnes à leur logement et difficultés de circulation à l'intérieur du logement (Ensemble de la population)

	Personnes résidant en institution		Personnes résidant à domicile	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Personnes ne déclarant aucune difficulté d'accès	270 200	41,0%	52 883 500	92,3%
Personnes connaissant une difficulté sur le trajet rue-logement seulement	34 800	5,3%	912 400	1,6%
Personnes connaissant une difficulté à l'intérieur du logement seulement	6100	0,9%	525 600	0,9%
Personnes connaissant une difficulté d'accès sur les deux trajets	53 400	8,1%	155 500	0,3%
Personnes confinées dans leur logement	293 300	44,5%	582 600	1,0%
Non réponse ou non concerné (trop jeune)	2 200	0,2%	2 372 000	3,9%
Total	660 200	100%	57 431 800	100%

Source : INSEE-HID 98 – INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Accès au logement et âge

Toutes difficultés, ou impossibilités, confondues, les difficultés d'accès ou de circulation internes au logement augmentent logiquement en fonction de l'âge des personnes, que ce soit en institution ou à domicile. Le rythme de croissance est plus soutenu à domicile, les difficultés d'accès étant extrêmement rares dans les tranches d'âge les plus jeunes.

Tableau N° 18. Difficultés et impossibilités d'accès au domicile selon l'âge (personnes avec déficiences en domicile ordinaire et en institution)

	0-19 ans		20-39 ans		40-59 ans		60-79 ans		80 ans et +	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Institution	11 600	24,8%	20 000	29,6%	18 900	33,3%	79 700	56,4%	257 400	77,2%

Domicile 76 600 2,0% 143 800 3,5% 453 300 7,6% 856 100 12,3% 589 900 35,9%

Source : INSEE-HID 98 – INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

A âge équivalent, les femmes en institution déclarent toujours plus de difficulté d'accès que les hommes, l'écart se creusant avec l'élévation de l'âge. A domicile, les femmes de 0 à 19 ans et celles de 40 à 59 ans déclarent moins de difficulté d'accès ou de circulation que les hommes. Par contre les deux tranches d'âge les plus âgées connaissent un taux de difficulté très nettement supérieur à celui des hommes (près du double).

Tableau N° 19. Difficultés et impossibilités d'accès au domicile selon le sexe et l'âge (personnes avec déficiences en domicile ordinaire et en institution)

	0-19 ans		20-39 ans		40-59 ans		60-79 ans		80 ans et +	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Institution	22,5%	29,2%	27,3%	33,0%	31,7%	35,6%	49,1%	61,7%	67,9%	79,3%
Domicile	3,1%	0,8%	1,3%	5,9%	8,1%	7,3%	8,7%	15,2%	22,7%	42,3%

Source : INSEE-HID 98 – INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Causes des difficultés d'accès au logement

Le questionnaire de l'enquête HID suggérait, pour les personnes non confinées, divers types de motifs de difficultés de déplacement. Ceux-ci pouvaient être exprimés soit en termes de contraintes environnementales (rampes impraticables, sol glissant, marches trop hautes) soit en termes individuels (c'est uniquement à cause de mon état de santé). La répartition des réponses ne peut être interprétée en termes de qualité plus ou moins grande de l'environnement tant ces réponses comportent une part importante de subjectivité. En effet, face à un environnement identique deux personnes dans une situation de santé identique peuvent juger différemment des causes de leurs difficultés. En revanche, cette désignation des causes de difficultés au déplacement montre l'importance généralement accordée par les personnes à leurs difficultés propres. Parmi les facteurs environnementaux, ce sont les escaliers qui, de loin, constituent l'obstacle le plus fréquemment rencontré, et ce, surtout en domicile ordinaire.

Tableau N° 20. Causes* des difficultés d'accès au logement (personnes avec déficiences vivant en institution et à domicile et non confinées à l'intérieur de leur logement, ensemble du parcours depuis l'extérieur jusqu'au logement)**

<i>Difficultés d'accès au logement ou à l'institution*</i>	Personnes vivant en institution		Personnes vivant à domicile	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Chemin impraticable	2 300	2,7%	28 000	2,6%
Rampe d'accès impraticable	2 700	3,1%	24 100	2,3%
Escalier impraticable	2 200	2,5%	259 900	24,4%
Ascenseur mal adapté***	400	0,4%	6 300	0,6%
Franchissement de porte difficile	1 000	1,3%	49 500	4,7%
Etat de santé défectueux	82 300	93,4%	752 110	69,6%

* Plusieurs réponses possibles

** Seul l'accès à l'institution est ici pris en compte. Les obstacles rencontrés à l'intérieur des institutions ne sont pas considérés ici

*** Effectifs bruts inférieurs à 10

Source : INSEE-HID 98 – INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Accès au logement et déficiences

En institution, comme à domicile la proportion de personnes déclarant des difficultés pour accéder à, ou circuler dans, son logement, ou des impossibilités à sortir de son logement, varie selon les déficiences. Les groupes qui se distinguent par des difficultés plus élevées que la moyenne sont, en domicile ordinaire comme en institution les personnes présentant des associations de déficiences. A domicile, les déficients moteurs sont également dans ce cas, avec une prévalence des difficultés de déplacement très supérieure à celle des déficients visuels. Probablement du fait de la diversité des gravités des déficiences présentes dans l'un et l'autre lieu, les déficients visuels vivant en institution, tout en présentant moins de difficultés que la moyenne, figurent parmi les groupes déclarant le plus de difficultés.

Tableau N°21. Difficultés et impossibilités d'accès au logement et déficiences (population avec déficiences, confinées ou non)

	Personnes résidant en institution		Personnes résidant à domicile	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Déficients moteurs	19 500	47,9%	462 200	12,8%
Déficients visuels	2 900	49,0%	33 200	2,9%
Déficients auditifs	3 800	30,7%	34 100	2,1%
Personnes avec déficience du langage	800*	46,1%	1 500*	0,5%
Déficients viscéraux	7 100	40,0%	106 000	5,1%
Déficients mentaux	28 300	24,1%	88 500	5,4%
Personnes avec pluridéficiences physiques	110 000	73,5%	770 000	22,7%
Personnes avec déficience(s) physique(s) et mentale(s)	212 500	74,0%	456 300	21,3%
Personnes avec autres déficiences et déficiences indéterminées	2 800*	20,0%	168 100	2,6%
Ensemble des personnes avec déficiences	387 600	59,9%	2 119 100	9,4%

* Effectifs bruts inférieurs à 20

Source : INSEE-HID 98 – INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Accessibilité des différentes pièces des domiciles ordinaires

Les difficultés de circulation à l'intérieur des domiciles ordinaires (quelles soient ou non accompagnées de difficultés d'accès au logement depuis l'extérieur concernent environ 870 000 personnes résidant à domicile (dont 817 800 ont déclaré des déficiences) , soit 3,6% de l'effectif des personnes ayant déclaré des déficiences ou des difficultés dans la vie quotidienne .

Tableau N° 22. Difficultés d'accès à toutes les pièces du logement selon l'âge et le sexe (population ayant déclaré des déficiences) vivant à domicile

	0-19 ans		20-39 ans		40-59 ans		60-79 ans		80 ans et +	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Hommes	48 100	2,4%	12 500	0,6%	122 600	4,6%	122 900	4,1%	54 800	10,2%
Femmes	5 600*	0,3%	16 600	0,9%	67 000	2,1%	219 600	5,6%	148 000	13,4%
Ensemble	53 800	1,4%	29 100	0,7%	189 600	3,2%	342 500	4,9%	202 800	12,3%

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

*Effectifs bruts inférieurs à 20

Les pièces dont l'accès est le plus souvent limité, sont celles qui, dans l'habitat individuel, sont plus fréquemment séparées du niveau du sol par un escalier : chambre et cave. Les autres pièces connaissent des difficultés d'accès plus rares.

Tableau N° 23. Difficultés et impossibilités d'accès aux différentes pièces (Personnes ayant déclaré des déficiences) vivant à domicile

Difficultés d'accès	Effectifs estimés	% sur l'ensemble des cas de difficultés d'accès aux pièces du logement
Cave	528 800	64,7%
Chambre	407 300	49,8%
Salle de bains	226 900	27,7%
W.C.	145 700	17,8%
Salon	88 000	10,8%
Cuisine	86 200	10,5%

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

B) Aménagement de domicile et mobilier adapté : une diffusion encore insuffisante

La comparaison de l'usage des aménagements de domicile et de mobilier adapté selon les lieux de résidence n'a guère de sens dans la mesure où, même si la question est formulée de façon identique, elle renvoie partiellement à des réalités différentes.

Les locaux d'habitation des institutions médico-sociales voient s'y succéder des résidents dont les degrés de dépendance sont variés, mais fréquemment élevés. Le mobilier y est partiellement standardisé, une partie au moins de celui-ci étant prévu pour être utilisé par les résidents successifs. A domicile, le mobilier connaît également parfois des utilisateurs successifs, mais la dépendance physique y est plus rare. Aussi, même si le questionnaire HID pose une question relative à l'usage de mobilier spécialement adapté à la personne interrogée, n'est-il pas certain que cette question ait le même sens en institution et à domicile. Dans le premier cas, elle révèle largement l'adéquation entre la nature de l'institution et les caractéristiques de la personne plus ou moins temporairement accueillie; dans le second cas, elle témoigne d'une adaptation probable du mobilier domestique à une personne particulière (même si l'on ne peut exclure qu'une personne devenue dépendante utilise un mobilier ou une adaptation de logement prévue pour un parent ou un conjoint antérieurement dépendant).

En institution, les usages de mobilier ou équipement adaptés apparaissent nombreux et les cas de besoin non satisfaits faibles. La différence entre l'usage par la population dans son ensemble et l'usage par la population déficiente est faible, la part de la population non déficiente en institution étant infime.

Tableau N° 24. Usage de meubles ou équipements du bâtiment spécialement adaptés aux problèmes de santé des personnes (population résidant en institution)

	Toute population		Population avec déficience	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Oui	271 300	41,2%	271 100	42%
Non, mais j'en aurais besoin	7 900	1,2%	7 900	1,2%
Non, je n'en ai pas besoin	378 800	57,5%	366 400	56,7%
Ensemble	658 600	100%	646 000	100%

Source : INSEE-HID 98 – Traitement CTNERHI

A domicile, la situation est inverse. L'usage de mobilier adapté est rare, y compris au sein de la population avec déficience(s) mais la part des besoins non satisfaits est proportionnellement importante : ceux-ci représentent environ un tiers des besoins déclarés (satisfaits et non satisfaits).

Tableau N° 25. Usage de meubles ou équipements du bâtiment spécialement adaptés aux problèmes de santé des personnes (population résidant à domicile)

	Toute population		Population avec déficience(s)	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Oui	851 900	1,5%	846 600	3,8%
Non, mais j'en aurais besoin	488 400	0,9%	487 500	2,2%
Non, je n'en ai pas besoin	55 982 300	97,7%	21 122 300	94,1%
Total	57 324 500	100%	22 458 300	100%

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

L'usage, par les personnes déficientes, du mobilier adapté augmente en fonction de l'âge que ce soit à domicile ou en institution mais c'est essentiellement au-delà de 80 ans que cet usage devient répandu au sein de la population résidant à domicile.

Tableau N° 26. Usage de meubles ou équipements du bâtiment spécialement adaptés aux problèmes de santé des personnes selon l'âge (population avec déficiences en institution et à domicile)

	0-19 ans		20-39 ans		40-59 ans		60-79 ans		80 ans et +	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Institution	5 500	11,7%	10 100	15,0%	9 000	15,9%	61 100	43,2%	185 400	55,6%
Domicile	20 000	0,5%	63 000	1,5%	90 600	1,5%	405 500	5,9%	267 700	31,6%

Source : INSEE-HID 98 – INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Comme en matière d'accès au logement, les femmes déclarent généralement plus d'usages de mobilier et équipement adapté que les hommes, à tranche d'âge équivalente.

Tableau N° 27. Proportion d’usagers de meubles ou équipements du bâtiment spécialement adaptés aux problèmes de santé des personnes selon l’âge et le sexe (population avec déficiences en institution et à domicile)

	0-19 ans		20-39 ans		40-59 ans		60-79 ans		80 ans et +	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Institution	9,6%	14,5%	13,0%	17,3%	14,0%	17,5%	36,3%	46,3%	50,7%	56,0%
Domicile	0,8%	0,2%	0,6%	2,6%	1,7%	1,4%	4,5%	6,9%	11,6%	18,6%

Source : INSEE-HID 98 – INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Cette croissance de la proportion d’usagers de mobilier adapté en fonction de l’âge est à mettre en lien avec la différence d’usage par les différentes catégories de tableaux de déficiences. Les personnes avec déficiences physiques et mentales, celles présentant des associations de déficiences, et dans une moindre mesure, les personnes déficientes motrices, sont plus fortement utilisatrices que les personnes présentant des tableaux de déficiences exclusivement sensoriels ou mentaux plus nombreuses dans les classes d’âge les plus élevées. Elles sont aussi plus fortement représentées dans les catégories les plus âgées de la population

Tableau N° 28. Usage de mobilier ou équipements du bâtiment adapté selon les tableaux de déficiences (population avec déficiences en institution et à domicile)

	Personnes résidant en institution		Personnes résidant à domicile	
	Effectifs estimés	%	Effectifs estimés	%
Déficients moteurs	15 000	36,8%	213 400	5,9%
Déficients visuels	1 100	19,5%	5 700	0,5%
Déficients auditifs	1 600	12,9%	11 000	0,7%
Personnes avec déficience du langage*	200	13,3%	Σ	Σ
Déficients viscéraux	5 700	32,4%	20 900	1%
Déficients mentaux	5 500	4,7%	13 300	0,8%
Personnes avec pluridéficiences physiques	84 700	56,6%	339 600	10,0%
Personnes avec déficience(s) physique(s) et mentale(s)	155 400	54,1%	215 700	10,1%
Personnes avec autres déficiences et déficiences indéterminées	1 900	13,8%	26 900	0,4%
Ensemble des personnes avec déficiences	271 100	42,0%	846 600	3,8%

* Effectifs bruts inférieurs à 10

Source : INSEE-HID 98 – INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Satisfaction des besoins à domicile

A domicile, les besoins (satisfaits et non satisfaits) portent prioritairement sur les WC adaptés, les dispositifs de soutien adapté et les baignoires, douches ou lavabos adaptés : plus de 500 000 personnes sont concernés dans chacun de ces cas.

L'examen du taux de satisfaction des besoins à domicile fait apparaître une variation des taux de satisfaction selon les équipements. Les taux de satisfaction les plus élevés concernent, non pas forcément les équipements les moins onéreux, mais ceux qui sont indispensables aux personnes les plus dépendantes, ceux dont il est très difficile de se passer lorsque la personne est très dépendante : WC adaptés, lits adaptés. Les équipements dont les taux de satisfaction sont les plus faibles sont des biens onéreux et complexes d'installation : cuisines adaptées, baignoires, douches ou lavabos adaptés. Ils peuvent également correspondre, lorsqu'ils ne sont pas associés à d'autres équipements destinés à des degrés de dépendance élevées (tels les WC ou lits adaptés) à des situations d'autonomie relative de personnes qui préfèrent courir un risque de chute, de brûlure ou encore limiter leurs activités plutôt que de modifier leur domicile (quelle qu'en soit la raison : lassitude face aux travaux à réaliser, impossibilité d'en assumer le coût, ignorance des adaptations existantes, des personnes susceptibles de les mettre en place)...

**Tableau N°29. Besoins satisfaits et non satisfaits en adaptation de logement⁵
(population résidant à domicile)**

	Besoins satisfaits	Besoins non satisfaits	Besoins totaux	Taux de satisfaction
	Effectifs estimés	Effectifs estimés	Effectifs estimés	%
Des WC adaptés	396 600	148 600	545 200	73%
Une baignoire, une douche ou un lavabo adapté	217 400	362 700	580 100	37%
Une cuisine adaptée	18 800	21 600	40 400	47%
Un siège adapté	112 600	67 800	180 400	62%
Un lit adapté	201 600	67 200	268 800	75%
Un dispositif de soutien adapté	345 900	253 800	599 700	58%
Une table adaptée	40 900	22 700	63 600	64%
Un système d'ouverture, rideaux ou volets	12 800	33 100	45 900	28%
Autre mobilier adapté	80 500	64 800	145 300	55%

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Au total, les taux d'équipement sont infimes par rapport à l'ensemble de la population, ne dépassant jamais 1,7% de la population déclarant des déficiences (cas des baignoires ou douches adaptées). Si l'ensemble des besoins déclarés étaient satisfaits, ce taux ne dépasserait guère 2,7% (dispositif de soutien).

⁵Le mode de questionnement adopté par le questionnaire de l'enquête HID pouvait laisser place à une certaine diversité de compréhension sur les modalités de réponse en matière de besoin satisfait et non satisfait. Compte tenu des réponses obtenues, il nous a semblé que les personnes qui disposent d'une adaptation de logement et en nécessitent une autre ont répondu positivement à la question initiale : « *disposez-vous de meubles ou équipements adaptés ?* » puis positivement à la question relative au mobilier dont ils disposent et négativement pour le mobilier dont ils ne disposent pas ; la détermination de ce mobilier supplémentaire dont ils ont besoin étant obtenu dans la suite du questionnaire. Ils se différencient ainsi des personnes qui ne disposent d'aucun mobilier, lesquels répondent avoir besoin de mobilier adapté à la question initiale et répondent positivement à la question relative à l'aide dont ils ont besoin. Les besoins non satisfaits sont donc estimés à partir de l'addition des personnes qui déclarent disposer d'un aménagement de leur logement et en nécessiter un autre et des personnes qui déclarent ne disposer d'aucun aménagement de logement et en avoir besoin. Les besoins satisfaits sont estimés à partir de la soustraction des besoins non satisfaits de l'ensemble des besoins.

Les appareillages, prothèses et aides techniques

L'usage des appareillages, prothèses et aides techniques constitue un moyen de compensation des incapacités, dont l'importance s'explique tant par leur disponibilité permanente (à la différence de l'aide humaine), par leur fréquente facilité de mise en place (à la différence des adaptations de logement ou de l'accessibilité urbaine) que par leur fréquente efficacité.

