

## Populations à risque de handicap et restrictions de participation sociale

Une analyse à partir de l'enquête Handicap-Santé auprès des ménages (HSM, 2008)

N° 68

Septembre 2015

La notion de handicap ne fait plus référence aujourd'hui aux seuls troubles fonctionnels de la personne mais également à l'interaction entre des limitations et l'environnement qui conduisent à des restrictions d'activité ou de participation sociale.

Cette étude dénombre à partir de l'enquête Handicap-Santé (2008-2009) les personnes à risque de handicap âgées de 20 à 59 ans vivant à domicile selon trois approches : celle des limitations fonctionnelles, celle d'une reconnaissance administrative d'un handicap et enfin d'un handicap ressenti. 4,6 millions de personnes appartiennent ainsi à une population à risque, dont 16 % cumulent les trois approches.

Les restrictions d'activité dans la vie quotidienne, les difficultés d'accès à l'emploi et le fait de ne pas vivre en couple illustrent les restrictions de participation sociale qui sont importantes, particulièrement en cas de cumul des trois approches de handicap. Parmi les populations à risque de handicap, 15 % ont une restriction d'activité. Les personnes à risque de handicap sont globalement moins diplômées et moins souvent actives. Parmi les personnes de 25 à 59 ans, les célibataires sont plus nombreux en cas de reconnaissance administrative du handicap. Reste que l'apparition précoce d'une déficience demeure un facteur d'exclusion important.



### Maude Espagnacq (DREES)

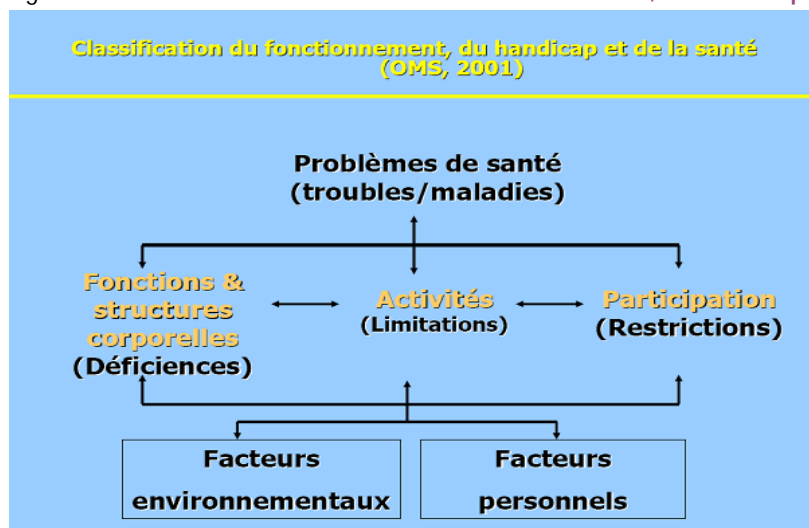
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)  
Ministère des Finances et des Comptes publics  
Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes  
Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social



La définition du handicap a beaucoup évolué dans le temps, car elle est fortement liée à la vision que la société porte sur les personnes dans cette situation (Delcey, 2002 ; Ravaud et Mormiche, 2003 ; Ravaud et Ville, 2005). Le vocabulaire utilisé actuellement date des années 1980 et il est l'aboutissement de l'évolution des concepts de handicap (Ravaud et Mormiche, 2003). Dans un premier temps, la terminologie dépréciative (infirmes, boiteux...) qui caractérisait l'individu par sa différence et le définissait négativement, a été abandonnée au profit d'un vocabulaire plus neutre qui se voulait plus objectif (une personne handicapée). Mais l'individu restait au cœur du concept (modèle individuel). À l'heure actuelle, on parle de personnes en situation de handicap. Ainsi, la personne n'est-elle plus considérée comme « responsable », ce sont les interactions entre les individus et la société qui provoquent ou non une situation de handicap (modèle social). Ces évolutions conceptuelles ont abouti à l'adoption par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1980<sup>1</sup> de la Classification internationale des handicaps (CIH) – déficiences, incapacités, désavantages –, puis en 2001 de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF).

La logique de cette classification est que les maladies, accidents ou malformations peuvent engendrer des déficiences (dysfonctionnements ou lésions des organes, des tissus ou du cerveau tels que paralysie, malvoyance, trouble neuronal...). Ces déficiences sont susceptibles d'altérer les fonctions motrices (se déplacer, saisir des objets...), sensorielles (voir de près, de loin, entendre...) ou mentales (comprendre, se souvenir...) : on parle de **limitations fonctionnelles**. Ces limitations fonctionnelles peuvent à leur tour engendrer des restrictions dans les activités de la vie quotidienne (pour les soins personnels élémentaires, la gestion des tâches ménagères ou administratives...). Lorsque les difficultés touchent des activités essentielles qui correspondent à un rôle social (assurer les soins personnels, gérer sa vie à domicile, travailler), on parle de **désavantage social ou de restriction de participation sociale** (figure 1). Ainsi, le terme handicap ne fait plus référence aujourd'hui aux seules gênes de la personne, mais bien à l'interaction entre les troubles et l'environnement, qui peut engendrer des restrictions. Les personnes sont en situation de handicap lorsque leur déficience ou leur limitation les conduit à restreindre leurs activités dans un environnement donné. Il ne faut pas confondre cette définition de la restriction de participation sociale avec de la discrimination qui n'a qu'une origine : le regard de la société sur les individus qui la composent. Pour qu'il y ait situation de handicap au sens de restriction de participation sociale, il doit y avoir à l'origine un problème de santé ou un trouble du fonctionnement organique.

■ Figure 1 : Schéma de la classification du fonctionnement, du handicap et de la santé



Cette vision du handicap est également celle qui fonde la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Tout en considérant que le handicap est bien le fait d'avoir une restriction de participation, il existe plusieurs façons de déterminer une population à risque de handicap. À partir de l'enquête Handicap-Santé (HS) de 2008, nous avons choisi

<sup>1</sup> Traduction en français en 1988.

d'étudier les trois approches les plus fréquemment utilisées pour qualifier le risque de handicap (encadré 2) : l'approche fonctionnelle, l'approche par la reconnaissance administrative du handicap et l'approche par le ressenti du handicap (les personnes se considèrent elles-mêmes limitées dans leurs activités). Cette dernière approche est celle qui est utilisée dans le « mini-module européen » sur la santé, intégré dans certaines enquêtes européennes.

Jean-François Ravaut (2002) et Isabelle Ville (2003) avaient travaillé sur les différentes approches du handicap à partir de l'enquête Vie quotidienne et santé (VQS) de 1997, enquête filtre des enquêtes Handicaps, incapacités, dépendance (HID) de 1998-2001, pour caractériser ces populations. Ils avaient montré que les populations définies par différentes approches ne se recouvraient que partiellement.

Compte tenu de l'évolution des questionnaires, il n'est pas possible de comparer les deux enquêtes HID et HS pour étudier les évolutions des différentes populations. L'enquête HID était fondée sur le modèle de la CIH alors que l'enquête HS de 2008 a été construite à partir du modèle de la CIF (encadré 1). La différence essentielle tient à la place accordée aux déficiences<sup>2</sup>, beaucoup plus importante dans l'enquête HID. Ces deux enquêtes permettent néanmoins d'analyser le risque de se retrouver dans une situation de handicap selon les concepts en vigueur au moment de l'enquête. La présente étude, fondée sur les résultats de l'enquête Handicap-Santé de 2008, établit, dans une première partie avec les nouvelles définitions du risque de handicap et sur le champ des 20-59 ans, un dénombrement de ces personnes selon les différentes approches et examine les recouvrements de populations en fonction de l'une ou l'autre des approches. La seconde partie de l'étude analyse la restriction de participation sociale, qui correspond le mieux à la nouvelle acception du handicap, à partir de trois domaines : les restrictions d'activité dans la vie quotidienne, les difficultés d'accès à l'emploi et le fait de ne pas vivre en couple. Ils servent à illustrer les conséquences d'un problème de santé sur la participation ou l'exclusion sociale. La prise en compte d'autres sources d'inégalités – notamment pour la vie en couple et l'emploi – comme le sexe, l'âge, le niveau d'études, etc., complètera l'étude par une analyse « toutes choses égales par ailleurs ».