Le questionnaire de l'enquête HID étudie ce domaine avec un degré de détail bien supérieur à celui généralement adopté dans les travaux sur le handicap. Nombre d'aides techniques qui relèvent du domaine « médical » ou dont la diffusion est supposée limitée du fait de la relative rareté des incapacités qu'elles sont censées compenser figurent dans le questionnaire HID alors qu'elles sont absentes d'autres sources d'information. Compte tenu de cet état de fait, nous avons étudié la diffusion de chacune des aides techniques en dépit du côté parfois fastidieux de cette énumération.

Il nous a paru important de proposer, en sus d'une estimation de l'usage de chacune des aides techniques une estimation du taux de satisfaction des besoins exprimés. Toutefois, si certaines aides techniques se prêtaient bien à une estimation directe (aides à la communication, aides à la manipulation) ou indirecte (aide à la mobilité), d'autres ne permettaient qu'une estimation partielle des besoins non satisfaits (prothèses, appareillage de soutien, aides au transfert, matériel adapté pour une maladie de longue durée, appareils pour les soins personnels)⁶. Nous avons dans ce cas là utilisé l'expression de taux minimal de non satisfaction.

⁶ Il s'agit de situations pour lesquelles l'information est collectée sous une forme similaire à celle adoptée pour les prothèses, c'est à dire :

-utilisez-vous un appareillage de remplacement d'une partie du corps ? suivie de trois principales modalités de réponse : oui, non mais j'en aurais besoin, non je n'en ai pas besoin.

-Si oui ou besoin, quels sont ces appareillages ? prothèse des membres supérieurs (deux modalités de réponse :oui, non) ?prothèse des membres inférieurs (oui, non,) ?, autre prothèse (oui, non) ?.

Il est donc possible d'identifier par croisement des deux questions les personnes qui ne disposent d'aucune prothèse et auraient besoin d'une prothèse, mais il n'est pas possible d'identifier les personnes qui disposent déjà d'une prothèse et auraient besoin d'une autre, car ces personnes ont probablement répondu oui à la première question. C'est la raison pour laquelle nous considérons que les personnes qui ont répondu avoir un besoin non satisfait en matière de prothèse et qui identifient par la suite une ou plusieurs prothèses constituent le taux minimal de non satisfaction.

Ce raisonnement a été appliqué à chaque fois que l'usage ou le besoin de plusieurs aides techniques précises prévoyait une réponse unique pour ces deux cas et était précédé d'une question globale portant sur les besoins non satisfaits.

Dans chacun des cas de figure, l'estimation globale de l'ensemble des besoins comporte les besoins satisfaits et les besoins non satisfaits.

Pour des raisons de lisibilité l'usage des appareillages, prothèses et aides techniques a été étudié séparément pour les personnes résidant à domicile et celles résidant en institution.

A Domicile

A) Les prothèses et appareils de soutien

Plus d'un million de personnes déclarent avoir l'usage d'une prothèse. Le taux de non satisfaction annoncé pour l'ensemble des prothèses (en faisant abstraction des personnes qui disposent déjà d'une prothèse mais auraient besoin d'une autre) atteint environ 10% des usagers potentiels.

Tableau N° 30. Estimation des usages et besoins en prothèse pour les personnes résidant à domicile

Utilisez-vous une prothèse ?

Usage d'une prothèse	Effectifs redressés	Proportion par rapport à l'ensemble de la population
Oui	1 263 000	2,2%
Non, mais j'en aurais besoin	149 000	0,3%
Non, je n'en ai pas besoin	55 912 000	97,3%
n. s. p. , sans réponse, information manquante	107 800	0,2%
Total ⁷	57 431 800	100,0%

Source: INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

La nécessité des prothèses, ou du moins leur déclaration, varie considérablement selon leur localisation. Les prothèses des membres supérieurs sont bien moins souvent nécessaires (environ neuf fois moins) que les prothèses des membres inférieurs. Leur taux minimal de non satisfaction (54%), très nettement supérieur à celui des prothèses des membres inférieurs,

⁷Dans chacun des tableaux de ce document, les estimations ont été arrondies à la centaine près, le total n'est pas la somme de ces arrondis mais un arrondi de l'effectif estimé arrondi. Il est donc possible qu'une légère différence existe entre le total proposé et la somme des modalités de réponse.

(8,6%) influe donc peu sur la non-satisfaction de l'ensemble des prothèses. Il n'est pas impossible que se retrouve là une logique similaire à celle des aménagements de domicile : les aides les plus répandues étant en quelque sorte les plus indispensables. Toutefois, les effectifs concernés par l'estimation minimale des besoins non couverts en matière de prothèse des membres supérieurs sont très faibles (7 personnes seulement) et rien ne prouve que les taux effectifs de non satisfaction (ceux qui incluraient également les personnes disposant d'une prothèse et en nécessitant une autre) se situent dans la même hiérarchie que les taux minima.

Tableau N° 31. Estimation des besoins pour chaque type de prothèse (population résidant à domicile)

Besoins en prothèses	Besoins non satisfaits (estimation minimale)	Besoins totaux	Taux de non satisfaction (estimation minimale)
Prothèse des membres inférieurs	63 600	737 200	8,6%
Prothèse des membres supérieurs	44 600	82 400	54%
Autre prothèse	40 800	627 000	6,5%

Source: INSEE-HID 99, traitement CTNERHI.

L'estimation des usages et besoins en matière d'appareils de soutien concerne un effectif voisin, mais le taux de non-satisfaction minimal est plus élevé, atteignant environ 15% des usagers potentiels. Les appareillages du tronc ou de la colonne vertébrale sont de loin le plus nombreux, tant en matière de besoin total qu'en matière de besoins restants à couvrir (estimation partielle), mais l'estimation des besoins non satisfaits en matière d'appareillage des membres supérieurs repose sur un effectif très limité (trois personnes). De plus, comme dans le cas précédent, il n'est pas certain que la hiérarchie des taux minima de non-satisfaction soit similaire à celle des taux réels de non satisfaction

**Tableau N° 32. Estimation des usages et besoins en appareil de soutien
(population résidant à domicile)**

Usage d'un appareil de soutien, de maintien ou de correction de la position du corps	Effectifs redressés	Proportion par rapport à l'ensemble de la population
Oui	1 122 800	2,0%
Non, mais j'en aurais besoin	194 300	0,3%
Non, je n'en ai pas besoin	56 006 700	97,7%
n. s. p. , sans réponse, information manquante	108 000	Σ
Total	57 431 800	100,0%

Source: INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Tableau N°33. Estimation des besoins pour chaque type d'appareil de soutien (population résidant à domicile)

Besoin en orthèses	Besoins non satisfaits (Estimation minimale)	Besoins totaux	Taux de non satisfaction (estimation minimale)
Appareillage du tronc ou de la colonne vertébrale	139 400	876 500	15,9%
Appareillage des membres supérieurs	1 500	18 400	9,5%
Appareillage des membres inférieurs	46 600	254 900	18,2%
Autre type d'appareillage de soutien	9 700	217 900	4,5%

Source: INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

B) Les aides techniques

Les aides techniques ont une grande hétérogénéité quant à l'origine de leur utilisation. Certaines d'entre elles sont le résultat d'une prescription médicale sur laquelle la personne concernée n'a qu'une infime marge de manœuvre en matière d'acceptation ou de refus (ex : canule trachéale, anus artificiel), d'autres peuvent être le résultat d'une démarche totalement individuelle en dehors de toute initiative médicale (cannes ou béquilles), d'autres encore peuvent être aussi bien le résultat d'une démarche plus ou moins conjointe entre personnes concernées et corps médical que celui d'une démarche quasi-isolée de l'une ou l'autre partie ; le mode de décision dépendant de l'état psychique des personnes, de l'ampleur des gênes, de l'évolutivité des atteintes, de l'âge des personnes, de leur lieu de résidence etc.(ex : fauteuil roulant, corset etc.). Par ailleurs, la marge de manœuvre de l'utilisateur est plus ou moins limitée par le coût de l'aide technique en question ; celui-ci pouvant s'avérer très différent selon la nature de l'aide et la situation administrative de l'intéressé (régime de protection sociale, cause de l'incapacité justifiant l'usage de l'aide technique, éventualité d'un système de protection assurantielle privé complémentaire etc.).

Enfin, la fiabilité des réponses aux questions posées peut s'avérer extrêmement variable soit qu'un tabou porte sur certaines de ces aides (aides pour les personnes incontinentes) soit que ces aides ne soient pas perçues comme des aides techniques en raison de leur extrême banalité

(cannes par exemple) ou à l'inverse de leur très grande technicité (canule pour les trachéotomies).

Toutes ces raisons expliquent que l'on ne puisse, à ce stade du travail, avancer d'interprétation quant à la diversité des taux constatés, même lorsqu'il s'agit de taux « exacts » et non d'estimation du taux minimal de non satisfaction.

a) les aides techniques à la mobilité

Les déficiences motrices sont apparues comme les déficiences les plus fréquemment rencontrées au sein de la population résidant à domicile (cf. chapitre1). A l'exception des cannes blanches et des chiens d'aveugles, les aides à la mobilité mentionnées dans l'enquête sont directement liées aux déficiences motrices ; la diffusion des aides à la mobilité (environ 2 millions d'aides techniques déclarées par 1,8 millions d'utilisateurs) paraît donc logique.

Au sein de ces aides, les aides les moins lourdes destinées aux personnes les moins dépendantes (cannes et béquilles) occupent une place très largement prépondérante, représentant environ 80% des besoins satisfaits et 78% des besoins totaux.

Tableau N° 34. Estimation de l'usage des aides techniques à la mobilité (population à domicile)

Utilisez-vous des aides techniques ou animales pour marcher ou vous déplacer ?

	Effectifs redressés	Effectifs par rapport à la population vivant à domicile
Oui	1 845 700	3,2%
Non, mais j'en aurais besoin	216 300	0,4%
Non, je n'en ai pas besoin, sans objet, trop jeune	53 644 700	93,4%
Sans objet, trop jeune	1 595 800	2,8%
Ne veut pas répondre, n. s. p., fréquence manquante	129 250	0,2%
Total	57 431 800	100%

Source: INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Le taux de satisfaction des besoins⁸ varie selon l'aide technique utilisée mais il est généralement élevé. La petitesse des effectifs concernés rend les estimations particulièrement peu fiables pour les tricycles et chien d'aveugle et les cannes blanches. Hormis ces deux derniers cas, dont il n'est pas possible de tirer une conclusion, les aides techniques dont le taux de satisfaction apparaît le moins élevé sont, comme en matière d'aménagement de logement, des aides coûteuses et/ou de mise en place délicate (fauteuil roulant électrique, voiture spéciale ou adaptée, mais aussi cannes blanches compte tenu des restrictions légales à leur utilisation).

Tableau N° 35. Estimation des besoins en aides techniques à la mobilité pour les personnes vivant à domicile

Besoins en :	Besoins satisfaits	Besoins non satisfaits	Besoins totaux	Taux de satisfaction
Cannes ou béquilles	1 615 000	187 000	1 802 000	90%
Canne blanche	33 700	9 900	43 600	77%
Déambulateur	149 900	17 500	167 400	90%
Fauteuil roulant manuel	189 700	19 400	209 100	91%
Fauteuil roulant électrique	24 900	17 100	42 000	59%
Voiture spéciale ou adaptée	27 800	12 900	40 700	68%
Tricycle manuel ou à moteur	5 200	100	5 300	98%
Chien guide	1 700	2 500	4 200	40%
Autres aides techniques	23 300	36 500	59 700	38%

Source: INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

⁸ Le mode de questionnement est ici similaire à celui utilisé en matière de mobilier adapté, comportant d'abord une question générique sur l'usage ou besoin de mobilier adapté, puis une question sur chacune des aides, puis une question sur les aides complémentaires nécessaires pour les personnes qui disposent déjà d'une aide. A la différence des tableaux précédents, les besoins non satisfaits sont estimés, ici, à partir de l'addition des personnes qui déclarent disposer d'une aide technique et en nécessiter une autre et des personnes qui déclarent ne disposer d'aucune aide technique et en avoir besoin. Les besoins satisfaits sont estimés à partir de la soustraction des besoins non satisfaits de l'ensemble des besoins.

Il est par ailleurs intéressant de souligner que, pour chacune des aides techniques considérées, la répartition des besoins non couverts entre ceux qui ne le sont pas en l'absence de tout autre aide technique et ceux qui ne le sont pas alors que d'autres aides techniques sont utilisées par la personne varie considérablement. Plus l'importance de la compensation offerte est grande ou plus la technicité de l'aide est grande (véhicule adapté, fauteuil électrique, fauteuil manuel), moins l'absence de l'aide en question se fait sur un terrain d'absence totale d'aide technique : 92% des personnes qui ont un besoin non satisfait de véhicule adapté, 84% des personnes ayant un besoin non satisfait de fauteuil roulant, 61% des personnes ayant un besoin non satisfait de fauteuil électrique disposent d'autres aides techniques. C'est le cas de seulement 1% des personnes ayant besoin d'une canne ou de béquille, 10% des personnes ayant besoin d'une canne blanche et 43% des personnes ayant un besoin de déambulateur.

Une sorte de hiérarchie des aides à la mobilité semble ainsi s'instaurer allant des plus basiques pour lesquels le taux de satisfaction est assez élevé, et pour lesquels l'insatisfaction intervient principalement dans un contexte d'absence totale d'aide à la mobilité (cannes ou béquilles, cannes blanches) aux plus complexes pour lesquelles l'insatisfaction intervient fréquemment dans un contexte d'usage d'autres aides techniques (fauteuil électrique). Le modèle dominant semble ainsi être celui d'une installation progressive de l'usage des aides techniques. Ce modèle s'explique probablement par la part importante des personnes âgées dans l'échantillon des personnes avec déficiences motrices. Celles-ci sont en effet sujettes à une installation progressive des incapacités, lesquelles peuvent expliquer une installation progressive des aides techniques avec une installation initiale des aides les plus simples et les moins coûteuses et une installation ultérieure (ou un besoin jamais satisfait) des aides plus complexes.

b) les aides au transfert

Destinées aux personnes déficientes motrices dont les incapacités sont les plus lourdes, principalement relatives au lever et coucher, voire au maintien de la station allongée, les aides techniques pour le transfert du lit au fauteuil touchent environ 6% des utilisateurs d'aide à la mobilité. Tout autant que des aides aux personnes handicapées, ce sont des aides aux aidants dont il est possible de se passer au prix d'efforts plus importants de la part des aidants. Ceci explique peut-être le taux élevé de non-satisfaction des besoins pour des activités dont la réalisation est essentielle.

Tableau N°36. Les aides au transfert (population résidant à domicile)**Utilisez-vous des aides techniques pour le transfert du lit au fauteuil ou pour vous tourner dans le lit ?**

	Effectifs redressés	Proportion par rapport à l'ensemble de la population vivant à domicile
Oui	108 500	0,1%
Non, mais j'en aurais besoin	139 400	0,2%
Non, je n'en ai pas besoin	55 420 400	96,7%
Sans objet, trop jeune	1 655 400	2,9%
n. s. p. , sans réponse, information manquante	108 200	0,1

Source: INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI**Tableau N°37. Estimation des besoins pour chaque type d'aide au transfert (population résidant à domicile)**

	Besoins non satisfaits (estimation minimale)	Besoins totaux	Taux minimal de non satisfaction
Planches, sangles, harnais	31 400	82 900	37,9%
Lève personnes	44 500	64 900	68,6%
Coussins, couvertures tournantes, tapis	57 400	88 000	65,2%
Autres aides pour le transfert	23 100	40 700	56,7%

Source: INSEE-HID 99, traitement CTNERHI***c) les aides à la manipulation***

Les aides à la manipulation, toutes aides confondues, concernent environ 182 000 personnes soit environ 0,3 % de la population totale. Les taux de satisfaction, généralement peu élevés sont particulièrement faibles dans le domaine de l'aide à la manipulation des livres.

Tableau N°38. Estimation des besoins pour chaque type d'aide à la manipulation (population résidant à domicile)

Besoins en :	Besoins satisfaits	Besoins non satisfaits	Besoins totaux	Taux de satisfaction
Aides pour la manipulation à distance	31 200	57 100	88 300	35,3%
Systèmes de compensation de la fonction des mains (préhension, baguette buccale, licorne...)	15 400	34 000	49 400	45,3%
Robinetterie adaptée	139 300	168 500	307 800	45,2%
Aides à la manipulation des livres	8 500	40 700	49 200	17,3%

Source: INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

d) les aides techniques à la communication

Les aides à la communication pour lesquelles des renseignements sont données dans l'enquête HID sont des aides destinées aux personnes présentant des déficiences visuelles ou auditives, ainsi que pour des personnes présentant des déficiences du langage. Les aides à la communication écrite (aides optiques, interfaces d'ordinateurs, machines à écrire et traitement de texte en braille ainsi que magnétophones) concernent environ 262 000 personnes soit 0,5% de la population totale, alors que les aides à la communication orale (générateurs et amplificateurs de voix, appareils auditifs et matériels audio-visuels) concernent environ 714 000 personnes soit 1,2% de la population totale.

Le recueil des données permet pour ces aides permet d'estimer un taux « exact » de satisfaction. A l'exception des aides optiques, les taux de satisfaction sont inférieurs à 50%, généralement plus faibles que ceux observés dans le domaine des aides à la mobilité. Toutefois, les estimations de besoins non satisfaits en matière d'interface d'ordinateurs et de machines à écrire en braille sont fragiles, reposant sur une population de douze personnes chacune.

Tableau N°39. Estimation des besoins pour chaque type d'aide à la communication (population résidant à domicile)

Besoins en :	Besoins satisfaits	Besoins non satisfaits	Besoins totaux	Taux de satisfaction
Aides optiques ou électro-optiques	253 300	174 700	428 000	59 %
Interfaces d'ordinateurs	7 400	27 400	34 800	21,2%
Machines à écrire, traitements de texte en braille ou autres équipements d'aide à l'écriture	4 200	21 800	26 000	16.2%
Magnétophone	9 200	17 200	26 400	34,8%
Générateurs ou amplificateurs de voix	4 000	25 000	29 000	13,8%
Appareil auditif, boucle magnétique*	666 300	985 000	1 651 300	40,3%
Matériel audio-visuel pour mal-entendants	117 100	151 200	268 300	43,6%

* Il n'est pas impossible qu'une partie des usages d'appareils auditifs ne soit pas référencés ici, mais inclus dans la rubrique autre prothèse

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI.

e) matériel adapté pour le traitement d'une maladie de longue durée

A l'exception du matériel pour le traitement des affections circulatoires, le matériel pour le traitement d'une maladie de longue durée évoqué ici correspond à une logique différente de celle envisagée précédemment. Il s'agit d'une logique de soins, souvent déterminants pour la santé, voire la survie, des personnes concernées plus que d'une logique de compensation des incapacités. Ceci peut expliquer que le taux de besoin non satisfait considéré sur l'ensemble des aides soit extrêmement faible : environ 2,7% de l'ensemble des besoins. Toutefois, ce taux ne permet pas d'isoler la situation des personnes qui disposeraient d'un matériel et en nécessiteraient un autre et repose sur un effectif relativement faible (environ 25 personnes).

Tableau N°40. Les aides au traitement de maladies de longue durée (population résidant à domicile)

	Effectifs redressés	Proportion par rapport à l'ensemble de la population vivant à domicile
Oui	641 000	1,1%
Non, mais j'en aurais besoin	17 100	Σ
Non, je n'en ai pas besoin	56 666 400	98,7%
n. s. p. , sans réponse, information manquante	107 300	0,2%
Total	57 431 800	100%

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Les estimations fournies pour chacune des aides envisagées en matière de besoins non satisfaits reposent sur des effectifs bruts très faibles (toujours inférieurs à 10). Ces estimations, comme le taux minimal de non satisfaction pour chacun des matériels sont donc à prendre avec une extrême prudence. Il n'en demeure pas moins, pour les aides qui touchent des effectifs nombreux, qu'une très faible proportion de la population ayant besoin de ces aides a déclaré ne pas en disposer.

Tableau N°41. Estimation des besoins pour chaque type d'aide au traitement de maladie de longue durée (population résidant à domicile)

	Besoins non satisfaits (estimation minimale)	Besoins totaux	Taux minimal de non satisfaction
Assistance respiratoire (respirateur, aspirateur, oxygénothérapie)	5 500	129 300	4,3%
Affection circulatoire (bas anti- œdème, compression)	–	15 100	0%
Matériel de dialyse	3 200	8 700	36,7%
Matériel d'injection (seringue, pompe à perfusion, pompe à insuline)	1 200	280 600	0,4%
Matériel pour faire des examens de contrôle (analyse de sang ou d'urines, tension artérielle)	1 400	155 600	0,9%
Stimulateur cardiaque (pacemaker)	1 100	146 600	0,8%
Matériel anti-escarres (coussins matelas)	2 400	58 900	4,1%
Aides techniques de rééducation	2 200	6020	36,7%

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Les effectifs concernés en matière d'aide pour les hernies abdominales, de stimulateur électriques anti-douleurs et d'aides techniques pour les activités sexuelles sont trop faibles pour que l'on puisse avancer des estimations. Chaque estimation de besoins (satisfaits et non satisfaits) repose sur un effectif brut inférieur à 10 personnes rendant l'estimation de ces besoins, comme l'estimation du taux minimal de non satisfaction trop sujette à caution pour que l'on la fournisse, même assortie de mise en garde. On retiendra seulement que ces aides semblent avoir une très faible diffusion.

f) Les aides techniques destinées aux problèmes de continence

A l'opposé des aides pour le traitement des maladies de longue durée, les aides destinées à compenser l'incontinence connaissent une diffusion large : 2,7% de la population en âge d'être concernée recourt à un système d'évacuation de l'urine, utilise des protections absorbantes ou en aurait besoin. Les protections absorbantes connaissent une diffusion importante et un taux de satisfaction qui, bien qu'élevé (86%), est moindre que celui que l'on pourrait attendre dans un domaine où l'absence d'aide est particulièrement gênante..

Tableau N° 42. Estimation de l'usage des aides techniques dans le domaine de la continence (population résidant à domicile)
Utilisez-vous ? :

	Effectifs redressés	Proportion par rapport à la population susceptible d'être concernée
- un système d'évacuation de l'urine	Environ 61 000 personnes (dont 9 300 à titre provisoire)	0,1%
- un anus artificiel	Environ 26 100 personnes (dont 3 400 à titre provisoire)	0,05%

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Tableau N° 43. Estimation des besoins dans le domaine de la continence (population résidant à domicile)
Utilisez-vous des protections absorbantes ?

	Effectifs redressés	Proportion par rapport à l'ensemble de la population susceptible d'être concernée
OUI	1 187 000	2,1%
Non, mais j'en aurais besoin	198 400	0,3%
Non, je n'en ai pas besoin	53 729 300	93,6%
Sans objet, trop jeune	2 181 200	3,8%
n. v. p.- n. s. p.	135 900	0,2%
Total	57 431 800	100%

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI.

g) les autres aides techniques ou appareils pour les soins personnels

Cette rubrique comporte des aides de nature différente, certaines très médicalisées (poches stomacales), d'autres non (vêtements adaptés). Sur l'ensemble de la population concernée par ces aides, seuls 6% déclarent un besoin non satisfait, mais la question de la réponse apportée par des personnes qui disposeraient d'une de ces aides et auraient besoin d'une autre aide se pose, ici comme ailleurs.

Tableau N° 44. Estimation des besoins en autres appareils pour les soins personnels (population résidant à domicile)

Utilisez-vous d'autres appareils pour les soins personnels (ex : vêtements adaptés, canules, poches stomacales)

	Effectifs redressés	Proportion par rapport à l'ensemble de la population vivant à domicile
Oui	209 000	0,4%
Non, mais j'en aurais besoin	13 500	Σ
Non, je n'en ai pas besoin	57 102 000	99,4%
ne veut pas répondre, n. s. p, sans réponse	107 300	0,2%
Total	57 431 800	100%

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

L'examen des taux minimaux de non satisfaction pour chaque aide technique, fait apparaître des taux faibles, mais une fois encore, les estimations de besoins non satisfaits sont sujettes à caution reposant sur des effectifs bruts faibles, inférieurs à 10 pour les aides pour stomisés et autres aides techniques.

Tableau N° 45. Estimation des besoins pour les grandes catégories d'appareils pour les soins personnels (population résidant à domicile)

	Besoins non satisfaits (estimation minimale)	Besoins totaux	Taux minimal de non satisfaction
Vêtements adaptés et aides pour s'habiller	3 500	91 800	3,8%
Aides pour trachéotomisés	—	8 500	—
Aides pour stomisés	1 200	27 800	4,2%
Autres aides techniques	8 800	102 600	8,5%

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Enfin, 416 000 personnes déclarent l'usage d'aides techniques citées dans aucune des rubriques précédentes.

Au total, les aides techniques utilisées à domicile apparaissent nettement dominées par les aides à la mobilité tant en nombre d'aides utilisées qu'en nombre de personnes concernées. Toutefois, il faut souligner la part prépondérante des cannes et béquilles au sein des aides à la mobilité. Les aides destinées à compenser les problèmes de continence et celles destinées à faciliter la communication écrite et orale pour déficients visuels et auditifs touchent également un nombre élevé de personnes. C'est particulièrement le cas des protections absorbantes d'une part, des appareils auditifs d'autre part.

Les taux de satisfaction des besoins en aide techniques, dans la mesure où nous avons pu les estimer, sont divers, élevés pour les aides à la mobilité (à l'exception des fauteuils électriques et véhicules adaptés) et pour les aides à la continence. Ils le sont nettement moins dans d'autres domaines, notamment dans ceux, concernant un nombre élevé de personnes, des aides à la communication orale et écrite.

En institution

Avant l'examen de la diffusion des appareillages, prothèses et aides techniques en institution, il est nécessaire de rappeler que les estimations ne se rapportent qu'aux institutions du champ de l'enquête. Les centres de rééducation fonctionnelle, notamment, sont exclus du champ de l'enquête.

A) Les prothèses et appareils de soutien du corps

La proportion des utilisateurs de prothèse est logiquement supérieure à celle observée à domicile

Tableau N° 46. Estimation des utilisateurs de prothèses en institution

Utilisez-vous une prothèse ?	Effectifs redressés	Proportion sur l'ensemble des personnes résidant en institution
Oui	46 500	7,0%
Non, mais j'en aurais besoin	3 200	0,5%
Non, je n'en ai pas besoin	607 700	92,3%
n. s. p. , sans réponse, information manquante	2 700	0,2%
Total	660 200	100%

Source : INSEE-HID 98 – Traitement CTNERHI

Comme à domicile, il n'est pas possible de différencier totalement la part des besoins satisfaits et non satisfaits, ni même d'être sûr que l'ensemble des besoins non satisfaits sont exprimés car le questionnaire ne prévoit pas la situation de personnes qui disposeraient d'une prothèse et en auraient besoin d'une autre.

De plus, la faiblesse du nombre de personnes concernées par le besoin d'une prothèse rend les estimations sujettes à caution. Toutefois, la similarité des besoins non satisfaits avec celle observée à domicile mérite d'être soulignée. Même si les taux minimaux d'insatisfaction sont plus faibles que ceux déclarés à domicile, on y observe également un taux minimal d'insatisfaction beaucoup plus élevé en ce qui concerne les prothèses des membres supérieurs qu'en ce qui concerne les prothèses des membres inférieurs. Quelle qu'en soit la raison, les

freins les plus importants à la mobilité semblent donc plus volontiers levés ou atténués que les freins les plus mineurs.

Tableau N° 47. Estimation des besoins des différentes prothèses en institution

Besoins en prothèses	Besoins non satisfaits (Estimation minimale)	Besoins totaux	Taux minimal d'insatisfaction
Prothèse des membres inférieurs	1 240	25 400	4,8%
Prothèse des membres supérieurs	270	1 300	20,7%
Autre prothèse	1 900	24 600	7,7%

Source : INSEE-HID 98 – Traitement CTNERHI

L'usage des appareils de soutien est proportionnellement plus répandue qu'à domicile, et la proportion de non satisfaction est légèrement plus faible (11% de l'ensemble des besoins). Comme à domicile également l'aide la plus répandue est l'appareil de soutien du tronc et de la colonne vertébrale, mais l'écart est moindre avec les autres aides.

Tableau N°48. Estimation des usages et besoins d'appareillage de soutien (population résidant en institution)

Utilisez-vous un appareillage de soutien	Effectifs redressés	Proportion sur l'ensemble des personnes résidant en institution
Oui	35 900	5,5%
Non, mais j'en aurais besoin	4 500	0,7%
Non, je n'en ai pas besoin	618 000	93,6%
n. s. p. , sans réponse, information manquante	1700	0,2%
Total	660 200	100%

Source : INSEE-HID 98 – Traitement CTNERHI

Tableau N°49. Estimation des usages et besoins pour chaque type d'appareil de soutien (population résidant en institution)

Besoin en appareillage de soutien	Besoins non couverts (Estimation minimale effectifs redressés)	Besoins totaux	Taux minimal d'insatisfaction
Appareillage du tronc ou de la colonne vertébrale	2 800	19 400	14,4%
Appareillage des membres supérieurs	200	2 000	10%
Appareillage des membres inférieurs	400	10 400	3,8%
Autre type d'appareillage de soutien	1 400	13 400	10,4%

Source : INSEE-HID 98 – Traitement CTNERHI

B) Les aides techniques

a) les aides techniques à la mobilité

La proportion des personnes utilisant des aides à la mobilité est élevée, en lien avec l'importance des déficiences motrices au sein de la population âgée vivant en institution, population fortement représentée dans l'enquête HID institution

Tableau N° 50. Estimation de l'usage des aides techniques à la mobilité (population résidant en institution)

Utilisez-vous des aides techniques ou animales pour marcher ou vous déplacer ?

	Effectifs redressés	Effectifs par rapport à la population vivant en institutions
Oui	282 100	42,7%
Non, mais j'en aurais besoin	5 000	0,8%
Non, je n'en ai pas besoin, sans objet, trop jeune	360 300	54,6%
Ne veut pas répondre, n. s. p. , fréquence manquante	12 800	1,9%
Total	660 200	100%

Source : INSEE-HID 98 – Traitement CTNERHI

La part des cannes et béquilles au sein de l'ensemble des besoins d'aide à la mobilité (environ 34%) est loin d'être aussi prépondérante qu'à domicile où elle représentait environ 78% des besoins en aides à la mobilité. Celle des fauteuils roulants manuels est considérable (environ 45% des besoins d'aide) alors que celle des fauteuils électriques est faible. Le rapport entre besoins de fauteuils électriques et besoins de fauteuils roulants (électriques et manuels) est plus élevé à domicile (environ 17%) qu'en institution (environ 4%). Il est possible que ceci reflète une différence d'usage du fauteuil électrique plus qu'une différence de degré de dépendance au sein des personnes atteintes de difficultés de mobilité. A domicile, le fauteuil électrique serait plus fréquemment un instrument de sortie vers l'extérieur de personnes dont le degré de dépendance n'est pas forcément maximal alors qu'en institution il serait plus volontiers réservé à des personnes de degré de dépendance élevé ; la question des sorties dans la ville étant, notamment pour les personnes âgées, un sujet de moindre préoccupation. Il ne s'agit là que d'une hypothèse qui mériterait d'être vérifiée.

En institution, le taux minimal de non-satisfaction en matière d'aide techniques à la mobilité est très faible voire infime. Il n'est notable qu'en matière de canne blanche (mais les effectifs concernés sont faibles). Même les fauteuils roulants électriques, dont le coût est élevé ne connaissent pas un taux de non-satisfaction déclaré comme élevé. Si, cette situation peut être considérée comme rassurante compte tenu de la fonction même des institutions médico-sociales, il faut rappeler qu'à la différence du domicile, les personnes qui disposent déjà d'une aide technique mais auraient besoin d'une autre aide ne sont pas identifiables en matière d'aide à la mobilité. D'autre part, il paraîtrait important d'examiner ces réponses au regard de la qualité du répondant, personnels soignants et personnes concernées n'ayant pas forcément la même appréciation de leurs besoins.

Il faut enfin souligner que, comme à domicile, l'usage des tricycles semble ne plus être d'actualité.

Tableau N° 51. Estimation des besoins en aides techniques à la mobilité pour les personnes vivant en institution

Besoins en :	Besoins non satisfaits (estimation minimale)	Besoin total	Taux minimal d'insatisfaction
Cannes ou béquilles	2 800	112 400	2,5%
Canne blanche	400*	3 600	11,1%
Déambulation	900*	56 400	1,6%
Fauteuil roulant manuel	900*	152 800	0,5%
Fauteuil roulant électrique	400*	6 500	6,1%
Voiture spéciale ou adaptée	—	500*	
Tricycle manuel ou à moteur	—	600*	
Chien guide*	—	250*	
Autres aides techniques	200	3500	5,7%

* effectifs bruts inférieurs à 20

Source: INSEE-HID 98 – Traitement CTNERHI

b) les aides techniques pour le transfert du lit au fauteuil

En institution, la proportion de personnes ayant besoin d'aides au transfert n'est pas négligeable : elle avoisine les 10% de la population présente et 22% des personnes ayant recours à des aides à la mobilité et au transfert.

Tableau N°52. Estimation des besoins d'aide pour le transfert (population vivant en institution)

Utilisez-vous des aides techniques pour le transfert du lit au fauteuil ou pour vous tourner dans le lit	Effectifs redressés	Proportion sur l'ensemble des personnes résidant en institution
Oui	50 800	7,7%
Non, mais j'en aurais besoin	12 100	1,8%
Non, je n'en ai pas besoin	595 200	90,2%
n. s. p. , sans réponse, information manquante	2 000	0,3%
Total	660 100	100%

Source : INSEE-HID 98 – Traitement CTNERHI

Les besoins portent prioritairement sur les lève-personnes et les taux de satisfaction, pour chacune des aides techniques sont sans commune mesure avec ceux observés à domicile. Ces taux élevés témoignent probablement d'une meilleure prise en compte de l'aide aux professionnels des institutions que de l'aide aux aidants, souvent informels, qui interviennent à domicile.

Tableau N°53. Estimation des besoins pour chaque type d'aide au transfert (population vivant en institution)

Besoins en aides techniques pour le transfert	Besoins non satisfaits (Estimation minimale)	Besoins totaux	Taux minimal d'insatisfaction
Planches, sangles ou harnais	2 000	16 600	12%
Lève personnes	7 300	33 200	22%
Coussins, couvertures tournantes, tapis	1 000	9 000	11%
Autres aides pour le transfert	4 000	15 900	25%

Source: INSEE-HID 98 – Traitement CTNERHI

c) les aides à la manipulation

Les aides à la manipulation sont utilisées par environ 14 800 personnes soit à peine plus de 2% de la population en institution. Cette proportion est certes nettement plus élevée que celle observée à domicile ; elle n'en reste pas moins insuffisante compte tenu d'un taux de satisfaction qui n'atteint jamais 50%.

Tableau N°54. Estimation des besoins pour chaque type d'aide à la manipulation (population vivant en institution)

Besoins en :	Besoins satisfaits	Besoins non satisfaits	Besoins totaux	Taux de satisfaction
Aides pour la manipulation à distance	3 900	4 300	8 200	47,6%
Systèmes de compensation de la fonction des mains (préhension, baguette buccale, licorne...)	1 700	5 200	6 900	24,6%
Robinetterie adaptée	10 100	10 900	21 000	48,1%
Aides à la manipulation des livres	900	4 100	5 000	18,0%

Source: INSEE-HID 98 – Traitement CTNERHI

d) les aides à la communication

Les aides à la communication écrite, toutes aides confondues, sont utilisées par environ 12 400 personnes soit 1,9% de la population et les aides à la communication orale, toutes aides confondues également, sont utilisées par 28 300 personnes soit 4,3% de la population. Ces proportions sont près de quatre fois supérieures à celles observées dans la population résidant à domicile. Néanmoins, la proportion de besoins non satisfaits demeure élevée y compris pour des aides courantes telles que les aides optiques et les appareils auditifs.