## Trois approches des populations à risque de handicap

### *Des limitations fonctionnelles assez importantes chez 8 % des personnes de 20 à 59 ans vivant à domicile*

Quatre types de limitations fonctionnelles présentes dans l'enquête Handicap-Santé ont été retenues dans cette étude : la limitation motrice, la limitation visuelle, la limitation auditive et la limitation psychique, intellectuelle ou mentale (encadré 2). En cas de doute sur la nature de la limitation fonctionnelle, les déficiences déclarées ont été utilisées pour confirmer ou infirmer celle-ci. En effet, le questionnaire de l'enquête Handicap-Santé a été réalisé pour correspondre au mieux au schéma de la CIF. Une partie est donc consacrée aux déficiences des individus. La déficience telle que définie dans l'enquête ne permet toutefois pas de connaître son impact sur la vie de la personne car son niveau de gravité n'est pas connu. Si pour certaines déficiences on peut appréhender les conséquences (par exemple une amputation), pour d'autres cela n'est pas possible (comme la limitation de la force musculaire ou les douleurs articulaires). L'usage des limitations fonctionnelles est fréquent lors d'études sur le handicap, leur aspect « objectif » étant simple d'utilisation. Mais cette population est très diversement atteinte, au sein même d'une catégorie. Par exemple, la « limitation motrice » prend en compte à la fois une personne qui ne peut pas monter un escalier pour des problèmes moteurs ou respiratoires, ou une personne qui ne peut pas du tout se servir de ses mains car elle est paralysée ou qu'elle souffre d'arthrose. Il y a surtout une grande hétérogénéité entre les différents types de limitation fonctionnelle et leurs conséquences sur la vie sociale, celles-ci n'étant pas nécessairement les mêmes pour une personne aveugle, une personne ayant des difficultés à se déplacer ou une personne souffrant de limitations cognitives.

Comme l'objectif est d'étudier la restriction de participation sociale, seules les personnes qui ont des limitations relativement importantes ont été prises en compte (encadré 2). Ainsi 2,75 millions de personnes sont à risque de handicap si on considère l'approche fonctionnelle (tableau 1), soit 8 % de la population des 20 à 59 ans vivant à domicile. Il s'agit le plus

<sup>2</sup> Il s'agit par exemple des atteintes aux articulations, des paralysies ou limitations de la force musculaire, des amputations, des gênes dans les articulations, des problèmes de vue, d'audition ou des problèmes psychologiques.

souvent de limitations fonctionnelles motrices qui concernent 68 % des personnes qui ont au moins une limitation fonctionnelle. La plupart des personnes n'ont qu'un seul type de limitation, sauf celles qui ont une limitation fonctionnelle psychique, intellectuelle ou mentale (plus d'une sur deux a également un autre type de limitation fonctionnelle).

---

#### ENCADRE 1

##### L'enquête Handicap-Santé, volet ménages (HSM 2008)

Réalisée par l'INSEE et la DREES, l'enquête Handicap-Santé a interrogé 30 000 personnes de tous âges vivant en ménage en 2008. Elle fait suite à l'enquête Vie quotidienne et santé (VQS, 2007), court questionnaire rempli par 270 000 personnes. Celle-ci a permis de constituer un indicateur repérant quatre groupes de niveaux de sévérité des situations de handicap. L'échantillon de l'enquête Handicap-Santé en ménage (HSM) a ensuite été tiré de façon à surreprésenter les personnes présumées en situation de handicap. Une pondération affectée à chaque répondant permet d'établir des résultats pour l'ensemble de la population. Le questionnaire de l'enquête HSM se compose de plusieurs modules : santé, déficiences, aides techniques, limitations fonctionnelles, restrictions d'activité, environnement familial et aide, aménagement du logement, accessibilité, scolarité, emploi, revenus, loisirs et discrimination.

Présentation des enquêtes Handicap-Santé (2008-2009) : <http://www.drees.sante.gouv.fr/article4267.html>

---

#### ENCADRE 2

##### Les trois populations à risque de handicap

Il existe différentes approches du handicap, **une approche « fonctionnelle »** fondée sur le fait que la personne a des difficultés à réaliser seule un certain nombre de fonctions simples (marcher, lire, entendre une conversation, se concentrer) ; **une approche administrative** : est-ce que la personne est reconnue handicapée (en percevant une allocation, avec le statut de travailleur handicapé, en bénéficiant d'une carte prioritaire ou de stationnement) ; **une approche par le ressenti de la personne** (l'auto déclaration du handicap). L'enquête Handicap-Santé a été conçue pour permettre de mettre en lien ces différentes approches et définir par recoupement les populations à risque de handicap.

**La limitation fonctionnelle** concerne les personnes ayant déclaré un problème dans au moins l'une des quatre dimensions présentes dans l'enquête Handicap-Santé : les limitations motrices, visuelles, auditives et la limitation psychique, intellectuelle ou mentale.

**Limitation motrice** : Il s'agit des personnes ayant déclaré « avoir beaucoup de difficultés » ou « ne pas pouvoir faire du tout » une des six activités suivantes portant sur la mobilité : marcher sur 500 mètres, monter ou descendre un escalier, se servir de ses mains, prendre un objet, porter un sac sur 10 mètres. En outre, les personnes qui ont déclaré ne pas pouvoir du tout « se baisser ou s'agenouiller » ont été prises en compte dans les limitations motrices, ainsi que celles qui déclaraient posséder un aide technique à la marche, au déplacement ou à la préhension.

**Limitation visuelle** : les personnes aveugles ou ayant déclaré avoir beaucoup de difficultés ou ne pas du tout pouvoir voir un visage ou voir des caractères de journaux, ont été prises en compte dans les limitations visuelles. Les personnes qui ont déclaré utiliser une canne blanche ou qui connaissaient le braille avec des limitations visuelles ou une déficience visuelle sont également considérées comme ayant une limitation visuelle.

**Limitation auditive** : les personnes sourdes ou déclarant de pas pouvoir suivre une conversation à plusieurs ont été prises en compte dans les limitations auditives (Haeusler et Mordier, 2014).

**Limitation psychique, intellectuelle ou mentale** : les personnes ayant déclaré avoir au moins trois des difficultés suivantes : avoir souvent des difficultés pour se souvenir du moment de la journée, pour se concentrer plus de 10 minutes, pour résoudre les problèmes de la vie quotidienne, à apprendre de nouveaux savoirs (savoir-faire), avoir des difficultés à comprendre les autres ou se faire comprendre des autres, avoir des trous de mémoire, se mettre en danger, être agressif sont prises en compte dans les limitations psychiques, intellectuelles ou mentales.