Tableau N°55. Estimation des besoins pour chaque type d'aide à la communication (population vivant en institution)

Besoins en :	Besoins satisfaits	Besoins non satisfaits	Besoins totaux	Taux de satisfaction
Aides optiques ou électro-optiques	11 000	14 900	25 900	42,4%
Interfaces d'ordinateurs	700	2 000	2 700	25,9%
Machines à écrire, traitements de texte en braille ou autres équipements d'aide à l'écriture	1 200	1 700	2 900	1,1%
Magnétophone	600	1 300	1 900	31,6%
Générateurs ou amplificateurs de voix	800	3 100	3 900	21,3%
Appareil auditif*, boucle magnétique	24 800	42 100	66 900	37,1%
Matériel audio-visuel pour mal-entendants	4 800	10 700	15 500	31,0%

* Il n'est pas impossible qu'une partie des usages d'appareils auditifs ne soient pas référencés ici mais inclus dans la rubrique autre prothèse.

Source : INSEE-HID 98 – Traitement CTNERHI

e) matériel adapté pour le traitement d'une maladie de longue durée

L'usage du matériel pour le traitement de maladie de longue durée concerne environ 11,5% de la population vivant en institution soit environ 10 fois plus que la proportion usant de ce type de matériel à domicile. La fonction de soins paraît bien assurée dans les institutions

médico-sociales puisque pour chaque matériel la totalité (ou quasi-totalité) des besoins sont satisfaits.

Tableau N°56. Les aides au traitement de maladies de longue durée (population vivant en institution)

	Effectifs redressés	Proportion par rapport à l'ensemble de la population vivant en institution
Oui	75 000	11,4%
Non, mais j'en aurais besoin	1 600	0,2%
Non, je n'en ai pas besoin	581 400	88,2%
n. s. p. , sans réponse, information manquante	2 000	0,3%
Total	660 200	100%

Source : INSEE-HID 98 – Traitement CTNERHI

Tableau N°57. Estimation des besoins pour chaque type d'aide au traitement de maladie de longue durée (population vivant en institution)

	Besoins non satisfaits (Estimation minimale)	Besoins totaux	Taux minimal de non satisfaction
Assistance respiratoire (respirateur, aspirateur, oxygénothérapie)	-	3 000	0%
Affection circulatoire (bas anti-œdème, compression)	-	5 400	0%
Matériel de dialyse	-	800	0%
Matériel d'injection (seringue, pompe à perfusion, pompe à insuline)	Σ*	6 800	Σ*
Matériel pour faire des examens de contrôle (analyse de sang ou d'urines, tension artérielle)	Σ*	5 200	Σ*
Stimulateur cardiaque (pacemaker)	Σ*	8 400	Σ*
Matériel anti-escarres (coussins matelas)	900	59 300	1,5%
Aides techniques de rééducation	-	3 000	0%
Autres aides techniques pour le traitement d'une maladie de longue durée	Σ*	4 100	Σ*

*effectifs bruts inférieurs à 20

Source: INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

f) Les aides techniques destinées aux problèmes de continence

L'incontinence est un problème majeur qui concerne 42,2% de la population vivant en institution. A la différence de ce qui est constaté à domicile, le taux de satisfaction des besoins est très élevé de l'ordre de 98%.

Tableau N° 58. Estimation de l'usage des aides techniques dans le domaine de la continence (population vivant en institution)

Utilisez-vous ?:

	Effectifs redressés	Proportion par rapport à la population susceptible d'être concernée
- un système d'évacuation de l'urine	15 000 (dont 1 400 pour une durée provisoire)	2,3%
- un anus artificiel	3 800 (dont 400 pour une durée provisoire)	0,6%

Source: INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Tableau N° 59. Estimation des besoins dans le domaine de la continence (population vivant en institution)

Utilisez-vous des protections absorbantes ?

	Effectifs redressés	Proportion par rapport à l'ensemble de la population vivant en institution
Oui	264 200	40,0%
Non, mais j'en aurais besoin	5 900	0,9%
Non, je n'en ai pas besoin	387 800	58,8%
n. v. p.- n. s. p., info manquante	2 000	0,3%
Total	660 200	100%

Source : INSEE-HID 98 – Traitement CTNERHI

g) les aides techniques en matière de soins personnels

Ces aides concernent une minorité de la population avec un taux de satisfaction élevé, voisin de 94% des personnes concernées pour l'ensemble des aides. Les estimations de besoins non satisfaits pour chacune des aides sont fragiles reposant sur de tout petits effectifs (inférieurs à 5) mais il n'en demeure pas moins que tant sur les effectifs bruts que sur les effectifs redressés, le croisement de chacune des aides avec la question relative aux besoins fait apparaître une très faible proportion d'aides pour lesquelles un besoin non satisfait existe.

Tableau N° 60. Estimation des besoins en autres appareils pour les soins personnels (population vivant en institution)
Utilisez-vous d'autres appareils pour les soins personnels (ex : vêtements adaptés, canules, poches stomacales)

	Effectifs redressés	Proportion par rapport à l'ensemble de la population vivant en institution
Oui	17 100	2,6%
Non, mais j'en aurais besoin	1 400	0,2%
Non, je n'en ai pas besoin	640 000	96,9%
ne veut pas répondre, n. s. p, sans réponse	2 000	0,3%
Total	660 200	100%

Source: INSEE-HID 98 – Traitement CTNERHI

Tableau N° 61. Estimation des besoins pour les grandes catégories d'appareils pour les soins personnels (population vivant en institution)

	Besoins non satisfaits (estimation minimale)	Besoins totaux	Taux minimal de non satisfaction
Vêtements adaptés et aides pour s'habiller	1 200	13 300	10%
Aides pour trachéotomisés		400	0%
Aides pour stomisés	100	2 200	4,5%
Autres aides techniques	100	3 800	2,6%

Source: INSEE-HID 98 – Traitement CTNERHI

Au total, l'usage des aides techniques concerne une proportion de personnes bien plus élevée en institution qu'à domicile, ce qui n'a rien d'étonnant. La diffusion des aides pour les personnes incontinentes est considérable, de très loin supérieure à la diffusion des autres aides largement répandues que sont les fauteuils roulant manuels, les cannes et béquilles, les matériels anti-escarres et dans une moindre mesure les appareils auditifs. Le degré de dépendance élevé constaté dans les établissements pour personnes âgées qui pèsent d'un poids considérable dans l'effectif des institutions explique ce tableau. Les taux de satisfaction des besoins sont dans l'ensemble supérieurs à ceux observés à domicile, avec toutefois des insuffisances marquées dans les domaines de la communication orale et écrite ainsi que dans celui des aides à la manipulation.

Les aides humaines

Une aide largement répandue

8,8% de l'ensemble de la population (soit environ 5 millions de personnes) et 21,2% de la population déclarant des déficiences ou des gênes et difficultés (soit environ 4,8 millions de personnes) déclarent être régulièrement aidées dans les tâches de la vie quotidienne en raison d'un handicap ou d'un problème de santé.

Du point de vue des incapacités, la population qui déclare être aidée en raison d'un problème de santé alors qu'elle ne déclare pas de déficience diffère nettement de la population aidée ayant déclaré des déficiences. Cette différence porte tant sur le score moyen⁹ de chacune des deux populations (1,9 chez les personnes aidées n'ayant pas déclaré de déficiences contre 26,2 chez les personnes aidées avec déficiences) que sur la répartition des personnes aidées entre les différents niveaux de score que nous avons isolés (cf. tableau infra).

Il n'est donc pas impossible que la population ayant déclaré une aide alors qu'elle ne déclare pas de déficience comporte une proportion non négligeable de personnes aidées pour d'autres raisons que des raisons de santé en dépit du questionnement de l'enquête faisant explicitement référence à des causes de santé. Nous avons donc pour la suite de notre travail, restreint le champ de l'étude aux seules personnes ayant déclaré des déficiences.

⁹ Score appliqué aux personnes de 15 ans et plus

Tableau N° 62. Répartition de la population aidée selon le niveau de score d'incapacité (population vivant à domicile)

	Population ayant déclaré une aide et n'ayant pas déclaré de déficiences	Population ayant déclaré une aide et ayant déclaré des déficiences
Score inférieur à 2	51,4%	1,4%
Score de 2 à 4	40,2%	6,9%
Score de 5 à 15	8,4%	30,5%
Score de 16 à 37	-	39,2%
Score supérieur à 38	-	22,0%

Source : INSEE-HID 99, traitement CTNERHI

En l'absence d'information quant au volume horaire des aides apportées aux personnes, le nombre d'aidants permet une première approche de l'ampleur du recours à l'aide humaine. Le nombre moyen d'aidants intervenant auprès des personnes avec déficience est de 1,8. Si le nombre maximal d'aidants est de 8, la moitié de la population ne fait appel qu'à un seul aidant.

Tableau N° 63. Nombre d'aidants (population avec déficience(s) à domicile)

	Effectifs	Pourcentage
Un seul aidant	2 366 500	49,6%
Deux aidants	1 395 300	29,2%
Trois aidants	676 000	14,2%
Quatre aidants et plus	334 100	7,0%
Ensemble	4 771 900	100%

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Qui est aidé ?

Le recours à l'aide humaine est fortement lié à l'âge et, par conséquent au sexe.

Après une faible diminution dans la tranche des 20-39 ans, la fréquence du recours à une aide humaine croît fortement en fonction de l'âge ; la proportion de personnes concernées double d'une tranche d'âge à l'autre. Compte tenu de la répartition par âge de la population avec déficiences, le groupe des personnes âgées de plus de soixante ans représente environ les deux-tiers des personnes aidées.

Si la proportion de personnes aidées augmente avec l'âge, le nombre moyen d'aidants connaît quelques fluctuations mineures mais n'augmente réellement qu'au delà de 80 ans.

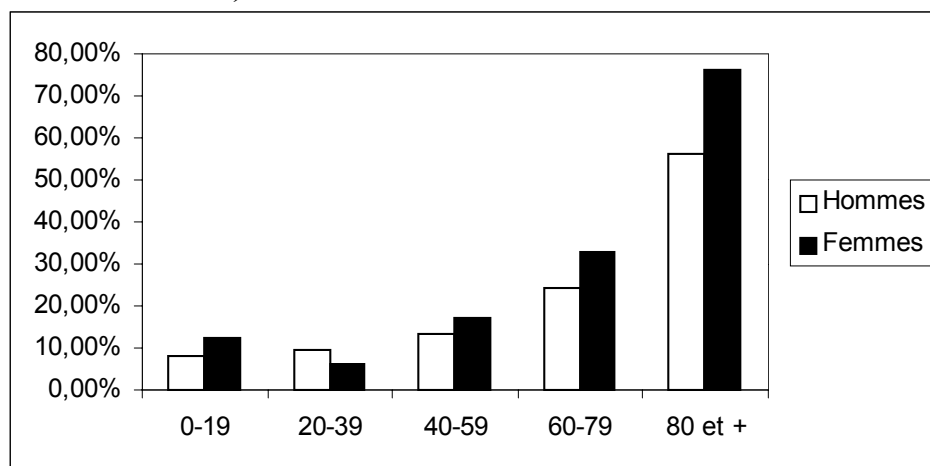
Tableau N° 64. Recours à une aide humaine en fonction de l'âge (population avec déficience(s) résidant à domicile)

	0-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60-79 ans	80 ans et plus
Effectifs	387 800	325 300	905 200	2 008 000	1 144 500
%	10,0%	7,9%	15,3%	29,0%	69,6%
Nombre moyen d'aidants	1,72	1,67	1,83	1,65	2,19

Source: INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

A l'exception de la tranche d'âge des 20-39 ans, la proportion de femmes aidées est plus élevée que celle des hommes aidés. Cette proportion devient considérable chez les plus de 80 ans où elle dépasse les trois quarts de la population féminine.

Graphique N° 3. Recours à l'aide humaine en fonction de l'âge et du sexe (population vivant à domicile)



Source: INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Cf. tableau de données en annexe N° 5

Plus fréquent, le recours à l'aide humaine est également légèrement plus élevé si l'on en croît le nombre moyen d'aidants concernés..

Tableau N° 65. Nombre moyen d'aidants par sexe et par tranches d'âge (population avec déficience(s) résidant à domicile)

	0-19 ans		20-39 ans		40-59 ans		60-79 ans		80 ans et +	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Effectifs	156 300	231 300	206 258	118 747	347 286	557 241	732 200	1274700	303200	840700
Nombre moyen d'aidants	1,66	1,75	1,58	1,83	1,80	1,85	1,47	1,76	2,06	2,24

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Le recours à une aide humaine est fortement lié à la nature des déficiences : quelques groupes se signalent par un recours très nettement inférieur au taux moyen : il s'agit des déficients visuels, des déficients auditifs, des personnes avec des déficiences non précisées et, dans une moindre mesure, des personnes avec déficiences viscérales. A l'opposé, les personnes avec plusieurs déficiences physiques comme celles présentant simultanément des déficiences physiques et mentales recourent deux fois plus que la moyenne à une aide humaine.

Tableau N° 66. Recours à une aide humaine selon les tableaux de déficiences (population avec déficience(s) résidant à domicile)

	Effectifs	Pourcentage
Déficients moteurs	842 100	23,4%
Déficients visuels	120 600	10,6%
Déficients auditifs	164 000	9,9%
Déficients du langage	41 000	12,6%
Déficients viscéraux	303 700	14,5%
Déficients mentaux	364 800	22,2%
Personnes présentant plusieurs déficiences physiques	1 496 800	44,2%
Personnes avec déficience(s) physique(s) et mentale(s)	882 300	41,1%
Personnes avec autres déficiences et déficiences non précisées	555 600	8,6%
Total	4 770 800	21,2%

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Pour quoi est-on aidé ?

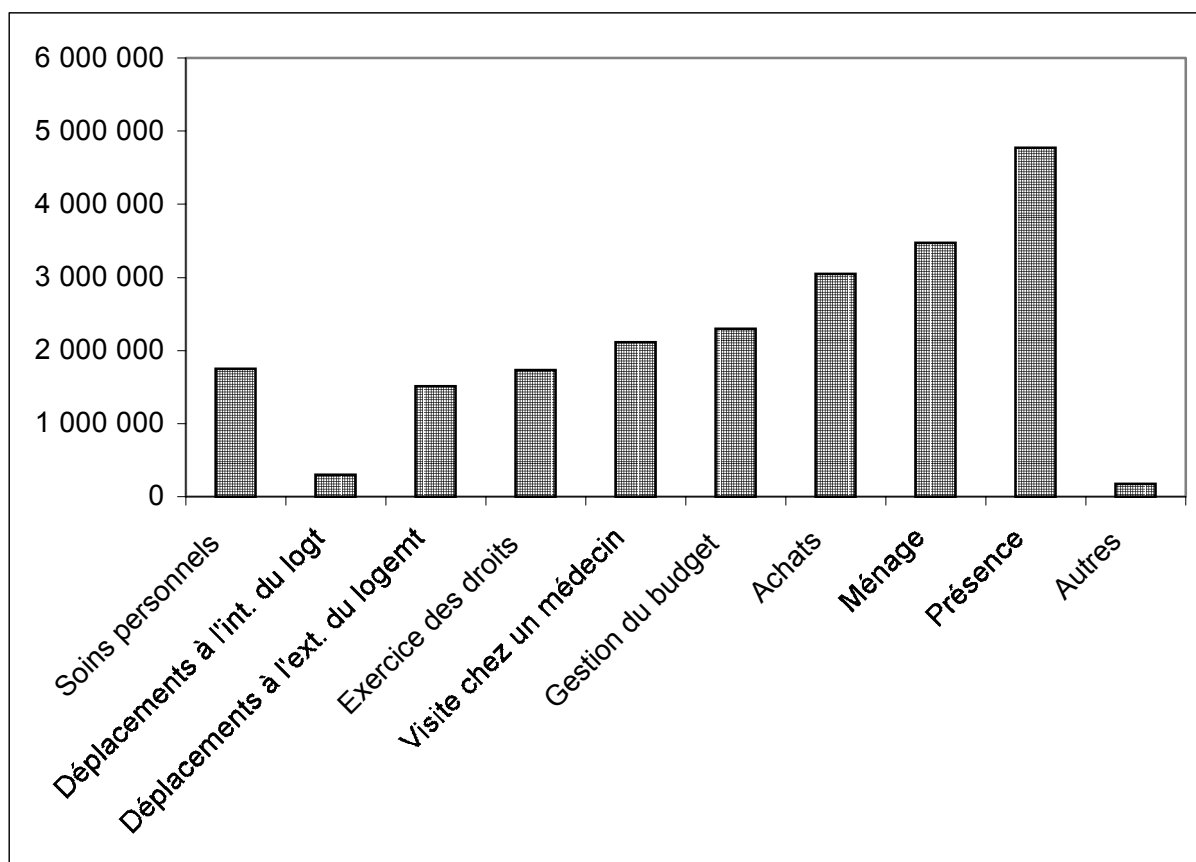
Si la fréquence du recours aux aides humaines, varie beaucoup selon l'âge, la nature des actes concernés par ces aides est assez semblable dans les différentes tranches d'âge.

A partir de quarante ans, la hiérarchie des motifs d'aide est quasiment similaire. Sont concernés, dans un ordre décroissant, la présence d'une aide au domicile, le ménage, les achats, l'aide à la gestion du budget et l'accompagnement pour les visites médicales, puis dans des proportions voisines, l'exercice des droits, les soins personnels et les déplacements à l'extérieur du logement. L'aide à l'intérieur du logement concerne une population beaucoup plus faible, toujours inférieure au dixième de la population concernée par l'aide la plus répandue : la présence.