**La reconnaissance administrative du handicap** concerne les personnes qui ont déclaré :

- percevoir l'AAH (l'allocation aux adultes handicapés), une pension d'invalidité, une rente d'incapacité liée à un accident du travail, une rente versée par une mutuelle, une pension militaire d'invalidité, l'ACTP (allocation compensatrice pour tierce personne) ou la PCH (prestation de compensation du handicap) ;
- avoir obtenu une décision ouvrant droit à une allocation ou une prestation citée ci-dessus, à une RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) ou à une orientation vers une structure d'accueil (ESAT, réinsertion professionnelle...) ou d'hébergement (MAS, FAM, foyer de vie...);
- être titulaires d'une carte d'invalidité, de priorité ou de stationnement.

**Le handicap ressenti** : Dans un certain nombre d'enquêtes européennes, le mini-module européen sur la santé est systématiquement posé. Il inclut la question « Êtes-vous limité(e), depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ? » Seule la modalité « Oui, fortement limité » a été retenue.

---

Ainsi, sur les 33,5 millions de personnes de 20 à 59 ans vivant en logement ordinaire, 28,9 millions sont considérées sans risque de handicap.

---

TABLEAU 1

## Nombre de personnes selon le type de limitations fonctionnelles

Limitation fonctionnelle	Personnes avec au moins ce type de limitation	Personnes avec uniquement ce type de limitation	
		Effectif	En %
motrice	1 867 000	1 563 000	84
auditive	682 000	507 000	74
psychique, intellectuelle ou mentale	332 000	159 000	48
visuelle	270 000	179 000	66
Nombre total de personnes avec au moins une limitation fonctionnelle*	2 754 000		

\* Une personne peut avoir plusieurs limitations c'est pourquoi le total n'est pas égal à la somme des sous catégories.

**Lecture** • 1 867 000 personnes souffraient d'au moins une limitation motrice en 2008. Parmi celles-ci, 1 563 000, soit 84 %, souffraient uniquement d'une limitation de ce type.

**Champ** • France métropolitaine et DOM, population de 20 à 59 ans.

**Sources** • Enquête Handicap-Santé 2008-2009, volet ménages, INSEE.

Les limitations fonctionnelles motrices atteignent 1,9 million de personnes en 2008. La majorité ont des difficultés de motricité des membres inférieurs : 1,1 million ont des limitations qui portent sur le bas du corps (64 %), 270 000 ont des limitations sur le haut du corps (16 %) et 338 000 des personnes en ont à la fois sur le haut et le bas du corps<sup>3</sup> (20 %). Viennent ensuite les limitations fonctionnelles sensorielles auditives qui concernent 682 000 personnes dont 74 % n'ont que ce type de limitation. Les limitations fonctionnelles visuelles, moins fréquentes, touchent 270 000 personnes et 66 % d'entre elles n'ont que ce type de limitation. Les limitations psychiques, intellectuelles ou mentales concernent 332 000 personnes dont 159 000 (48 %) présentant uniquement ce type de difficultés.

Il est très rare que les personnes vivant à domicile aient à la fois des limitations motrices, sensorielles et psychiques, intellectuelles ou mentales : elles sont moins de 50 000.

Dans la suite de l'étude, on considère comme à risque de handicap selon cette approche les personnes qui ont au moins un type de limitation fonctionnelle (certaines personnes peuvent donc appartenir à plusieurs catégories de limitation fonctionnelle).

### Une reconnaissance administrative d'un handicap pour 7 % des adultes de moins de 60 ans

Une approche large de la reconnaissance administrative du handicap (encadré 2) conduit à une évaluation de 1,7 million de personnes qui perçoivent une allocation ou prestation liée au handicap, 1,5 million de personnes qui déclarent avoir obtenu une décision ouvrant le droit à une allocation ou une prestation liée au handicap ou une orientation vers une structure d'accueil (ESAT, réinsertion professionnelle...) ou d'hébergement (MAS, FAM, foyer de vie...) et 784 800 personnes qui déclarent avoir une carte d'invalidité, de priorité ou de stationnement. Au total cette population est composée de 2,45 millions de personnes soit 7,2 % des personnes de 20 à 59 ans vivant à domicile.

Cette approche permet donc de qualifier les personnes à qui la société a reconnu un désavantage qui leur donne le droit à une aide (financière ou non). Il se peut donc que, pour une partie de cette population, cette reconnaissance lui permette de ne pas se retrouver (ou moins souvent) en situation de handicap. Il se peut à l'inverse que des personnes ayant des limitations fonctionnelles n'aient pas de reconnaissance administrative du handicap ne serait-ce que parce qu'elles n'ont pas engagé de démarche en ce sens.

### Un handicap ressenti déclaré par 6 % des adultes de moins de 60 ans

Dans un certain nombre d'enquêtes européennes, le mini-module sur la santé est systématiquement posé (encadré 2). Il comporte une question qui peut permettre d'appréhender le ressenti du handicap : « Êtes-vous limité(e), depuis au moins

<sup>3</sup> Se reporter à l'encadré 3 du *Dossier solidarité santé* n° 27, 2012, pour la définition des limitations fonctionnelles sur le haut et le bas du corps.

6 mois, à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ? ». Par cette approche, 2,05 millions de personnes soit 6,1 % des 20-59 ans déclarent être fortement limitées.

Cette approche peut être plus révélatrice que les autres d'une situation de handicap, car elle mesure davantage une situation après prise en compte des adaptations et compensations qui peuvent être mises en place : ainsi, une personne qui malgré ses difficultés est bien compensée, c'est-à-dire qui n'a pas ou peu de restriction d'activité ou n'est pas en situation de handicap, déclarera moins facilement se sentir limitée.

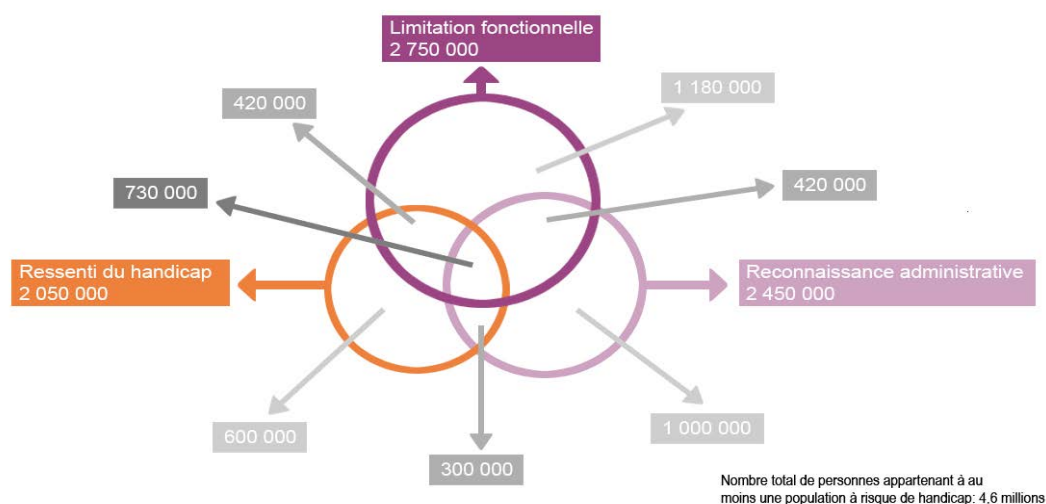
## Des approches du risque de handicap qui ne se recoupent que partiellement

Un peu plus de 4,6 millions de personnes remplissent au moins un critère de risque de handicap chez les 20 à 59 ans vivant à domicile, soit 14 % de cette population (figure 2). Chaque approche rassemble plus de 2 millions de personnes. L'approche fonctionnelle est celle qui concerne le plus de personnes (2,8 millions) et le handicap ressenti le moins de personnes (2,1 millions).