Les deux tranches d'âge les plus jeunes recourent dans un ordre différent à ces mêmes aides. Comme les autres tranches d'âge, les 20-39 ans font en premier lieu appel à une présence, mais ce sont ensuite les aides à la réalisation des actes administratifs et financiers qui sont les plus fréquemment utilisés. Les 0-19 ans se distinguent par la place que prennent les compensations aux problèmes de santé (aides aux soins, accompagnement pour les visites médicales).

Au total, huit actes sur les dix actes listés sont réalisés avec aide pour plus d'un million et demi de personnes. Le maximum est atteint par la simple présence, « acte » souvent omis dans les enquêtes et qui concerne plus de 4,7 millions de personnes.

Graphique N° 4. Nature des actes pour lesquels une aide est apportée (population résidant à domicile)



Source: INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI
cf. tableau de données en annexe N° 5

Tableau N° 67. Nature des actes pour lesquels une aide est apportée par tranches d'âge (population résidant à domicile)

	0-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60-79 ans	80 ans et plus
Soins personnels	163 000 4,2%	120 000 2,9%	338 300 5,7%	678 700 9,8%	450 000 27,3%
Déplacements à l'intérieur du logement	26 300 0,7%	15 200 0,4%	31 700 0,5%	113 300 1,6%	111 600 6,8%
Déplacements à l'extérieur du logement	103 000 2,7%	79 400 1,9%	326 000 5,5%	555 300 8,0%	447 400 27,1%
Exercice des droits	143 000 3,7%	182 400 4,4%	285 400 4,8%	634 400 9,1%	487 700 29,5%
Visite chez un médecin	204 800 5,3%	126 800 3,1%	430 600 7,3%	821 800 11,8%	530 900 32,1%
Gestion du budget	10 000 0,3%	245 400 6,0%	431 600 7,3%	912 000 13,1%	697 000 42,1%
Achats	11 200 0,3%	159 100 3,9%	689 500 11,7%	1 290 000 18,6%	900 000 54,4%
Ménage	11 500 0,3%	173 300 4,2%	708 500 12,0%	1 599 800 23,1%	983 700 59,5%
Présence	387 800 10,0%	325 300 7,9%	905 600 15,3%	2 008 700 28,9%	1 144 500 69,2%
Autres	82 900 2,1%	11 200 0,3%	15 000 0,3%	45 500 0,7%	19 300 1,2%

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Comment est-on aidé ?

La place de l'aide familiale dans l'aide apportée aux personnes présentant des déficiences et incapacités peut-être appréciée à partir de deux types de questions : l'une relative au financement des aidants, l'autre relative au lien qui unit la personne aidée à son ou ses aidant(s). Malheureusement, les réponses apportées à ces deux types de question par les

personnes enquêtées ne sont pas totalement homogènes : certaines personnes ont simultanément déclaré ne pas rémunérer leur aide familiale lors des questions relatives au financement des aides et omis de citer un aidant familial lors des questions relatives aidants. Il s'en suit une certaine incertitude en matière d'appréciation du nombre de personnes recourant à de l'aide familiale. Selon les méthodes d'estimation prises en compte, ce sont entre 3,7 millions et 4,4 millions de personnes qui bénéficient de ce type d'aide soit 78% à 92% des personnes aidées. Quoiqu'il en soit l'aide professionnelle n'est pas négligeable pour autant: elle concerne environ 2,1 millions de personnes soit 45% des personnes aidées. Le recours à une combinaison des aides est largement répandu. Son importance variant en fonction de l'estimation retenue pour l'aide familiale, il se situe entre 25 % et 38% de la population aidée.

Tableau N° 68. Origine de l'aide (population avec déficience(s) résidant à domicile)

	Effectifs ¹	%	Effectifs ²	%*
Bénéficiaire uniquement d'une aide familiale**	2 575 600	54%	2 532 600	53%
Bénéficiaire uniquement d'une aide professionnelle***	328 000	6,9%	935 400	19,6%
Bénéficiaire des deux formes d'aide****	1 815 000	38%	1 208 000	25,4%
Bénéficiaire d'une autre forme d'aide	52 200	1,1%	95 900	2%
Total	4 770 800	100%	4 771 900	100%

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

¹ Estimation à partir des variables sur le financement des aides

² Estimation à partir des variables sur les liens avec les aidants

** y compris l'aide complémentaire d'un profane non familial (environ 87 000 cas)

*** y compris l'aide complémentaire d'un profane non familial (environ 89 000 cas)

**** y compris l'aide complémentaire d'un profane non familial (environ 110 000 cas)

Les erreurs de renseignement sur la variable de financement de l'aide familiale (où les personnes peuvent avoir déclaré ne pas payer leur aide familiale plutôt que d'avoir signalé ne pas disposer d'aide familiale) nous paraissant plus probables que les omissions d'aidants naturels, nous avons utilisé l'information relative aux aidants pour les tableaux 69 et 70. Toutefois, il est fort probable que des omissions d'aidants familiaux se soient également produites, notamment chez les personnes qui vivent en couple. La proportion de l'aide combinée qui figure dans ces tableaux est donc une proportion minimale.

Le recours à une aide exclusivement familiale est plus fréquent chez les hommes, alors que le recours aux deux principales formes d'aide est plus fréquent chez les femmes. Ceci est vrai quel que soit le mode d'estimation choisi. Mais la minimisation des recours simultanés qui résulte du choix de cette variable est plus marquée chez les femmes que chez les hommes.

Tableau N° 69. Origine de l'aide selon le sexe (population avec déficience(s) aidée résidant à domicile)

	Effectifs		Pourcentage	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Bénéficiaire uniquement d'une aide familiale	1 024 300	1 421 400	58,6%	47,0%
Bénéficiaire uniquement d'une aide professionnelle	286 700	559 700	16,4%	18,5%
Bénéficiaire d'aide familiale et professionnelle	339 800	757 900	19,5%	25,1%
Bénéficiaire d'une aide profane exclusivement	29 300	66 600	1,7%	2,2%
Bénéficiaire d'une combinaison d'aide incluant l'aide profane	66 700	219 500	3,8%	7,2%
Total	1 746 800	3 025 100	100%	100%

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

La plus grande fréquence, chez les femmes, du recours simultané à deux ou trois formes d'aide s'explique largement par la différence de pyramide des âges des hommes et des femmes, le recours à une aide exclusivement familiale diminuant au fur et à mesure que l'âge s'élève alors que le recours à deux ou trois formes d'aide complémentaires augmente brutalement au delà de 80 ans. Dans les deux tranches d'âge les plus élevées, la distorsion entre les deux sources d'information sur la nature des aides est très marquée. L'estimation alternative conduirait, pour ces deux tranches d'âge, à une majoration importante du recours simultané à ces deux formes d'aide (respectivement +17 et +25 points) et à une minoration importante de l'aide professionnelle exclusive.

Tableau N° 70. Origine de l'aide selon les tranches d'âge (population aidée résidant à domicile)

	0-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60-79 ans	80 ans et +
Aide exclusivement familiale	277 800 71,6%	174 000 53,5%	542 600 59,9%	1 108 400 55,2%	342 900 30,0%
Aide exclusivement professionnelle	70 500* 18,2%	67 500 20,7%	57 900 6,4%	403 500 20,1%	247 000 21,6%
Aide familiale et professionnelle	33 400 8,6%	63 000 19,4%	247 700 27,4%	338 600 16,8%	415 100 36,2%
Aide profane	1 900* 0,5%	4 500* 1,4%	22 200 2,4%	53 700 2,7%	13 600* 1,2%
Combinaison d'aide incluant l'aide profane	4 100 1,1%	16 300 5%	35 300 3,9%	104 600 5,2%	125 800 11,0%
Total	387 700 100%	325 300 100%	905 700 100%	2 008 800 100%	1 144 400 100%

* Effectifs bruts inférieurs à 15

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

L'étude de la nature des aidants confirme la place essentielle prise par la famille proche dans l'aide aux personnes avec déficiences. Les conjoints et les enfants, sont les premiers aidants. Compte tenu de la faible proportion de moins de vingt ans dans notre population, la place des ascendants est loin d'être négligeable.

Lorsqu'il y a intervention de personnel professionnel, ce sont les aides domestiques qui sont le plus souvent sollicités.

Tableau N° 71. Liens familiaux, caractéristiques professionnelles des aidants (population avec déficience aidée résidant à domicile)

	Effectifs	Pourcentage des personnes aidées
Aidants familiaux*		
Conjoint	1 689 900	35,4%
Enfant	1 577 400	33,1%
Ascendant	532 000	11,2%
Autre membre de la famille proche ¹	344 400	7,2%
Famille éloignée ²	377 000	7,9%
Autre aidant non professionnel ³	382 000	8,0%
Aidants professionnels*		
Personnel domestique ⁴	1452 800	30,5%
Personnel paramédical ⁵	723 300	15,2%
Personnel social et éducatif ⁶	396 900	8,3%

Source : INSEE-HID 99, traitement CTNERHI

*plusieurs réponses possibles

¹ frère, sœur, petit-fils ou petite fille

² neveu, nièce, cousin, cousine, beau-frère, belle-sœur, oncle, tante, etc.

³ ami, voisin, pensionnaire, sous-locataire, logeur, domestique ou salarié logé

⁴ Femme de ménage, aide ménagère, travailleuse familiale, agent de service hospitalier,

⁵ Auxiliaire de vie, garde à domicile, infirmier(e), aide-soignant, autre professionnel paramédical

⁶ Educateur, assistante sociale, autres (y compris associations d'aide, de tutelle)

Financement des aides

L'aide familiale est le plus souvent gratuite puisque 96% des personnes aidées par leur famille, déclarent ne pas la rémunérer.

L'aide professionnelle fait majoritairement appel à une participation financière des personnes aidées. Néanmoins 31% des personnes recourant à une aide professionnelle ne rémunèrent pas celle-ci.

Compte tenu de la part importante de l'aide familiale et de la très grande fréquence de sa gratuité, ce sont au total les deux-tiers des personnes aidées qui font exclusivement appel à une aide gratuite (qu'elle fasse appel à l'une, l'autre ou les deux formes d'aides) alors qu'une infime proportion (7% des personnes aidées) rémunèrent simultanément une aide familiale et une aide professionnelle.

Tableau N° 72. Participation financière à l'aide reçue (population avec déficience(s) résidant à domicile)

	Effectifs	Pourcentage
Absence totale de participation financière à l'aide reçue	3 145 800	65,9%
Participation financière à toute(s) forme(s) d'aide reçue	350 314	7,3%
Participation limitée à l'une des deux formes d'aide reçue	1 214 015	25,4%
Participation indéterminée et/ou autre forme d'aide reçue	60 700	1,3%
Total	4 770 800	100%

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Synthèse des compensations

A Domicile

Diffusion des différentes formes de compensation

Au sein de l'ensemble de la population, (celle ne déclarant ni gêne, ni déficience, incluse) la proportion des personnes n'utilisant ni aide humaine, ni aide technique, et n'ayant pas procédé à une adaptation de son logement est dominante¹⁰. Environ 16% de la population déclare utiliser une ou plusieurs de ces compensations de l'incapacité. Les aides humaines et, plus encore, les aides techniques concernent néanmoins des effectifs importants (respectivement 5 millions et 6,5 millions de personnes¹¹). Les adaptations du logement moins largement diffusées concernent environ 1,1 million de personnes.

Au sein de la population avec déficience, la proportion d'utilisateurs d'une des formes de compensation du handicap atteint le tiers de la population concernée (34%).

Mais certaines personnes déclarent utiliser des aides techniques ou des aides humaines alors qu'elles ne déclarent aucune déficience, c'est le cas d'environ 160 000 utilisateurs en matière d'adaptation de logement, 250 000 utilisateurs d'aides humaines, et 1,2 million d'utilisateurs

¹⁰ En l'absence d'une délimitation claire des aides techniques et des adaptations du logement nous avons procédé à un certain nombre de choix :

Ont été considérés comme adaptation de logement : les plate-formes élévatoires, les ascenseurs d'escalier, les rampes fixes ou portables, les baignoires, douches ou lavabos adaptés, les dispositifs de soutien (barres d'appui et mains courantes), les dispositifs d'ouverture et fermeture de portes, fenêtres et volets, les cuisines adaptées

Ont été considérées comme aides techniques : les WC adaptés (sièges percés, ascenseurs de WC, barres d'appui), les tables adaptés, les sièges adaptés, les lits adaptés, les autres mobiliers, les cannes ou béquilles, les cannes blanches, les déambulateurs, les fauteuils roulants, les véhicules adaptés, les tricycles manuels ou à moteur, les autres aides techniques, les prothèses, les dispositifs de soutien, de maintien ou de correction du corps, les systèmes d'évacuation de l'urine, les anus artificiels, les protections absorbantes, les autres aides techniques ou appareils pour les soins personnels, les aides pour le transfert du lit au fauteuil, les aides optiques ou électro-optiques, les interfaces d'ordinateurs, les traitements de texte et machines à écrire en braille, les magnétophones utilisés par les déficients visuels, les générateurs et amplificateurs de voix, les appareils auditifs, boucles magnétiques et autres aides pour entendre, le matériel audio-visuel pour malentendants, les systèmes de compensation des fonctions de la main (licorne, baguettes buccales etc), les robinetteries adaptées, les aides à la lecture, les matériels pour le traitement d'une maladie de longue durée à domicile les autres aides techniques et équipements spéciaux, les téléalarmes.

¹¹ Dont environ 540 000 sont porteurs de prothèses mais ne recourent pas à d'autres formes d'aides techniques.

d'aides techniques. C'est ainsi 13,8% des possesseurs d'adaptation de logement, 5% des utilisateurs d'aide humaine et 18,6% des possesseurs d'aide technique qui n'ont déclaré aucune déficience

La hiérarchie des aides ne s'en trouve pas modifiée : l'usage des aides techniques devance toujours légèrement l'usage des aides humaines (respectivement 5,3 millions et 4,8 millions de personnes). L'usage de ces deux types d'aide est très nettement supérieur à l'usage des adaptations de logement.

Tableau N° 73. Usage des différentes formes d'aide au sein de la population et au sein de la population avec déficience(s) vivant à domicile

	Toute population		Population HID	
	Effectifs (en milliers)	Pourcentage	Effectifs (en milliers)	Pourcentage
Usage d'au moins une adaptation de logement	1 175	2%	1 013	4,5%
Usage d'au moins une aide technique	6 485	11,3%	5 275	23,5%
Usage d'une aide humaine	5 025	8,8%	4 771	21,2%
Usage d'au moins l'une de ces trois formes de compensation	9 163	15,9%	7 447	33,6%

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

L'usage d'une combinaison de modalités de compensation des incapacités touche une faible proportion de la population, mais l'effectif concerné est loin d'être négligeable. Rares étant les personnes ne s'étant pas déclarées comme déficientes et recourant à deux ou trois formes de compensation, l'effectif est, dans les deux cas, voisin de 2,9 millions de personnes.

Tableau N° 74. Nombre de modalités de compensation utilisées (population vivant à domicile)

	Toute population		Population HID	
	Effectifs (en milliers)	Pourcentage	Effectifs (en milliers)	Pourcentage
Absence d'usage de forme de compensation	48 167	83,9%	14 907	66,3%
Usage d'une forme de compensation	6 241	10,9%	4 647	20,7%
Usage de deux formes de compensation	2 323	4,0%	2 307	10,3%
Usage de trois formes de compensation	599	1,0%	599	2,7%
Usage indéterminé*	101	0,2%	14	0,1%
Total	57 432	100%	22 474	100%

*Il s'agit de personnes qui n'ont pas répondu à la question de l'aide humaine

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Si l'on examine la nature des aides utilisées en cas de recours à plusieurs aides ce sont les aides dont l'usage est le plus répandu qui sont les plus fréquemment associées. L'usage simultané des aides techniques et des aides humaines concerne environ 9% des personnes ayant déclaré des déficiences (8,5% si on élimine au sein des usagers des aides techniques, les personnes qui ont seulement une prothèse). La diffusion des adaptations du logement étant faible (4,5%), les associations de celles-ci avec les autres modes de compensation du handicap ne peuvent concerner qu'une infime proportion de la population atteinte de déficiences.

Tableau N° 75. Estimation des utilisateurs de compensation de l'incapacité (prothèses comprises) – (population vivant à domicile)

Type d'aide utilisée	Toute population vivant à domicile		Population considérée comme handicapée*	
Aucune				
Effectifs (en milliers)	48 167		14 907	
Pourcentage		83,9%		66,3%
Aide humaine seulement				
Effectifs (en milliers)	2 269		2 029	
Pourcentage		4%		9,0%
Aide technique** seulement				
Effectifs (en milliers)	3 687		2 491	
Pourcentage		6,4%		11,1%
Adaptation du logement seulement				
Effectifs (en milliers)	285		126	
Pourcentage		0,5%		0,6%
Aide humaine et aide technique**				
Effectifs (en milliers)	2 031		2 019	
Pourcentage		3,5%		9,0%
Aide humaine et adaptation du logement				
Effectifs (en milliers)	125		124	
Pourcentage		0,2%		0,6%
Aide technique** et adaptation du logement				
Effectifs (en milliers)	166		165	
Pourcentage		0,3%		0,7%
Les trois types d'aide				
Effectifs (en milliers)	599		599	
Pourcentage		0,1%		2,7%
Indéterminé				
Effectifs (en milliers)	101		14	
Pourcentage		0,2%		0,1%
Total				
Effectifs (en milliers)	57 432		22 474	
Pourcentage		100%		100%

**y compris les prothèses

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Compte tenu de cette distribution très déséquilibrée, il est logique que lorsqu'une seule aide est utilisée, il s'agisse soit d'une aide technique (53,7% des cas de mono-utilisation), soit d'une aide humaine (43,6% des cas de mono-utilisation d'une compensation). Dans les cas d'utilisation de deux modes de compensation, c'est l'association de ces deux modes qui

domine très largement : elle représente 87,5% des situations d'utilisation de deux modes de compensations.

L'usage de chacune des aides est fortement lié à l'âge, au sexe et aux tableaux de déficiences, ces trois caractéristiques étant fortement liées entre elles.

Usage des compensations et déficiences

L'usage de chacune des aides est fortement liée aux configurations de déficiences. Quelle que soit la nature de la compensation, ce sont les personnes présentant des associations de déficience physiques et les personnes présentant des associations de déficiences physiques et mentales qui ont le plus grand recours aux mécanismes de compensation. Dans chacun des cas, leur usage des modes de compensation représente environ le double de l'usage moyen. Les déficients moteurs constituent la troisième catégorie d'utilisateurs des systèmes de compensation avec un usage encore supérieur à la moyenne. Les autres groupes sont plus ou moins utilisateurs selon la nature de l'aide. Ainsi, les déficients mentaux se situent-ils à un niveau moyen d'utilisation des aides humaines et à un niveau très faible d'utilisation des aides techniques et adaptations de logement. Les déficients viscéraux sont eux, relativement proches de la moyenne en matière d'usage des aides techniques, mais très éloignés en matière d'aide humaine et d'adaptation de logement.

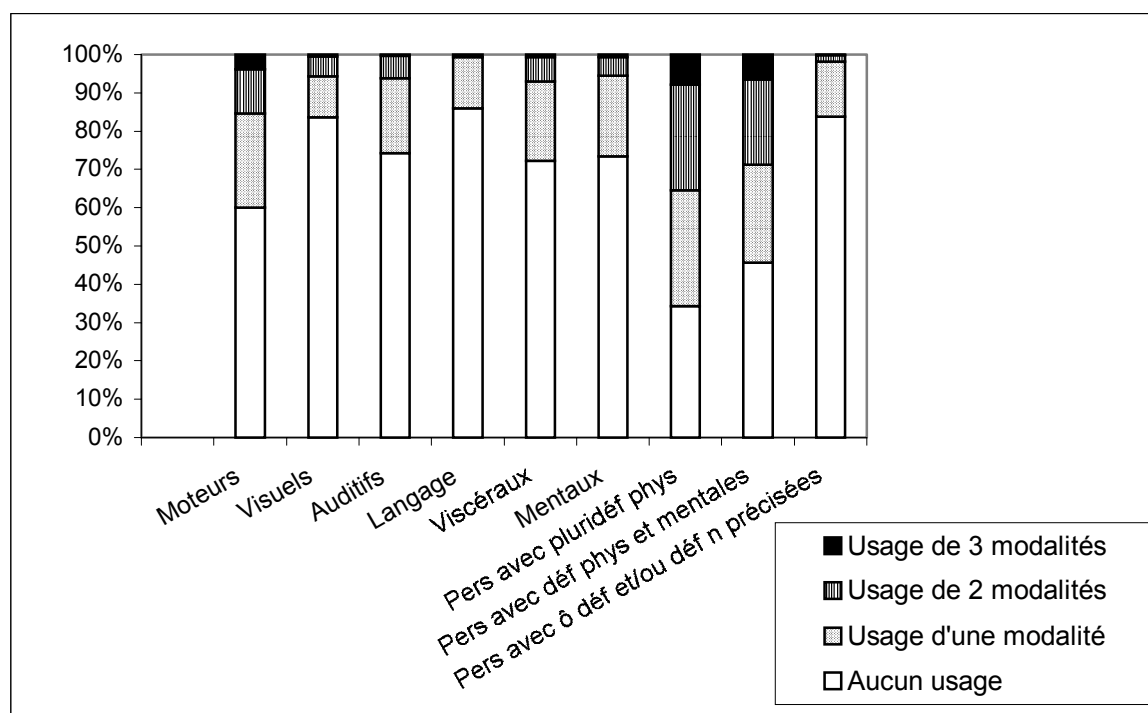
Tableau N° 76. Estimation des usages des différentes aides selon les tableaux de déficiences (population vivant à domicile)

	Utilisateurs d'adaptation du logement	Utilisateurs d'aide(s) technique(s)	Utilisateurs d'aide(s) humaine(s)
Déficients moteurs	5,9%	30,0%	23,4%
Déficients visuels	1,0%	11,1%	10,6%
Déficients auditifs	0,8%	21,6%	9,9%
Personnes avec déficiences du langage	-	2,2%	12,6%
Déficients viscéraux	1,5%	19,4%	14,5%
Déficients mentaux	3,0%	7,8%	22,2%
Personnes avec pluridéficiences physiques	12,3%	52,5%	44,2%
Personnes avec déficience(s) physique(s) et mentale(s)	9,0%	39,4%	41,1%
Personnes avec autres déficiences et déficiences indéterminées	1,3%	8,4%	8,6%
Ensemble	4,5%	23,5%	22,8%

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Si l'on s'intéresse à l'usage de l'ensemble des mécanismes de compensation, trois groupes de personnes apparaissent comme particulièrement peu utilisateurs de compensation : il s'agit des déficients visuels, des déficients du langage et des personnes présentant d'autres déficiences. A l'opposé, les plus gros « consommateurs » sont les personnes avec des pluridéficiences physiques et des personnes associant déficiences physiques et déficiences mentales. Ce sont à la fois des groupes fortement consommateurs d'au moins une aide et les groupes les plus concernés par l'utilisation systématique des trois formes d'aide. Toutefois, ce multi-usage des formes de compensation reste fortement minoritaire (7,9% des pluridéficients physiques et 6,5% des personnes associant déficiences physique(s) et mentale(s)). Il est infime dans les autres groupes variant de 0,2% à 4% des usagers.

Graphique N° 5. Usage des compensations par groupes de déficiences



Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Cf. tableau de données en annexe N° 6

Usage des compensations et âge

La quasi-totalité des aides que nous avons étudié précédemment voyait leur usage croître au fur et à mesure de l'élévation de l'âge. Il n'y a donc rien d'étonnant à voir l'usage de l'ensemble des aides croître également avec l'âge.

Extrêmement minoritaire chez les moins de quarante ans, l'usage d moyens de compensation s'accélère au fur et à mesure du vieillissement à partir de cet âge. Au delà de 80 ans, il concerne environ les deux tiers de la population tant en matière d'aide technique qu'en matière d'aide humaine. La croissance de l'usage des aides techniques et des aides humaines est proche, quoique légèrement plus élevée pour les aides humaines, tandis que celle des adaptations de logement demeure nettement inférieure.

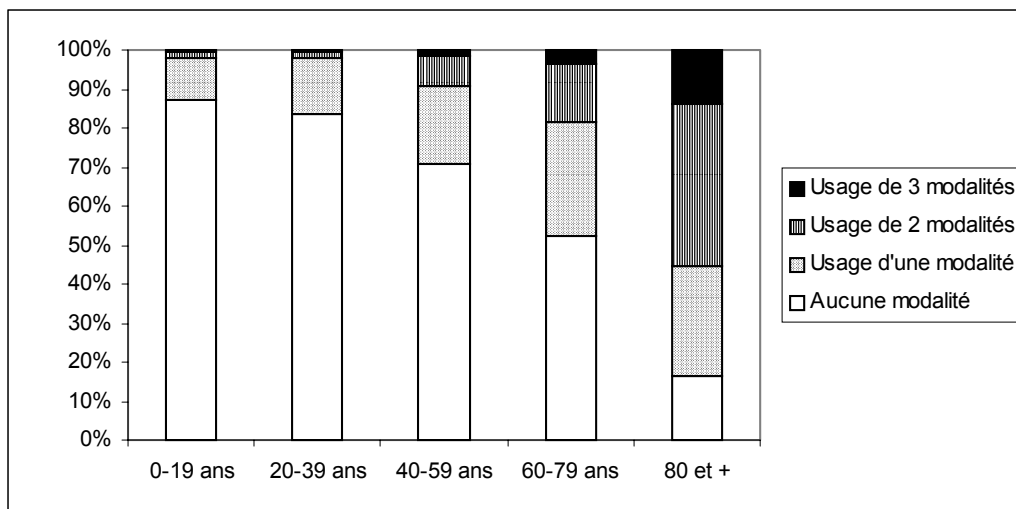
Tableau N° 77. Estimation de l'usage des différentes formes de compensation du handicap par groupes d'âge (population ayant déclaré des déficiences vivant à domicile)

	Usage d'une adaptation de logement		Usage d'une aide technique (prothèses incluses)		Usage d'une aide humaine	
0-19 ans	16 800	0,4%	178 000	4,6%	387 800	10,0%
20-39 ans	38 100	0,9%	410 400	10,1%	325 300	7,9%
40-59 ans	161 400	2,7%	1 269 900	21,5%	905 200	15,3%
60-79 ans	538 500	7,8%	2 298 400	33,1%	2 008 000	29,0%
80 ans et plus	258 400	15,6%	1 118 700	67,6%	1 144 500	21,2%
Ensemble	10 132 000	4,5%	5 275 300	23,5%	4 770 833	21,2%

Source: INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

L'usage de chacune des formes de compensation augmentant avec l'âge, l'usage d'une pluralité de compensations augmente également avec l'âge. Si le cumul de deux modes de compensation commence à être sensible des quarante ans, le cumul de trois formes de compensation est lui surtout perceptible au delà de 80 ans

Graphique N° 6. Usage des compensations par grandes tranches d'âge (population vivant à domicile)



Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

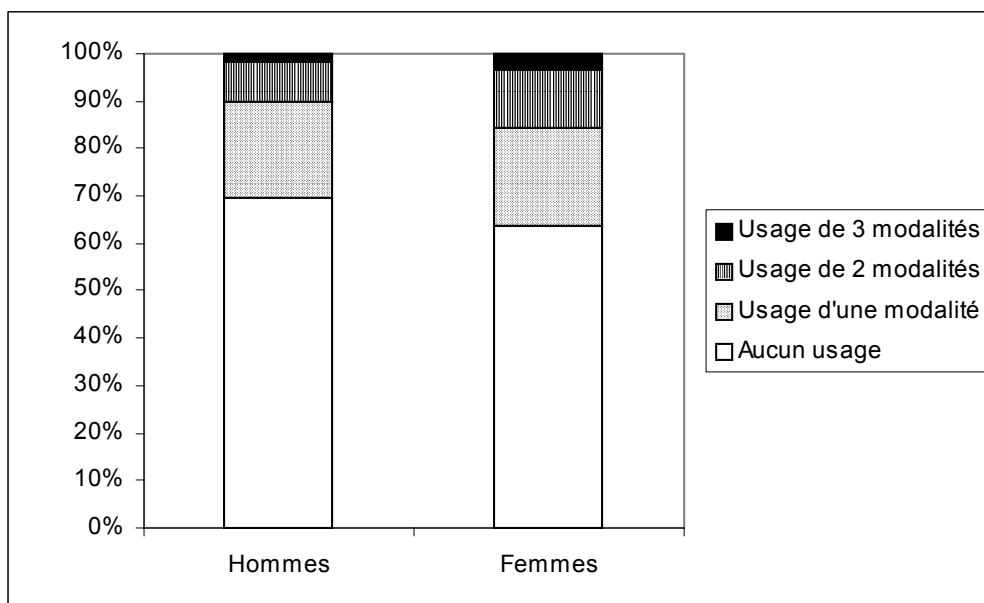
Cf. tableau de données en annexe N° 6

Le lien entre l'âge et l'utilisation des aides passe partiellement par la nature des tableaux de déficiences présentées (les tableaux de pluridéficiences physiques et d'associations de déficiences physiques et mentales augmentant avec l'âge). Il est probable qu'il passe également par un degré de gravité différent des tableaux de déficiences observées et des incapacités qui les accompagne.

Usage des compensations et sexe

Les femmes étant plus nombreuses dans les groupes d'âge les plus âgés, recourent plus souvent à chacune des formes de compensation ainsi qu'à une pluralité de compensations.

Graphique N° 7. Usage de compensations selon le sexe
(Effectifs redressés - population ayant déclaré des déficiences résidant à domicile)



Source: INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Cf. tableau de données en annexe N° 6

Dans les tranches d'âge les plus jeunes, les différences d'usage des modes de compensation sont peu marquées, n'atteignant pas trois points en ce qui concerne la proportion de personnes recourant à au moins une forme de compensation. Au delà de 60 ans, une consommation plus marquée s'installe chez les femmes, perceptible aussi bien au travers de la proportion de personnes recourant à au moins une forme de compensation qu'au travers du recours simultané à plusieurs modes de consommation. Au delà de quatre vingt ans, le recours simultané à plusieurs types de compensation concerne la majorité des femmes.

Tableau N° 78. Estimation de l'ampleur du recours aux mécanismes de compensation du handicap par groupes d'âge et par sexe (population ayant déclaré des déficiences résidant à domicile)

	Aucune compensation		Une forme de compensation		Deux formes de compensation		Trois formes de compensation		Usage indéterminé	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
0-19 ans	88,6%	86,1%	8,8%	12,4%	2,0%	1,3%	0,6%	0,2%	-	-
20-39 ans	83,6%	84,1%	14,4%	13,5%	1,7%	1,7%	0,3%	0,7%	-	-
40-59 ans	68,5%	72,7%	22,6%	18,1%	7,6%	7,9%	1,3%	1,3%	-	-
60-79 ans	56,7%	49,1%	27,9%	29,9%	12,6%	16,3%	2,7%	4,6%	0,1%	-
80 ans et plus	23,9%	12,3%	32,5%	25,7%	34,1%	45,8%	9,2%	15,6%	0,3%	0,6%

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Si l'on examine chacune des modalités de compensation, il apparaît que c'est le moindre recours des femmes de 20 à 39 ans aux aides humaines et le moindre recours des femmes de 40 à 59 ans aux aides techniques qui occasionnent la légère sous-consommation des femmes dans ces classes d'âge.

Tableau N° 79. Proportions d’usagers des différentes modalités de compensation au sein de la population présentant des déficiences par sexe et par âge (population résidant à domicile)

	Usage d’une adaptation de logement		Usage d’une aide technique (prothèses incluses)		Usage d’une aide humaine	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
0-19 ans	0,6%	0,2%	6,0%	3,2%	7,9%	12,2%
20-39 ans	0,7%	1,2%	8,7%	11,5%	9,5%	6,2%
40-59 ans	2,2%	3,2%	26,4%	17,4%	13,0%	17,1%
60-79 ans	6,6%	8,7%	30,5%	35,1%	24,2%	32,7%
80 ans et plus	11,7%	17,5%	60,6%	71,1%	56,2%	76,1%
Ensemble	3.4%	5.5%	21.7%	24.9%	16.8%	25.0%

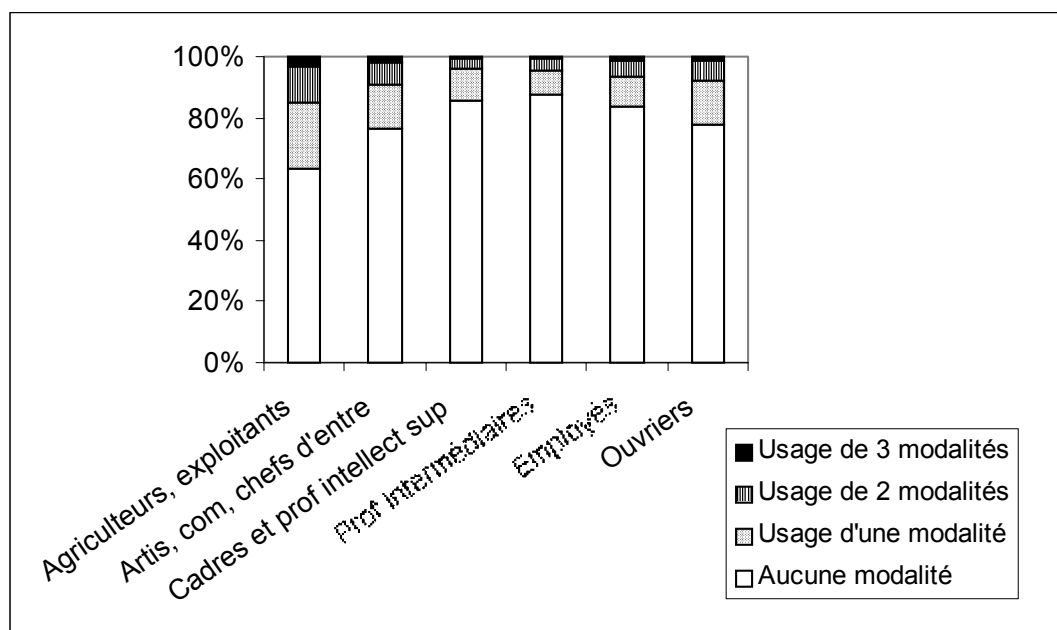
Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Usage des compensations et catégories sociales

Age et déficiences d’une part, âge et catégories sociales d’autre part, étant fortement liés, il n’est pas étonnant de constater un usage des compensations plus élevé dans les catégories sociales dont la structure par âge témoigne d’une forte présence aux âges élevés : les agriculteurs et, dans une moindre mesure, les artisans, commerçants et chefs d’entreprises sont les catégories qui comportent le plus de personnes de plus de 80 ans et le plus de personnes entre 60 et 79 ans. Ce sont aussi celles qui ont le plus rarement recours à aucun mécanisme de compensation (respectivement 64% et 77% de ces catégories) et le plus fréquemment recours à une pluralité de compensations (respectivement 15 et 9%).

Les ouvriers se distinguent par une consommation de systèmes de compensations très proche de celle des artisans et commerçants alors que leur structure d’âge est nettement plus jeune. L’explication est probablement à rechercher du côté d’une plus grande prévalence des incapacités nécessitant compensation dans cette population. Cette hypothèse est confortée par les travaux de P.Mormiche sur les inégalités sociales en matière de déficience.

Graphique N° 8. Usage des systèmes de compensation par catégorie socio-professionnelle de la personne (effectifs redressés - toute population résidant à domicile)



Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI
Cf. tableau de données en annexe N° 6.