Le « noyau dur » du risque de handicap (les personnes déclarent à la fois une limitation fonctionnelle, une reconnaissance administrative et un handicap ressenti) représente 16 % de cette population, soit 730 000 personnes. Un quart des personnes sont classées à risque de handicap selon deux approches (quelles qu'elles soient). La part des personnes qui déclarent une seule approche du handicap est de 25 % pour les limitations fonctionnelles, de 21 % pour l'approche administrative et de 13 % pour le handicap ressenti. Ainsi, si on ne prend pas en compte l'un des trois critères du risque de handicap, on perd entre 600 000 et 1,18 million de personnes soumises à ce risque.

FIGURE 2

### Recoupement des populations à risque de handicap



**Lecture** • 2 750 000 personnes souffrent d'au moins une limitation fonctionnelle, dont 420 000 qui ont aussi une reconnaissance administrative, 420 000 qui déclarent également un handicap ressenti, et 730 000 qui sont à risque de handicap selon les 3 critères à la fois.

**Champ** • France métropolitaine et DOM, population de 20 à 59 ans.

**Sources** • Enquête Handicap-Santé 2008-2009, volet ménages, INSEE.

Il est logique que ces trois approches ne s'imbriquent pas totalement, car toutes les personnes qui pourraient bénéficier d'une reconnaissance administrative n'y ont pas recours. De même, l'approche fonctionnelle qui prend en compte une vingtaine de domaines ne les prend pas tous en considération, par exemple la fatigabilité : une personne peut ne pas avoir de difficulté pour marcher 500 mètres mais être incapable d'être active tout au long de la journée, ce qui peut constituer un ressenti du handicap (ou une reconnaissance administrative du handicap). De même, les pathologies qui ont des conséquences « intermittentes » (comme l'épilepsie) peuvent conduire à se déclarer limité dans les activités de la vie quotidienne mais ne pas être prises en compte dans l'approche fonctionnelle, car en général la personne « peut faire », sauf dans certaines situations ou à certains moments.

## Âge, diplôme, emploi et vie en couple : des profils différents selon les approches

Quelle que soit l'approche retenue, les personnes à risque de handicap sont plus âgées que la population des 20-59 ans vivant à domicile : 46 ans contre 40 ans en moyenne (tableau 2). Les femmes sont surreprésentées dans la population qui a des limitations fonctionnelles motrices (63 %) et visuelles (55 %), tandis que les hommes sont surreprésentés dans les deux autres types de limitation (56 % dans les deux cas).

Pour les trois types de risque, la part des personnes sans diplôme est largement supérieure à celle observée en population générale. Un tiers des personnes sont sans diplôme, contre 14 % pour la population des 20-59 ans. Ceci est d'autant plus net pour les personnes qui ont des limitations psychiques, intellectuelles ou mentales (55 %), et moins marqué pour celles qui ont des limitations sensorielles (un quart).

50 % des personnes qui ont des limitations psychiques, intellectuelles ou mentales en étaient atteintes avant 20 ans (encadré 3) contre moins d'un quart des personnes atteintes d'autres types de limitations fonctionnelles. Les personnes pour lesquelles la limitation est survenue avant 20 ans sont moins diplômées, 45 % d'entre elles sont sans diplôme. Ceci est d'autant plus important pour les personnes qui ont un trouble de la vue (65 %) ou un trouble psychique, intellectuel ou mental (80 %). La part des personnes sans diplôme parmi celles qui ont eu des limitations sensorielles après 20 ans est la même qu'en population générale, alors que les personnes qui ont eu des limitations motrices ou psychiques, intellectuelles ou mentales après 20 ans sont plus nombreuses à être sans diplôme (plus d'un quart).

S'agissant de l'activité professionnelle, les personnes sont dites actives (occupées ou non) lorsqu'elles sont en emploi, en apprentissage, ou au chômage, par opposition à toutes les autres catégories (les étudiants, les retraités, les femmes au foyer et les autres inactifs). L'objectif est de repérer, parmi les personnes à risque de handicap, celles qui sont totalement exclues du marché du travail, en considérant que les personnes au chômage n'en sont pas exclues puisqu'elles sont à la recherche d'un emploi. Quelle que soit l'approche, les personnes à risque de handicap sont plus souvent éloignées du marché du travail : moins de 60 % des personnes sont actives contre plus de 80 % de la population âgée de 20 à 59 ans. Le taux d'activité des personnes qui ont des limitations fonctionnelles est plus élevé : 58 %, contre respectivement 51 % et 53 % pour celles qui ont un handicap ressenti ou une reconnaissance administrative.

Au sein de la population atteinte de limitations fonctionnelles, la participation au marché du travail est très variée : les personnes qui ont des limitations auditives ont un taux d'activité de 71 %, alors que celles qui ont des limitations psychiques, intellectuelles ou mentales ont un taux inférieur à 40 %.

Même si le fait d'être en couple est la situation la plus fréquente, quelle que soit l'approche, les personnes sont moins souvent en couple qu'en population générale. L'écart est moins marqué pour les personnes qui déclarent des limitations fonctionnelles, en dehors de celles qui ont des limitations psychiques, intellectuelles ou mentales (qui sont moins de 40 % à être en couple).

---

### ENCADRE 3

#### L'âge d'apparition du handicap

Dans l'enquête Handicap-Santé, l'âge d'apparition de la limitation fonctionnelle n'a pas été demandé car c'est une question trop complexe. D'une part, il est souvent difficile de se souvenir quand les problèmes sont apparus et d'autre part le plus souvent la limitation n'arrive pas du jour au lendemain, c'est un processus plus ou moins long et il est impossible pour la personne d'identifier les premiers symptômes et de savoir à quel moment elle n'a plus été en capacité d'accomplir certains actes. En revanche, il est possible de connaître l'âge d'apparition des déficiences les plus lourdes. Nous avons donc mis en lien l'âge d'apparition de la déficience et la nature de la limitation fonctionnelle. Les personnes concernées ont ainsi été classées en deux groupes : celles qui ont connu une déficience avant 20 ans, c'est-à-dire avant l'âge de la mise en couple ou de l'accès à l'emploi ; celles chez qui elle est apparue après 20 ans et qui n'ont pas eu de difficultés majeures durant l'enfance ou l'adolescence pouvant avoir eu un impact sur leur autonomie et leur participation sociale. Mais cette étude n'est possible que pour les personnes qui ont des limitations fonctionnelles, car c'est uniquement pour elles qu'il est possible de mettre en lien l'âge d'apparition de la déficience et l'approche du risque de handicap. Selon le type de limitation, il y a des écarts importants d'âge d'apparition de la déficience. La moitié des personnes qui ont des limitations psychiques, intellectuelles ou mentales les ont eues avant l'âge de 20 ans ; c'est le cas d'un quart pour les personnes qui ont des limitations auditives, de 20 % pour les limitations motrices et de 15 % pour les personnes avec des limitations visuelles.

---



L'approche par les limitations fonctionnelles rassemble une population dans une situation globalement plus favorable que pour les autres approches : moins de personnes sans diplôme, plus d'actifs et de personnes en couple. Pour autant, au sein de cette population, il existe des écarts importants entre les personnes souffrant de limitations psychiques, intellectuelles ou mentales, qui sont dans une situation très défavorable dans tous les domaines, et celles ayant des limitations auditives, en situation plus favorable.