En institution

L'usage des aides techniques par la population résidant en institution est très supérieur à celui observé à domicile : 65% de la population en institution et 66% de la population ayant déclaré des déficiences et incapacités utilisent une ou plusieurs aides techniques¹². La proportion d'utilisateurs en institution est donc six fois supérieure à celle observée à domicile, elle est encore trois fois supérieure si on restreint la comparaison aux populations présentant des déficiences. Afin d'éliminer un hypothétique impact institutionnel nous avons également envisagé pour les personnes vivant en institution, une acception plus étroite des aides techniques. Cette acception exclut le mobilier adapté car celui-ci peut être disponible, voire utilisé, indépendamment de l'état des personnes¹³. Les proportions d'utilisateurs d'aide techniques sont extrêmement peu affectées par cette restriction de la notion d'aide technique. 63% de la population en institution - et 64% de la population avec déficiences - est utilisatrice d'aides techniques selon cette définition restreinte, ces proportions sont très nettement supérieures à celles observées au domicile.

Usage des aides techniques et déficiences

Comme à domicile, l'usage des aides techniques est fortement lié à la nature des déficiences. Si l'on met à part les deux groupes numériquement faibles des déficients du langage et des personnes présentant exclusivement des autres déficiences et déficiences non précisées, les déficients mentaux sont le seul groupe au sein duquel l'usage des aides techniques est faible. Les aides techniques sont les plus répandues chez les personnes présentant des déficiences motrices et les pluridéficiences physiques. A la différence du domicile où leur consommation est particulièrement faible, les déficients visuels font un usage des aides techniques proche de l'usage moyen.

¹² La liste des aides techniques utilisée ici est la même que celle utilisée dans la partie consacrée au domicile à l'exception des téléalarmes qui ne figurent pas (et n'auraient pas le même sens) dans la liste des aides techniques utilisées en institutions

¹³ Nous n'avons conservé comme mobilier adapté que le mobilier destiné au transfert du lit au fauteuil, car celui-ci ne nous paraît pas devoir être utilisé indépendamment de l'état des personnes

**Tableau N° 80. Usage des aides techniques selon les déficiences
(population en institution ayant déclaré des déficiences)**

	Effectifs	Proportion
Déficients moteurs	30 600	75,1%
Déficients visuels	3 400	57,5%
Déficients auditifs	8 000	65,5%
Personnes avec déficiences du langage	1 000*	36,6%
Déficients viscéraux	11 000	61,7%
Déficients mentaux	13 000	11,1%
Personnes avec pluridéficiences physiques	135 000	89,9%
Personnes avec déficience(s) physique(s) et mentale(s)	224 000	77,9%
Personnes avec autres déficiences et déficiences non précisées	4 000	25,1%
Ensemble	429 300	66.4%

* Effectifs bruts très faibles rendant les estimations peu fiables

Source : INSEE-HID 98 – Traitement CTNERHI

Usage des aides techniques et âge en institution

A la différence du domicile où il est immédiatement perceptible, l'accroissement du recours aux aides techniques n'est sensible qu'au delà de 60 ans. Les classes d'âge les plus jeunes ayant un recours aux aides techniques non négligeable, l'accroissement avec l'âge est proportionnellement moindre que celui observé à domicile. Le taux d'usage n'en reste pas moins toujours supérieur à celui observé au domicile.

**Tableau N° 81. Usage d'une aide technique en institution en fonction de l'âge
(population en institution ayant déclaré des déficiences)**

0-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60-79 ans	80 ans et plus	Ensemble
25,2%	27,0%	28,3%	65,1%	87,2%	66.4%

Source : INSEE-HID 98 – Traitement CTNERHI

Usage des aides techniques et sexe

Dans chaque classe d'âge, l'usage des aides techniques est plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

Tableau N° 82. Usage d'une aide technique en institution en fonction de l'âge et du sexe (population ayant déclaré des déficiences ou rencontrer des difficultés dans la vie quotidienne)

0-19 ans		20-39 ans		40-59 ans		60-79 ans		80 ans et plus		Ensemble	
H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
22,7%	29,9%	24,2%	31,3%	25,7%	32%	61,8%	67,5%	84,1%	87,9%	50,6%	74,8%

Source: NSEE-HID 98 – Traitement CTNERHI

Cet usage plus élevé des aides techniques chez les femmes tient probablement à la moindre part des déficients mentaux chez les femmes (cf. chapitre1).

Conclusion

La possibilité d'une description quasi-exhaustive et d'une quantification de l'usage des diverses modalités de compensation des incapacités était offerte par l'enquête HID de l'INSEE. Cet usage est apparu comme large puisque plus de cinq millions de personnes utilisent des aides humaines et six millions des appareillages, prothèses ou aides techniques. L'usage d'adaptation du logement est moins répandu mais touche néanmoins plus d'un million de personnes .

S'il est essentiellement le fait d'une population ayant déclaré des déficiences, une petite minorité de la population déclare recourir à des aides techniques ou des aides humaines en l'absence de déficience, témoignant par là, soit de la banalisation de ces moyens de compensation, soit d'une banalisation des déficiences induisant une non déclaration de celles-ci.

L'usage des formes de compensation croît fortement avec l'âge, avec une accélération marquée sur la fin de vie. Cette croissance est perceptible, même si l'on restreint le champ des personnes étudiées à celles présentant des déficiences, la « gravité » des incapacités augmentant avec l'âge, y compris au sein de la population déficiente. En conséquence, les femmes plus nombreuses dans les tranches d'âge les plus élevées et présentant plus d'incapacités dans ces tranches d'âges sont plus fréquemment et plus fortement utilisatrices de modalités de compensation que les hommes.

Parmi les aides matérielles, les aides les plus répandues sont les aides à la mobilité (plus de 2 millions d'usagers) mais nombreuses sont celles qui concernent plus d'un million de personnes : aides destinées à pallier les problèmes de continence, prothèses, appareillages de soutien d'une partie du corps notamment.

L'enquête HID est une fois de plus l'occasion de confirmer la place essentielle des aidants familiaux dans l'aide humaine apportée aux personnes ayant besoin d'aide humaine. Plus des

neuf dixièmes de la population aidée est aidée par un membre de sa famille, avec une aide complémentaire de professionnels dans 40% des cas d'aide familiale. Ces aides familiales n'étant presque jamais rémunérées, c'est au total environ les deux-tiers de la population aidée qui reçoit une aide sans participation financière.

La compensation des incapacités apparaît ainsi comme un phénomène répandu dont la fréquence devrait croître encore avec le vieillissement de la population. La place essentielle de l'aide familiale est à la fois une chance et un risque pour la collectivité : chance car il s'agit d'une compensation, parfois importante, des incapacités ; risque car il n'est pas certain compte-tenu des évolutions démographiques, qu'elle puisse toujours jouer un rôle aussi important que celui qu'elle joue actuellement.

Annexes

Annexe N°1 Recueil de l'information sur les déficiences

Les informations relatives aux déficiences ont été relevées au début du questionnaire en réponse à la question «*Quelle(s) difficulté(s), infirmité(s) ou autre(s) problème(s) rencontrez-vous dans la vie de tous les jours ?* ».

Par la suite, la section du questionnaire consacrée aux incapacités a été l'occasion de collecter des déficiences qui n'auraient pas été spontanément déclarées. Ces déficiences ont pu être déclarées par la personne enquêtée lors de la question «*Quelles sont la ou les causes de cette difficulté de... ?* », question portant sur les actes de la vie quotidienne comme la toilette, les déplacements, l'orientation dans le temps.. .

Les déficiences ont également pu être relevées par l'enquêteur sans déclaration de la personne enquêtée lorsque l'enquêteur aura considéré que des déficiences évidentes n'ont pas été déclarées par les personnes.

L'ensemble de ces informations relatives aux déficiences a fait l'objet d'un premier codage effectué sur place par les enquêteurs à partir d'une carte de codage des déficiences préparée à l'avance (cf annexe n°1). Ce codage a donné lieu à un premier contrôle de cohérence effectué par l'Insee. Il a ensuite été transmis à une équipe médicale encadrée par le CREDES qui a procédé à un contrôle attentif et à une correction des incohérences à partir de deux sources d'informations : la nature de la maladie lorsque celle-ci est connue d'une part, la nature des incapacités déclarées d'autre part.

Cette correction a conduit à une augmentation considérable du nombre de déficiences. Elle ne pouvait être uniforme compte tenu de la procédure utilisée : la déduction de déficiences à partir de l'observation des incapacités conduit forcément à privilégier les déficiences qui sont liées de façon non équivoque à une ou plusieurs incapacités. Ainsi, l'impossibilité de reconnaître un visage à quatre mètres et l'impossibilité de lire (y compris avec lunettes) pouvaient, sans trop de risque d'erreur conduire à l'inscription d'une déficience visuelle, si celle-ci n'avait pas été notée antérieurement. A contrario l'impossibilité de faire ses achats ne peut être attribuée sans risque à une déficience précise, celle-ci pouvant aussi bien être motrice, mentale, visuelle ou auditive. En conséquence, les déficiences visuelles et urinaires ont-elles regroupé l'essentiel de l'accroissement du nombre de déficiences entre le nombre avant correction et le nombre après correction, alors que rien ne prouve que d'autres déficiences n'aient pas elles aussi été sous-déclarées.

Les différents modes d'organisation du matériau

A la différence de nombreuses enquêtes comportant une information sur le handicap, l'enquête HID ne comportait pas de question relative à l'existence d'une éventuelle déficience principale. Les personnes interrogées étaient susceptibles de déclarer un nombre non limité de déficiences. Un maximum de 14 déficiences ont été relevées en institution et 12 à domicile. La liste des déficiences envisageables comportait 38 déficiences, lesquelles pouvait appartenir à 7 grandes catégories de déficiences. Par ailleurs, le rang dans lequel les déficiences étaient enregistrées n'a aucune signification.

Ces données se prêtent à deux modes de traitement qui ont chacun leur intérêt et leurs limites : Le premier mode de traitement consiste en l'examen des caractéristiques d'une population présentant telle déficience (visuelle, motrice ou autre) plus ou moins détaillée (avec ou sans distinction entre les aveugles, les amblyopes ou les autres troubles de la vision par exemple), sans prise en compte des autres déficiences que la personne peut éventuellement présenter. Une même personne peut dès lors relever de plusieurs populations simultanément (celle des déficients visuels et celle des déficients moteurs), si elle présente ces deux déficiences. Le cumul des déficiences est nettement supérieur au nombre de personnes de l'échantillon.

Cette organisation des déficiences a le mérite de la simplicité dans la mesure où le nombre de déficiences à étudier est strictement identique au nombre de modalités de déficiences envisagées lors du codage des données, soit sept grandes catégories de déficiences ou trente huit modalités de déficiences détaillées auxquelles il faut ajouter une catégorie de « sans objet ».

Elle a l'inconvénient majeur de mélanger, au sein d'une catégorie de déficiences, des personnes qui présentent la déficience en question et seulement celle-là et des personnes qui présentent la déficience en question et une ou plusieurs autres déficiences associées. Ce mélange ne permet aucune estimation de l'ampleur des pluri-déficiences et des associations de déficiences les plus fréquentes. De plus, il entraîne une perte d'information importante lors des croisements avec d'autres variables. En effet, s'il est rare que l'on puisse établir des liens de causalité dans le domaine de l'épidémiologie sociale compte tenu du grand nombre de facteurs qui peuvent influencer sur les variables à expliquer, (qu'elles concernent l'incapacité, la situation sociale, ou l'intégration professionnelle), le constat de corrélations existant entre deux variables est très souvent informatif. Or, la valeur explicative d'une variable est d'autant

plus réduite que le contenu de l'information est hétérogène ce qui peut-être fortement le cas dans le mode d'organisation que nous venons de présenter.

Le second mode de traitement consiste en l'examen des caractéristiques d'une population présentant un tableau de déficiences données ; tableau qui peut contenir une ou plusieurs déficiences, appartenant à une ou plusieurs grandes catégories de déficiences. Pour ce faire, des regroupements de déficiences qui doivent être exclusifs les uns des autres doivent être constitués. Dans ce cas, une même personne ne peut se trouver dans plusieurs groupes simultanément. Le cumul des tableaux de déficiences est égal au nombre de personnes de l'échantillon.

Ce second type de traitement a l'avantage majeur de permettre d'isoler les unes des autres des personnes dont les tableaux de déficiences sont différents : ainsi par exemple les personnes souffrant d'une seule déficience ou de plusieurs déficiences appartenant à la même catégorie (plusieurs déficiences motrices par exemple) seront-elles distinguées des personnes présentant un tableau complexe de déficiences (déficience motrice, déficience auditive et déficience mentale par exemple).

La construction de ces groupes, exclusifs les uns des autres, de tableaux de déficiences est théoriquement la solution la plus appropriée pour comprendre les liens entre les déficiences et les autres caractéristiques de la personne : incapacités, insertion sociale, insertion professionnelle, etc. Pratiquement, elle comporte des difficultés qui limitent un peu la portée de son apport, sans pour autant le réduire totalement.

Idéalement en effet, les tableaux de déficiences devraient être totalement homogènes pour que l'on puisse mettre parfaitement en relation le tableau de déficiences considérées et les caractéristiques observées. C'est ainsi par exemple qu'une personne amblyope avec une déficience motrice du membre inférieur devrait être distinguée non seulement d'une personne amblyope sans déficience motrice mais aussi d'une personne amblyope avec déficience motrice du membre supérieur ou encore d'une personne amblyope avec déficience motrice du membre inférieur et surdité complète. La liste détaillée des déficiences déclarées contenant trente-huit déficiences, le maximum de déclarations étant de quatorze déficiences, le nombre de tableaux différents théoriquement envisageable se chiffre en centaines de millions. Ce chiffre ne saurait être atteint puisqu'il excède très largement la taille de notre échantillon. Si l'on se limite au cas de l'enquête HID, il n'est pas impossible que le nombre de tableaux détaillés de déficiences soit de plusieurs centaines. L'interprétation de tels résultats est totalement inenvisageable. Nous avons donc été amenés à constituer des tableaux de

déficiences qui soient le plus possible différenciés les uns des autres mais dont l'homogénéité n'est pas totale.

Deux regroupements, de degré de détail différent ont été constitués.

Le premier regroupement, le moins détaillé, distingue les groupes de monodéficiences des groupes de pluridéficiences. Le niveau le moins fin des déficiences ayant été retenu pour la constitution des groupes, une personne présentant plusieurs déficiences détaillées de même nature sera classée comme appartenant à un groupe de monodéficiences : par exemple une personne présentant une déficience motrice du membre supérieur et une déficience motrice du membre inférieur apparaîtra en monodéficiences motrice.

Sont ainsi distingués six groupes de « monodéficiences » :

- déficiences motrices,
- déficiences visuelles,
- déficiences auditives,
- déficiences du langage,
- déficiences viscérales,
- déficiences intellectuelles et psychiques

et deux groupes de pluridéficiences :

- associations de déficiences physiques sans déficience intellectuelle et psychique
- associations de déficiences physiques et psychiques

ainsi qu'un groupe de déficiences non précisées¹⁴.

- Un deuxième regroupement, détail du groupe précédent, décompose les groupes « déficiences intellectuelles et du psychisme », « associations de déficiences physiques sans déficiences intellectuelles et psychiques » et « associations de déficiences physiques et psychiques ».

Ces décompositions ont été réalisées en tenant compte des résultats obtenus dans des travaux antérieurs¹⁵ sur les conséquences en matière d'incapacité dans la vie quotidienne des différentes déficiences.

Le groupe des déficients du psychisme a été décomposé en cinq :

- * les déficiences intellectuelles
- * les pertes des acquis cognitifs

¹⁴ Il faut néanmoins souligner qu'il n'a pas été tenu compte pour la constitution de ces groupes des déficiences non précisées, des pertes intermittentes de la conscience et des troubles du langage dès lors qu'une autre déficience informative était présente. Ainsi, une personne présentant exclusivement des déficiences non précisées appartiendra-t-elle au groupe des déficiences non précisées, alors que si elle présente une déficience motrice et une déficience non précisée, elle sera considérée comme relevant du groupe des déficients moteurs.

¹⁵ Cf. J.Sanchez (1997) op.cit

- * les déficiences mentales
- * les autres troubles du psychisme et/ou déficiences du psychisme
- * les associations de différentes déficiences du psychisme

Le groupe des déficiences physiques a été décomposé en quatre :

- * les personnes sans déficience motrice et sans déficience visuelle, (associations de déficiences auditives et viscérales, et éventuellement langage)
- * les personnes sans déficience motrice et avec déficience visuelle (déficiences visuelles et auditives, visuelles et viscérales et éventuellement du langage)
- * les personnes avec déficience motrice et sans déficience visuelle, (déficiences motrices et auditives, motrices et viscérales et éventuellement du langage)
- * les personnes avec déficience motrice et déficience visuelle (diverses associations de déficiences motrices, visuelles, auditives et viscérales et éventuellement du langage)

Le groupe des personnes avec associations de déficiences physiques et déficiences du psychisme a été décomposé en six :

- * le groupe des personnes avec déficiences intellectuelles et déficiences physiques
- * le groupe des personnes avec pertes des acquis cognitifs et déficiences physiques
- * le groupe des personnes avec déficiences mentales et déficiences physiques
- * le groupe des personnes avec les autres troubles du psychisme et/ou déficiences du psychisme non précisées et déficiences physiques
- * le groupe des personnes avec plusieurs déficiences mentales et des déficiences physiques
- * le groupe des personnes clairement identifiées comme polyhandicapées

soit au total 21 groupes dont 10 groupes de monodéficiences, 4 groupes de pluridéficiences physiques, 6 groupes de déficiences physiques et mentales.

En ce qui concerne la population résidant à domicile, la correction, par le CREDES, des informations relatives aux déficiences n'étant pas encore disponible, la taille respective des différents groupes est susceptible de varier de façon non négligeable. Ceci conduira de façon plus que probable à une augmentation des groupes de pluridéficiences au détriment des groupes de monodéficiences.

Le second niveau de regroupement n'a pas été utilisé dans le cadre de ce travail.

Annexe N°3

Construction des scores d'incapacité

Recueil de l'information sur les incapacités

Le module B de l'enquête HID contient une quarantaine de questions relatives à la réalisation des activités de la vie quotidienne. Les modalités de réponse prévues sont le plus souvent exprimées en termes de réalisation sans aide et sans difficulté, réalisation avec quelques difficultés, réalisation avec beaucoup de difficultés, besoin d'aide et non réalisation de l'acte. Les réponses apportées à chacune de ces questions permettent une description de la population en termes de réalisation d'activités, assez volontiers assimilée à des notions d'incapacité compte tenu de la nature des activités en question (toilette, habillage, élimination etc.), de la formulation des questions en termes de capacité (monter un étage, ouvrir une porte), de la formulation des réponses envisagées en termes de difficultés et de besoins d'aide.