TABLEAU 2

Profil des personnes selon l'approche du risque de handicap et la nature des limitations fonctionnelles

En %

Profil	Au moins une des approches du risque de handicap			Au moins une limitation fonctionnelle				Ensemble de la population des 20-59 ans
	handicap ressenti	reconnaissance administrative	limitations fonctionnelles	motrice	auditive	psychique-intellectuelle-mentale	visuelle	
Hommes	56	56	43	37	55	53	45	49
Femmes	44	44	57	63	45	47	55	51
Sans diplôme	30	32	28	30	21	55	25	12
Inférieur bac	50	51	53	51	59	34	53	41
Bac	7	6	9	8	9	6	8	14
Supérieur au bac	13	11	10	11	11	5	14	33
En couple	59	54	63	61	72	36	64	69
Seul	41	46	37	39	28	64	36	31
Inactif	47	49	42	47	29	63	44	15
Actif	53	51	58	53	71	37	56	85
Âge moyen	46	46	46	46	47	42	49	40

**Lecture** • En 2008, 32 % des personnes qui déclarent une reconnaissance administrative du handicap n'ont aucun diplôme.

**Champ** • France métropolitaine et DOM, population de 20 à 59 ans.

**Sources** • Enquête Handicap-Santé 2008-2009, volet ménages, INSEE.

## Les limitations psychiques, intellectuelles ou mentales : un risque accru de cumuler les trois approches du handicap

Les personnes souffrant de différents types de limitations fonctionnelles n'ont pas la même probabilité de cumuler ces limitations avec d'autres définitions du handicap (tableau 3). Les personnes qui ont des limitations fonctionnelles sensorielles sont celles qui se retrouvent le moins souvent dans les autres approches du handicap : plus de 50 % d'entre elles déclarent uniquement une limitation fonctionnelle. Inversement, les personnes qui ont des limitations psychiques, intellectuelles ou mentales sont aussi classées, dans la moitié des cas, dans les deux autres approches du handicap. Les personnes qui ont des limitations motrices sont réparties uniformément : un tiers n'a que ce type de limitation, un tiers déclare également une autre catégorie de risque de handicap et un tiers est à risque de handicap selon les trois approches.

TABLEAU 3

## Répartition des limitations fonctionnelles selon le croisement des approches du risque de handicap

En %

Croisement des approches	Au moins une limitation fonctionnelle			
	motrice	auditive	psychique- intellectuelle- mentale	visuelle
Limitation fonctionnelle seule	33	63	22	51
Limitation fonctionnelle et handicap ressenti	19	10	9	12
Limitation fonctionnelle et reconnaissance administrative du handicap	15	15	21	11
Les trois approches du handicap	33	13	48	27

**Champ** • France métropolitaine et DOM, population de 20 à 59 ans.

**Sources** • Enquête Handicap-Santé 2008-2009, volet ménages, INSEE.

Cette première partie a permis d'établir que les trois populations à risque de handicap constituées ici ont des profils socio-démographiques relativement proches, mais différents de celui de la population générale. Les différences les plus saillantes portent pour la population ayant une limitation fonctionnelle sur la nature de celle-ci. Dans la seconde partie, il s'agira d'apprécier si, pour autant, en termes de restriction d'activité et de participation sociale, des particularités existent selon la population étudiée.

## Des restrictions de participation sociale différentes

### Des restrictions importantes uniquement lorsque les trois approches du handicap se cumulent

L'approche du risque de handicap par les limitations fonctionnelles permet de savoir si une personne seule et sans aide peut réaliser des actes simples (marcher, lever les bras, se souvenir, entendre...). On s'intéresse alors à son niveau de dépendance : a-t-elle des difficultés importantes pour réaliser un acte donné ? A-t-elle (ou aurait-elle) besoin d'une aide technique pour le réaliser ? L'étude des restrictions dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) ou les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) permet de savoir si une personne est autonome dans les situations de vie « réelle » : se laver, s'habiller, sortir de chez elle, faire les courses, accomplir des tâches administratives... (encadré 4). Une personne est considérée comme autonome si elle peut faire seule et sans difficulté ces activités, même si pour cela elle a recours à des aides techniques ou à des aménagements. En effet, une personne en fauteuil roulant est dépendante car elle ne peut pas marcher et elle a besoin d'une aide technique pour se déplacer. Pour autant, elle peut être totalement autonome si elle n'a pas besoin de l'aide de quelqu'un pour réaliser seule les différents AVQ et AIVQ. Son autonomie tient au fait qu'elle possède un fauteuil roulant adapté et un environnement adéquat. Seules les personnes ayant des difficultés importantes sont classées dans la catégorie « non autonome » dans la suite de l'article. L'approche multiple du risque de handicap prend bien en compte les personnes qui ont des restrictions d'activité, car sur les 28,9 millions de personnes classées sans risque de handicap, moins de 10 000 ont une restriction d'activité importante (soit 0,03 % de cette population).

Parmi la population à risque de handicap, 15 % des personnes ont une restriction d'activité. C'est moins le type d'approche du risque qui informe sur le fait d'avoir une restriction d'activité, que le fait de cumuler plusieurs catégories de risque (tableau 4). Les personnes qui relèvent d'une seule catégorie de risque ont rarement des restrictions d'activité (seules 5 % en ont), alors que celles qui appartiennent à deux catégories ont des restrictions dans plus de 15 % des cas. Les personnes qui déclarent les trois critères de risque de handicap ont des restrictions dans près de 50 % des cas.

Comme les AVQ et une partie des AIVQ concernent des actes où le rôle de la motricité est important (se laver, s'habiller, faire le ménage, préparer les repas...), on aurait pu penser que le risque d'avoir une restriction d'activité était plus important en retenant le critère des limitations fonctionnelles, notamment une limitation fonctionnelle motrice. Or, ceci ne se vérifie que si au moins une autre catégorie de risque de handicap y est associée. À lui seul, le fait d'avoir déclaré une limitation fonctionnelle n'augmente pas de façon importante le fait de déclarer une restriction d'activité.

En dehors des personnes qui appartiennent simultanément aux trois populations à risque de handicap, les personnes ont rarement des difficultés dans les AVQ. De même pour les activités instrumentales : pour chacune des AIVQ, moins de 5 % des personnes qui n'appartiennent qu'à une seule catégorie de risque de handicap sont concernées.

Néanmoins, il existe des écarts importants selon la nature de la limitation fonctionnelle. Les personnes ayant des limitations psychiques, intellectuelles ou mentales ont au moins une restriction d'activité dans 50 % des cas contre un quart pour des personnes qui ont une limitation motrice ou visuelle, et 10 % pour celles qui ont des limitations auditives. Pour les personnes qui ont des limitations psychiques, intellectuelles ou mentales, lorsqu'il y a des difficultés, elles sont présentes dans toutes les dimensions des activités instrumentales (IAVQ), sauf pour les difficultés de déplacement : au moins un quart des personnes déclarent avoir des difficultés importantes ou ne pas pouvoir faire du tout un type d'acte. Pour les limitations motrices ou visuelles, les difficultés sont plus ciblées (elles concernent les courses, le ménage, les démarches administratives et l'usage des transports) et la part de personnes déclarant des difficultés importantes est plus faible (moins d'un quart).

TABLEAU 4

## Part des personnes qui ont des difficultés importantes dans les activités de la vie quotidienne selon l'approche du risque de handicap

Approches du handicap				Limitation fonctionnelle			
(en %)	une approche	deux approches	trois approches	motrice	auditive	psychique-intellectuelle-mentale	visuelle
<b>Activités de la vie quotidienne (AVQ)</b>							
Se laver	0	2	19	5	1	14	5
S'habiller	0	2	14	4	1	11	4
Couper la nourriture	0	1	14	4	1	12	5
Manger	0	0	5	2	0	5	2
Se servir des WC	0	1	8	3	1	8	3
Se coucher	0	1	10	3	1	8	2
S'asseoir	0	1	9	3	1	6	2
<b>Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)</b>							
Faire les courses*	2	10	35	14	5	37	18
Préparer le repas*	1	4	22	7	3	30	9
Tâches ménagères*	1	7	29	10	3	27	10
Petits travaux*	2	9	35	17	6	30	12
Démarches administratives*	2	8	27	10	6	45	17
Prise de médicaments	0	2	14	4	2	22	6
Se déplacer	0	1	7	2	0	6	3
Sortir	1	3	17	6	2	19	8
Utiliser les transports	1	7	25	10	3	34	12
Trouver son chemin	0	2	14	4	2	24	8
Se servir du téléphone	0	3	13	4	3	22	6

\*Uniquement pour des raisons de santé.

Champ • France métropolitaine et DOM, population de 20 à 59 ans.

Sources • Enquête Handicap-Santé 2008-2009, volet ménages, INSEE.

## ENCADRE 4

## Les restrictions d'activités

Pour déterminer les personnes ayant des restrictions d'activité, l'ensemble des AVQ et des AIVQ a été pris en compte (sauf le fait de savoir se servir d'un ordinateur). Pour les AIVQ suivantes : préparer les repas, réaliser les tâches ménagères courantes, faire des tâches plus occasionnelles (petits travaux, laver les carreaux...) et accomplir les démarches administratives courantes, seules les personnes déclarant avoir des difficultés pour des raisons de santé, de vieillesse ou de handicap ont été considérées. Les modalités de réponse « Beaucoup de difficulté » ou « Ne peut pas faire du tout » ont été retenues. À partir de ces critères de restriction d'activité, 676 700 personnes ont une restriction d'activité. Il s'agit des personnes classées comme « non autonomes » dans l'analyse.

Notons que 7 500 personnes ont une restriction d'activité sans être classées dans une population à risque de handicap. Il s'agit essentiellement de personnes qui déclarent des limitations fonctionnelles « modérées » (souvent des limitations psychiques intellectuelles ou mentales). Elles n'ont donc pas été retenues parmi la population ayant des limitations fonctionnelles.

## Plus de célibataires chez les personnes reconnues handicapées

La restriction de participation sociale peut être étudiée à partir de la situation de célibat des personnes à risque de handicap. C'est la population âgée de 25 à 59 ans qui est prise en compte dans ce cas car, même en population générale, les plus jeunes (les moins de 25 ans) sont plus rarement en couple. La question du célibat recouvre deux dimensions : le fait d'être célibataire au moment de l'enquête, c'est-à-dire au moment où l'on sait que la personne a des difficultés, et le fait de ne jamais avoir connu d'union. Il est difficile de dissocier, pour les personnes qui ne sont pas en couple au moment de l'enquête, la part liée au handicap de celle liée à d'autres phénomènes sociodémographiques. En effet, le fait de ne pas être en couple au moment de l'enquête est lié à d'autres facteurs notamment le sexe et l'âge ou le niveau de diplôme (Prioux *et al.*, 2010). Les plus jeunes ont moins de chance d'être en couple (plus de 50 % des 25-29 ans sont célibataires) et les plus âgés ont plus de risque d'avoir connu une rupture. Un quart des personnes qui n'ont pas de problème déclaré dans aucune des trois approches ne sont pas en couple au moment de l'enquête. Cette proportion est la même pour les personnes qui n'ont que des limitations fonctionnelles.

Le fait de ne jamais avoir vécu en couple permet de mieux mesurer la restriction de participation sociale dans ce domaine et c'est cette notion qui sera utilisée ici pour caractériser le célibat. En effet, c'est un phénomène relativement rare et stable dans le temps. En France, en moyenne 10 % des personnes n'ont jamais vécu en couple et les hommes sont un peu plus nombreux que les femmes (Masson, 2013). Ces résultats sont similaires dans l'enquête Handicap-Santé. Partant de ce fait, on peut observer si les personnes qui ont des difficultés fonctionnelles, une reconnaissance administrative du handicap ou un ressenti de celui-ci sont plus souvent dans cette situation que les autres. Le nombre de personnes qui n'ont jamais été en couple est plus important parmi les personnes à risque de handicap que dans la population générale, en particulier lorsqu'elles ont une reconnaissance administrative de leur handicap (tableau 5).

En effet, les personnes qui ont une reconnaissance administrative du handicap (accompagnée ou non d'un autre critère de risque de handicap) sont en proportion plus nombreuses à ne jamais avoir vécu en couple, et ceci quel que soit leur âge. Dans les autres cas, le pourcentage de célibataires (au sens de n'avoir jamais vécu en couple) est le même que pour la population qui n'est pas à risque de handicap, soit moins de 10 % des personnes. Une partie de cette situation s'explique par le fait que les personnes en couple, en raison des critères de ressources de certaines prestations (pour percevoir l'AAH ou l'ACTP, il faut que le couple dispose de moins de 20 000 euros par an), peuvent être exclues de la reconnaissance administrative du handicap. Mais ici il s'agit de personnes qui n'ont jamais vécu en couple, donc cette explication ne peut être suffisante. Si on prend le critère du célibat comme indicateur d'exclusion de participation sociale, l'approche par la reconnaissance administrative semble la plus pertinente. Selon le type de limitation fonctionnelle, il y a des écarts importants d'accès à la vie en couple. Les personnes qui ont des limitations auditives sont celles qui sont le moins souvent célibataires avec des niveaux proches de ceux des personnes qui n'ont pas de problème déclaré. Celles qui ont des limitations motrices ou visuelles sont plus nombreuses à n'avoir jamais vécu en couple que la population des 25-59 ans sans difficulté. En revanche, les personnes qui ont des limitations psychiques, intellectuelles ou mentales sont celles qui sont le plus éloignées de la vie conjugale, un tiers d'entre elles n'ayant jamais connu d'union (tableau 6) et 60 % étant célibataires au moment de l'enquête.

TABLEAU 5

## Part des personnes n'ayant jamais vécu en couple selon l'approche du risque de handicap

Catégorie de population à risque de handicap	% de personnes n'ayant jamais vécu en couple				
	25-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	Total (25-59 ans)
Limitation fonctionnelle seule	6	2	5	5	4
Handicap ressenti seul	12	5	6	4	5
Reconnaissance administrative seule	57	23	16	8	16
Reconnaissance administrative et handicap ressenti	49	32	24	7	20
Limitation fonctionnelle et handicap ressenti	7	7	7	10	8
Limitation fonctionnelle et reconnaissance administrative	38	27	26	10	19
Cumul des trois approches	63	46	20	11	21
Sans problème	15	6	6	4	7

Lecture • 21 % des personnes qui ont les trois approches du handicap n'ont jamais vécu en couple.

Champ • France métropolitaine et DOM, population de 25 à 59 ans.

Sources • Enquête Handicap-Santé 2008-2009, volet ménages, INSEE.

TABLEAU 6

## Part des personnes n'ayant jamais vécu en couple selon le type de limitations fonctionnelles

Limitation fonctionnelle	% des personnes n'ayant jamais vécu en couple
motrice	12
auditive	8
psychique-intellectuelle-mentale	31
visuelle	14

Champ • France métropolitaine et DOM, population de 25 à 59 ans.

Sources • Enquête Handicap-Santé 2008-2009, volet ménages, INSEE.