La synthèse des réponses à ces questions peut être réalisée soit sous forme algorithmique, (prenant en considération les personnes qui réalisent telle et telle activité et non telle ou telle autre) soit sous forme d'un score cumulant d'une façon ou d'une autre les difficultés ou besoin d'aide pour la réalisation des différentes activités concernées. Les indicateurs algorithmiques inspirés des travaux de Katz et A.Colvez sont proposés directement par l'INSEE qui a procédé lui-même aux arbitrages nécessaires à la réalisation des algorithmes. Ces indicateurs permettent de décrire relativement finement les personnes présentant des incapacités non négligeables mais ils ne discriminent guère des personnes autonomes dans les actes essentiels de la vie quotidienne pris en compte dans ces indicateurs et déclarant des difficultés pour d'autres actes ou déclarant seulement quelques difficultés pour chacun de ces actes. Nous avons donc complété cette information par la réalisation d'un score d'incapacité susceptible de mieux discriminer les personnes autonomes sur les actes pris en considération dans les indicateurs de Katz et Colvez. Ce score est également susceptible de faire l'objet d'une moyenne pour la population étudiée, moyenne qui n'a pas de sens en elle-même, mais permet d'offrir une vision synthétique de la variété des situations d'incapacité selon l'âge, le sexe, les groupes de déficience etc. Les activités prises en compte pour les personnes résidant à domicile étant un peu plus nombreuses que celles prises en compte pour les personnes résidant en institution, nous avons procédé à l'établissement de deux scores dont la méthodologie est similaire.

Les réponses à la quasi-totalité des questions portant sur les activités ont été affectées d'une note allant de 0 (réalisation sans aide et sans difficulté) à 4 (non réalisation de l'acte). La

totalité de ces notes a ensuite été sommée. Le score établi pour les personnes résidant à domicile comportant un nombre de variables plus élevé, la note théorique maximale y est plus élevée (149) que celle de l'institution (126).

Les scores moyens ne sont donc pas rigoureusement comparables d'un lieu de résidence à l'autre. Néanmoins, on ne peut que constater que, bien qu'établis à partir d'un nombre d'activités beaucoup plus faible, les scores moyens en institutions sont nettement plus élevés que ceux observés à domicile.

Annexe N° 4

Scores moyens d'incapacité en institution

	0-19	20-39	40-59	60-79	80 et +
Hommes	26.4	33.3	33.4	52.9	64.5
Femmes	28.7	38.8	37.5	59.7	64.6

Source : INSEE-HID 98 – Traitement CTNERHI

Scores moyens d'incapacité à domicile

	0-19	20-39	40-59	60-79	80 et +
Hommes	5.9	4.1	7	9.8	21.2
Femmes	3.6	3.2	6.3	11	30.3

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Annexe N° 5

Aide humaine par sexe et âge (population à domicile)

	0-19	20-39	40-59	60-79	80 et +
Hommes	7.90%	9.50%	13.10%	24.20%	56.20%
Femmes	12.20%	6.20%	17.10%	32.70%	76.10%

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

**Nature des actes pour lesquels une aide est apportée
(population avec déficiences à domicile)**

Aides pour :	
Les soins personnels	1 750 855
Les déplacements à l'intérieur du logement	298 188
Les déplacements à l'extérieur du logement	1 511 097
La défense des droits et intérêts	1 732 878
Aller voir le médecin, s'occuper des problèmes de santé	2 114 803
Gestion du budget, s'occuper des papiers et démarches administratives	2 196 011
Faire les courses, acheter les médicaments	3 049 656
Effectuer les tâches ménagères	3 476 839
Assurer une présence	4 771 867
Autres	173 794

Source: INSEE-HID 99, traitement CTNERHI

Annexe N° 6

Estimation du recours aux modalités de compensation selon les groupes exclusifs de personnes avec déficience (population avec déficiences)

	Aucun usage	Usage d'une modalité	Usage de 2 modalités	Usage de 3 modalités
Moteurs	59,90%	24,50%	11,40%	3,90%
Visuels	83,60%	10,70%	5,20%	0,51%
Auditifs	74,10%	19,50%	5,90%	0,33%
Langage	85,70%	13,30%	0,70%	0,00%
Viscéraux	72,30%	20,70%	6,30%	0,71%
Mentaux	73,20%	21,10%	4,80%	0,71%
Pers avec pluridéf phys	34,30%	30,20%	27,60%	7,90%
Pers avec déficiences physique et mentales	45,70%	25,60%	22,30%	6,50%
Pers avec ô déf et/ou déf non précisées	83,80%	14,30%	1,70%	0,20%

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Population ayant déclaré des déficiences

	Aucune modalité	Usage d'une modalité	Usage de 2 modalités	Usage de 3 modalités
0-19 ans	87,40%	10,60%	1,70%	0,40%
20-39 ans	83,80%	14,00%	1,70%	0,50%
40-59 ans	70,80%	20,10%	7,80%	1,30%
60-79 ans	52,40%	29,00%	14,70%	3,80%
80 et +	16,10%	27,90%	41,20%	13,50%

Source : INSEE-HID 99 – Traitement CTNERHI

Usage de compensation selon le sexe (effectifs redressés - population ayant déclaré des déficiences)

	Aucun usage	Usage d'une modalité	Usage de 2 modalités	Usage de 3 modalités
Hommes	69,70%	20,30%	8,20%	1,80%
Femmes	63,50%	20,90%	12,10%	3,40%

Source :

Usage des systèmes de compensation par catégorie socio-professionnelle de la personne (effectifs redressés - toute population)

	Aucune modalité	Usage d'une modalité	Usage de 2 modalités	Usage de 3 modalités
Agriculteurs, exploitants	63,70%	21,20%	11,60%	3,50%
Artisans, commerçants, chefs d'entre	76,50%	14,40%	7,30%	1,80%
Cadres et prof intellect supérieures	85,90%	10,40%	3,00%	0,70%
Prof intermédiaires	87,60%	8,10%	3,70%	0,70%
Employés	83,40%	10,30%	4,90%	1,40%
Ouvriers	78,10%	14,10%	6,20%	1,60%

Source :

Annexe 7

Extrait du questionnaire

Enquête

Handicaps-Incapacités-Dépendance

de fin 1999

auprès des personnes vivant à domicile

Annexe N° 8

Liste des tableaux et graphiques

Présentation générale

Tableau N°1. Difficultés ou déficiences dans la population de l'enquête	5
Tableau N°2. Difficultés ou déficiences selon les tranches d'âge (institution et domicile)	6
Tableau N°3. Difficultés ou déficiences selon le sexe (institution et domicile)	6
Tableau N°4. Difficultés ou déficiences selon le sexe et les tranches d'âge (en %) (institution et domicile)	7
Tableau N°5. Nombre de déficiences	7
Tableau N°6. Estimation des déficiences dans la population des enquêtes HID	9
Tableau N°7. Répartition de la population en groupes exclusifs de personnes avec déficiences	11
Tableau N° 8. Répartition par grandes tranches d'âge de la population avec déficience(s) résidant en institution	12
Tableau N°9. Répartition par grandes tranches d'âge de la population avec déficience(s) résidant à domicile	13
Tableau n°10 . Population vivant en institution considérée comme handicapée* Répartition des déficiences dans les groupes exclusifs d'individus (effectifs redressés en milliers)	15
Tableau n° 11. Population vivant à domicile considérée comme handicapée* Répartition des déficiences dans les groupes exclusifs d'individus (effectifs redressés en milliers)	16
Tableau N°12. Répartition de la population selon l'indicateur de Katz (population avec déficiences)	17

Tableau N° 13. Valeurs des scores d'incapacité déterminant des quartiles de population (population avec déficience de plus de 14 ans)	18
Tableau N° 14. Indicateur de Colvez selon l'âge en institution (population avec déficience (s))	20
Tableau N° 15. Indicateur de Colvez selon l'âge à domicile (population avec déficience (s))	20
Tableau N° 16. Scores moyens d'incapacité selon les groupes exclusifs de déficiences en institution et à domicile (population âgée de plus de 14 ans, avec déficiences ou difficultés)	21
Accès au logement et mobilier adapté	
Tableau N° 17: Difficultés et impossibilités d'accès des personnes à leur logement et difficultés de circulation à l'intérieur du logement (ensemble de la population)	24
Tableau N° 18. Difficultés et impossibilités d'accès au domicile selon l'âge (personnes avec déficiences en domicile ordinaire et en institution)	24
Tableau N° 19. Difficultés et impossibilités d'accès au domicile selon le sexe et l'âge (personnes avec déficiences en domicile ordinaire et en institution)	25
Tableau N° 20. Causes* des difficultés d'accès au logement (personnes avec déficiences vivant en institution et à domicile et non confinées à l'intérieur de leur logement, ensemble du parcours depuis l'extérieur jusqu'au logement)	26
Tableau N°21. Difficultés et impossibilités d'accès au logement et déficiences (population avec déficiences, confinées ou non)	27
Tableau N° 22. Difficultés d'accès à toutes les pièces du logement selon l'âge et le sexe (population ayant déclaré des déficiences vivant à domicile)	28
Tableau N° 23. Difficultés et impossibilités d'accès aux différentes pièces (Personnes ayant déclaré des déficiences) vivant à domicile	28

Tableau N° 24. Usage de meubles ou équipements du bâtiment spécialement adaptés aux problèmes de santé des personnes (Population résidant en institution)	29
Tableau N° 25. Usage de meubles ou équipements du bâtiment spécialement adaptés aux problèmes de santé des personnes (population résidant à domicile)	30
Tableau N° 26. Usage de meubles ou équipements du bâtiment spécialement adaptés aux problèmes de santé des personnes selon l'âge (population avec déficiences en institution et à domicile)	30
Tableau N° 27. Proportion d'usagers de meubles ou équipements du bâtiment spécialement adaptés aux problèmes de santé des personnes selon l'âge et le sexe (population avec déficiences en institution et à domicile)	31
Tableau N° 28. Usage de mobilier ou équipements du bâtiment adapté selon les tableaux de déficiences (population avec déficiences en institution et à domicile)	32
Tableau N°29. Besoins satisfaits et non satisfaits en adaptation de logement (population résidant à domicile)	34
Les appareillages, prothèses et aides techniques	
Tableau n°30. Estimation des usages et besoins en prothèse pour les personnes résidant à domicile - Utilisez-vous une prothèse ?	36
Tableau N° 31. Estimation des besoins pour chaque type de prothèse (population résidant à domicile)	37
Tableau N° 32. Estimation des usages et besoins en appareil de soutien (population résidant à domicile)	38
Tableau N°33. Estimation des besoins pour chaque type d'appareil de soutien (population résidant à domicile)	39
Tableau N° 34. Estimation de l'usage des aides techniques à la mobilité (population résidant à domicile) Utilisez-vous des aides techniques ou animales pour marcher ou vous déplacer ?	40
Tableau N° 35. Estimation des besoins en aides techniques à la mobilité pour les personnes vivant à domicile	41
Tableau N°36. Les aides au transfert (population résidant à domicile) Utilisez-vous des aides techniques pour le transfert du lit au fauteuil ou pour vous tourner dans le lit ?	43

Tableau N°37. Estimation des besoins pour chaque type d'aide au transfert (population résidant à domicile)	43
Tableau N°38. Estimation des besoins pour chaque type d'aide à la manipulation (population résidant à domicile)	44
Tableau N°39. Estimation des besoins pour chaque type d'aide à la communication (population résidant à domicile)	45
Tableau N°40. Les aides au traitement de maladies de longue durée (population résidant à domicile)	46
Tableau N°41. Estimation des besoins pour chaque type d'aide au traitement de maladie de longue durée (population résidant à domicile)	47
Tableau N° 42. Estimation de l'usage des aides techniques dans le domaine de la continence (population résidant à domicile) Utilisez-vous ? :	48
Tableau N° 43. Estimation des besoins dans le domaine de la continence (population résidant à domicile) Utilisez-vous des protections absorbantes ?	48
Tableau N° 44. Estimation des besoins en autres appareils pour les soins personnels (population résidant à domicile) Utilisez-vous d'autres appareils pour les soins personnels (ex : vêtements adaptés, canules, poches stomacales.)	49
Tableau N° 45. Estimation des besoins pour les grandes catégories d'appareils pour les soins personnels (population résidant à domicile)	50
Tableau N° 46. Estimation des utilisateurs de prothèses en institution	51
Tableau N° 47. Estimation des besoins des différentes prothèses en institution	52
Tableau N°48. Estimation des usages et besoins d'appareillage de soutien (personnes résidant en institution)	52
Tableau N°49. Estimation des usages et besoins pour chaque type d'appareil de soutien (personnes résidant en institution)	53
Tableau N° 50. Estimation de l'usage des aides techniques à la mobilité (personnes résidant en institution) Utilisez-vous des aides techniques ou animales pour marcher ou vous déplacer ?	54

Tableau N° 51. Estimation des besoins en aides techniques à la mobilité pour les personnes vivant en institution	55
Tableau N°52. Estimation des besoins d'aide pour le transfert (population vivant en institution)	56
Tableau N°53. Estimation des besoins pour chaque type d'aide au transfert (population vivant en institution)	57
Tableau N°54. Estimation des besoins pour chaque type d'aide à la manipulation (population vivant en institution)	57
Tableau N°55. Estimation des besoins pour chaque type d'aide à la communication (population vivant en institution)	58
Tableau N°56. Les aides au traitement de maladies de longue durée (population vivant en institution)	59
Tableau N°57. Estimation des besoins pour chaque type d'aide au traitement de maladie de longue durée (population vivant en institution)	60
Tableau N° 58. Estimation de l'usage des aides techniques dans le domaine de la continence (population vivant en institution) Utilisez-vous ?:	61
Tableau N° 59. Estimation des besoins dans le domaine de la continence (population vivant en institution) Utilisez-vous des protections absorbantes ?	61
Tableau N° 60. Estimation des besoins en autres appareils pour les soins personnels (population vivant en institution) Utilisez-vous d'autres appareils pour les soins personnels (ex : vêtements adaptés, canules, poches stomacales)	62
Tableau N° 61. Estimation des besoins pour les grandes catégories d'appareils pour les soins personnels (population vivant en institution)	62

Les aides humaines

Tableau N° 62. Répartition de la population aidée selon le niveau de score d'incapacité (population vivant à domicile)	65
Tableau N° 63. Nombre d'aidants (population avec déficience(s) à domicile)	65
Tableau N° 64. Recours à une aide humaine en fonction de l'âge (population avec déficience(s) résidant à domicile)	66
Tableau N° 65. Nombre moyen d'aidants par sexe et par tranches d'âge (population avec déficience(s) résidant à domicile)	67
Tableau N° 66. Recours à une aide humaine selon les tableaux de déficiences (population avec déficience(s) résidant à domicile)	67
Tableau N° 67. Nature des actes pour lesquels une aide est apportée par tranches d'âge (population résidant à domicile)	70
Tableau N° 68. Origine de l'aide (population avec déficience(s) résidant à domicile)	71
Tableau N° 69. Origine de l'aide selon le sexe (population avec déficience(s) aidée) résidant à domicile	72
Tableau N° 70. Origine de l'aide selon les tranches d'âge (population aidée résidant à domicile)	73
Tableau N° 71. Liens familiaux, caractéristiques professionnelles des aidants (population avec déficience aidée résidant à domicile)	74
Tableau N° 72. Participation financière à l'aide reçue (population avec déficience) résidant à domicile	75
 Synthèse des compensations	
Tableau N° 73. Usage des différentes formes d'aide au sein de la population et au sein de la population avec déficience(s) vivant à domicile	77
Tableau N° 74. Nombre de modalités de compensation utilisées (population vivant à domicile)	78
Tableau N° 75. Estimation des utilisateurs de compensation de l'incapacité (prothèses comprises) (population vivant à domicile)	79
Tableau N° 76. Estimation des usages des différentes aides selon les tableaux de déficiences (population vivant à domicile)	81

Tableau N° 77. Estimation de l'usage des différentes formes de compensation du handicap par groupes d'âge (population ayant déclaré des déficiences) vivant à domicile	83
Tableau N° 78. Estimation de l'ampleur du recours aux mécanismes de compensation du handicap par groupes d'âge et par sexe (population ayant déclaré des déficiences) résidant à domicile	86
Tableau N° 79. Proportions d'usagers des différentes modalités de compensation au sein de la population présentant des déficiences par sexe et par âge (population résidant à domicile)	87
Tableau N° 80. Usage des aides techniques selon les déficiences (population en institution ayant déclaré des déficiences)	90
Tableau N° 81. Usage d'une aide technique en institution en fonction de l'âge (population ayant déclaré des déficiences)	90
Tableau N° 82. Usage d'une aide technique en institution en fonction de l'âge et du sexe (population ayant déclaré des déficiences ou rencontrer des difficultés dans la vie quotidienne)	91

Liste des graphiques

Présentation générale

Graphique N°1. Scores moyens d'incapacité en institution (population avec déficience(s)) 19

Graphique N° 2. Scores moyens d'incapacité à domicile (population avec déficience(s)) 19

Aides humaines

Graphique N° 3. Recours à l'aide humaine en fonction de l'âge et du sexe (population vivant à domicile) 66

Graphique N° 4. Nature des actes pour lesquels une aide est apportée (population résidant à domicile) 69

Synthèse des compensations

Graphique N° 5. Usage des compensations par groupes de déficiences 82

Graphique 6. Usage des compensations par grandes tranches d'âge (population vivant à domicile) 84

Graphique 7. Usage de compensations selon le sexe (Effectifs redressés - population ayant déclaré des déficiences résidant à domicile) 85

Graphique 8. Usage des systèmes de compensation par catégorie socio-professionnelle de la personne (effectifs redressés - toute population résidant à domicile) 88