## Une moindre activité professionnelle et moins de diplômés, quelle que soit l'approche

Contrairement à ce qui s'observe pour la vie en couple, quelle que soit l'approche, les personnes à risque de handicap sont moins souvent en activité professionnelle et sont moins diplômées que les personnes sans problème déclaré. Elles sont au moins deux fois plus nombreuses à être sans diplôme et ceci est plus marqué quand elles combinent plusieurs approches. Plus d'un tiers des personnes qui appartiennent aux trois catégories de risque de handicap n'ont aucun diplôme contre 12 % pour la population sans difficulté déclarée (tableau 7). Les personnes qui ont été repérées comme à risque de handicap ont également moins souvent un diplôme supérieur au bac que la population sans difficulté. Les personnes appartenant au « noyau dur » du risque de handicap sont moins de 10 % à avoir un diplôme supérieur au bac contre un tiers pour la population sans problème repérée par l'enquête.

Quelle que soit l'approche du handicap, les personnes sont moins souvent actives et ceci d'autant plus qu'elles se retrouvent dans deux voire trois des catégories de populations à risque de handicap : moins d'un tiers des personnes classées dans le « noyau dur » du risque de handicap sont actives en 2008 alors que la population sans problème compte, elle, 85 % d'actifs. Les personnes qui ont au moins une reconnaissance administrative du handicap sont moins souvent actives et plus souvent sans diplôme que les autres. Cette situation s'explique en partie par le principe même de la reconnaissance administrative. Elle est fondée sur le fait que la personne ne peut plus travailler comme avant (rente accident du travail, pension d'invalidité) ou répond à la condition de ressources pour bénéficier d'une allocation liée au handicap (AAH,

ACTP). Quelle que soit l'approche, les personnes se déclarent un peu plus souvent au chômage : la part des chômeurs est de 7 % chez les 20-59 ans et elle va de 8 à 18 % chez les personnes à risque de handicap, selon l'approche. Pour les limitations fonctionnelles il y a également peu de différence selon la nature de la limitation. Ce peu d'écart entre les trois approches s'explique essentiellement par le fait que les personnes à risque de handicap se déclarent, logiquement, largement plus souvent en « autre inactif » : c'est le cas de 26 % de celles qui déclarent des limitations fonctionnelles, de 35 % de celles qui ont un ressenti de limitations et de 40 % de celles qui ont une reconnaissance administrative.

En population générale, 2 % des 20-59 ans ne travaillent pas en 2008 et n'ont jamais travaillé, cette part étant à peine supérieure pour les personnes qui ont une seule approche du handicap. Seules les personnes qui combinent plusieurs approches ou celles qui ont des limitations psychiques, intellectuelles ou mentales (tableaux 7 et 8) sont plus fréquemment dans ce cas. En définitive, quelle que soit l'approche, il y a une moindre activité professionnelle et moins de diplômés chez les personnes à risque de handicap. L'approche par la reconnaissance administrative du handicap est plus discriminante que les deux autres sur ce risque d'exclusion de participation, mais ceci est en partie expliqué par le fait qu'il y a un lien direct entre la reconnaissance administrative du handicap et les difficultés pour exercer un emploi.

TABLEAU 7

## Niveau de diplôme et statut d'activité selon l'approche du risque de handicap

(en %)	Limitation fonctionnelle seule	Handicap ressenti seul	Reconnaissance administrative seule	Limitation fonctionnelle et handicap ressenti	Limitation fonctionnelle et reconnaissance administrative	Reconnaissance administrative et handicap ressenti	Les trois approches	Population sans problème
Sans diplôme	21	21	27	28	33	32	37	12
Inférieur bac	57	49	53	52	50	52	48	41
Bac	10	8	6	9	8	8	6	14
Supérieur au bac	11	21	14	11	10	8	9	33
Actif en 2008	75	78	69	66	54	39	29	85
<i>dont chômeur</i>	8	15	11	18	12	11	10	7
Inactif	25	22	31	34	46	61	71	15
<i>dont « autre inactif »</i>	3	8	21	13	37	52	65	1
N'a jamais travaillé	5	3	4	7	9	7	13	2

Lecture • 5 % des personnes qui ont uniquement des limitations fonctionnelles n'ont jamais travaillé.

Champ • France métropolitaine et DOM, population de 20 à 59 ans.

Sources • Enquête Handicap-Santé 2008-2009, volet ménages, INSEE.

TABLEAU 8

## Niveau de diplôme et activité professionnelle selon le type de limitation fonctionnelle

Limitation (en %)	motrice	auditive	psychique-intellectuelle-mentale	visuelle
Sans diplôme	30	21	55	25
Inférieur au bac	51	59	34	53
Bac	8	9	6	8
Supérieur au bac	10	10	5	14
Actif en 2008	53	71	37	56
<i>dont chômeur</i>	13	7	9	8
Inactif	48	29	63	44
<i>dont « autre inactif »</i>	31	14	60	26
N'a jamais travaillé	8	5	25	13

Lecture • 8 % des personnes qui ont des limitations motrices n'ont jamais travaillé

Champ • France métropolitaine et DOM, population de 20 à 59 ans.

Sources • Enquête Handicap-Santé 2008-2009, volet ménages, INSEE.

## L'apparition précoce d'une déficience : un facteur d'exclusion important

Plus que la nature de la limitation fonctionnelle, le fait de l'avoir eu jeune semble fortement influencer le fait d'être en situation de handicap à l'âge adulte. En effet, quel que soit le type de limitations fonctionnelles, les personnes qui ont eu des atteintes avant 20 ans sont moins souvent autonomes ; elles ont également une participation sociale plus restreinte dans tous les domaines. Ceci est plus important lorsque la limitation est psychique, intellectuelle ou mentale : 78 % des personnes dans ce cas sont sans diplôme, 70 % sont inactives, 61 % n'ont jamais vécu en couple (tableau 9).

Pour les personnes qui ont eu leur atteinte après 20 ans la situation est plus nuancée. La part des personnes qui n'ont jamais vécu en couple est globalement la même qu'en population générale, en revanche, elles sont toutes plus éloignées de l'emploi. Celles qui ont un problème moteur ou psychique, intellectuel ou mental sont également plus souvent sans diplôme.

TABLEAU 9

Restriction de participation sociale selon le type de limitations fonctionnelles et l'âge d'apparition de la déficience

(en %)	Non autonome en 2008	Personnes n'ayant jamais vécu en couple	Sans diplôme	Inactif en 2008
<b>Limitation avant 20 ans</b>				
motrice	41	33	42	55
auditive	18	21	32	25
psychique-intellectuelle-mentale	68	61	78	70
visuelle	68	48	65	73
<b>Limitation après 20 ans</b>				
motrice	27	9	28	46
auditive	12	4	17	30
psychique-intellectuelle-mentale	41	10	33	57
visuelle	34	8	13	35
Population générale		11	14	18

Champ • France métropolitaine et DOM, population de 20 à 59 ans.

Sources • Enquête Handicap-Santé 2008-2009, volet ménages, INSEE.

## La prise en compte des multiples facteurs : un risque accru de handicap

Cette dernière partie cherche à mesurer l'impact de la combinaison de plusieurs approches du handicap sur le risque d'avoir une restriction de participation sociale, en contrôlant la gravité de l'atteinte et de l'âge d'apparition de la déficience. Ceci ne peut être réalisé que pour les personnes qui ont une limitation fonctionnelle, pour lesquelles la gravité et l'âge d'apparition sont mesurés dans l'enquête handicap-Santé. Les facteurs sociodémographiques doivent également être pris en compte dans la mesure de l'effet propre du fait d'être repéré comme à risque de handicap par une, deux ou trois approches.

Cette analyse montre que, pour les trois variables de participation sociale retenues, le fait d'appartenir à plusieurs catégories accroît le risque d'être dans une situation de handicap et ceci quel que soit le domaine (l'autonomie, le célibat ou l'activité professionnelle) « toutes choses égales par ailleurs ». Ceci est d'autant plus marqué pour les personnes qui ont les trois types d'approches : le risque d'avoir une restriction est au moins multiplié par quatre (tableau 10).

Mais il y a des particularités selon le domaine de participation sociale choisi. Pour les problèmes d'autonomie, le fait d'être à risque de handicap selon deux approches, quelles qu'elles soient, augmente d'environ 1,5 le risque relatif d'avoir une difficulté dans ce domaine ; et le fait de combiner les trois le multiplie par quatre. Pour le risque d'exclusion de la vie conjugale toutes choses égales par ailleurs, c'est le fait d'avoir une reconnaissance administrative du handicap qui augmente le risque d'exclusion, combiné à une limitation fonctionnelle. Ce risque est multiplié par plus de 3,6 dans ce cas, alors qu'il n'est que de 2,1 pour le handicap ressenti. L'exclusion professionnelle est dans une situation intermédiaire : comme pour les problèmes d'autonomie, le fait de combiner les trois approches augmente très fortement le risque relatif d'exclusion (il est multiplié six). Mais comme pour le célibat, le fait d'avoir une reconnaissance administrative a l'effet le plus important (multiplié par trois).



La combinaison des trois approches du risque de handicap permet bien de déterminer le « noyau dur » de cette population. Mais cette étude montre aussi qu'elle n'est pas suffisante. En effet, il n'y a pas une approche du risque de handicap plus pertinente qu'une autre. Selon la situation de handicap étudiée, chacune montre des particularités et, en particulier, les limitations fonctionnelles concernent des sous-populations très hétérogènes.

TABLEAU 10

### Augmentation du risque relatif de restriction de participation sociale selon les approches du handicap chez les personnes ayant des limitations fonctionnelles

	Non autonome en 2008	N'a jamais vécu en couple	Inactif en 2008
Âge	0,97***	0,94***	1,04***
Déficience avant 20 ans	Ref		
Déficience après 20 ans	1,3*	0,4***	ns
Femme	1,3**	0,7***	1,8***
Homme	Ref		
Aucun diplôme	Ref		
Diplôme	0,7***	0,6***	0,6***
En couple	ns		0,7***
Seul	Ref		
Inactif	Ref		
Actif	0,5***	0,6***	
Au moins une ADL/IADL	Ref		
Pas ADL/IADL		0,6***	0,5***
Plus de deux sortes de limitation fonctionnelle	4,6***	ns	1,5***
uniquement auditive	0,6*	0,5***	ns
uniquement psychologique, intellectuelle, cognitive	2,9***	ns	2,1***
uniquement visuelle	2,2***	ns	ns
uniquement motrice légère	Ref		
uniquement motrice lourde	5,2***	0,6***	ns
Limitation fonctionnelle seule	Ref		
Limitation fonctionnelle et handicap ressenti	1,7***	2,1***	1,8***
Limitation fonctionnelle et reconnaissance administrative	1,6***	3,6***	3,0***
Les trois approches	4,0***	3,8***	6,4***

ns : non significatif ; \* $0,01 < p < 0,05$  ; \*\* $0,05 < p < 0,001$  ; \*\*\* $< 0,001$  ; réf. : modalité de référence.

**Note** • L'odds-ratio est une mesure d'effet relatif permettant de mesurer l'accroissement de la probabilité d'avoir une restriction de participation sociale liée à une caractéristique des personnes, à d'autres caractéristiques données. Par construction, il est de 1 pour les personnes présentant les caractéristiques prises comme référence.

**Lecture** • Le rapport entre la probabilité de ne pas être autonome et celle d'être autonome est 4 fois supérieur pour les personnes qui cumulent les trois approches du handicap par rapport à celles qui n'ont que des limitations fonctionnelles et qui auraient par ailleurs, le même âge, le même sexe, la même ancienneté de déficience, le même niveau de diplôme, la même activité professionnelle, le même nombre d'ADL-IADL et la même nature de limitation fonctionnelle.

**Champ** • France métropolitaine et DOM, 20-59 ans.

**Sources** • Enquête Handicap-Santé 2008-2009, volet ménages, INSEE.

## Bibliographie

- Bouvier G., 2009, « L'approche du handicap par les limitations fonctionnelles et la restriction globale d'activité chez les adultes de 20 à 59 ans », *France, Portrait social* – Édition 2009, Coll. Insee Références, novembre.
- Delcey M., 2002. *Déficiences motrices et situation de handicap : aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques et législatifs, troubles associés*, Éditeur APF, 2<sup>e</sup> édition, Paris, 499 p.
- Espagnacq M., 2013, « L'aide humaine apportée aux bénéficiaires d'une allocation de compensation du handicap », *Études et Résultats*, n° 855, DREES, octobre.
- Espagnacq M., 2012, « Personnes ayant des limitations fonctionnelles physiques : panorama des aides et aménagements du logement », *Dossiers solidarité et santé*, n° 27, DREES, juin.
- Haeusler L., Mordier B., 2014, « Vivre avec des difficultés d'audition – Répercussion sur les activités quotidiennes, l'insertion et la participation sociale », *Dossiers solidarité et santé*, n° 52, DREES, février.
- Masson L., 2013, « Avez-vous eu des enfants ? Si oui, combien ? », *France, Portrait social* – Édition 2013, Coll. Insee Références, novembre.
- Mordier B., 2013, « L'allocation aux adultes handicapés attribuée dans les départements – Des disparités liées au contexte sociodémographique des territoires. », *Dossiers solidarité et santé*, n° 49, DREES, décembre.
- Mordier B., 2013, « Construire sa vie avec un handicap moteur », *Dossiers solidarité et santé*, n° 38, DREES, avril.
- Mormiche P., 2000, « Le handicap se conjugue au pluriel », *Insee Première*, n° 742, Insee, octobre.
- Prioux F., Mazuy M., Barbieri M., 2010, « L'évolution démographique récente en France : les adultes vivent moins souvent en couple », *Population*, Vol. 65, n° 3-2010, Ined, pp. 421-474.
- Ravaud J.-F., Ville I., 2005, « Le handicap comme nouvel enjeu de santé publique », in *La santé* (sous la dir. de Philippe Tronquoy), *Cahiers français*, n° 324, janvier-février, La Documentation française, pp. 21-26.
- Ravaud J.-F., Mormiche P., 2003, « Santé et handicaps, causes et conséquences d'inégalité sociales », *Comprendre*, n° 4, octobre, Éd. PUF, pp. 87-106.
- Ravaud J.-F., Letourmy A., Ville I., 2002, « Les méthodes de délimitation de la population handicapée : l'approche de l'enquête de l'Insee Vie quotidienne et santé. », *Population*, Vol. 57, n° 3-2002, Ined, pp. 541-565.
- Ville I., Ravaud J.-F., Letourmy A., 2003, « Les désignations du handicap – Des incapacités déclarées à la reconnaissance administrative », *Revue française des Affaires sociales*, n° 1-2, janvier-juin, La Documentation française, pp. 31-53.



---

**DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ**

Directeur de la publication : Franck von Lennep

Secrétariat de rédaction : Catherine Demaison

ISSN : 1958-587X

---