

Les populations handicapées : Une question de point de vue

Jean-François Ravaud, Alain Letourmy, Isabelle Ville
Cermès

Introduction

La difficile estimation de la (des) population(s) handicapée(s)

« Combien y a-t-il de personnes handicapées en France ? ». La question du dénombrement des personnes handicapées ou dépendantes en France est posée de façon récurrente dans tous les rapports officiels sur le handicap et elle traduit bien une demande sociale non satisfaite (Triomphe, 1995). Mais cette question ne peut recevoir de réponse sous cette forme, car elle fait référence à des situations socio-démographiques trop complexes pour qu'on se contente d'une définition simple et unique de la population concernée.

Les problèmes conceptuels restent un chantier majeur dans ce domaine, comme en témoignent les débats internationaux sur la révision de la Classification Internationale des Handicaps par l'OMS. Les questions de définition, centrales dans ce débat, ne font toujours pas consensus.

Dans ce contexte, un dénombrement d'ensemble est toujours périlleux, car il nécessite une définition précise de l'objet d'investigation, donc une véritable construction, dont on peut toujours contester les fondements.

Une réalité multiforme à traiter en multipliant les angles d'approche

Face à ces difficultés, il ne faut pas se laisser gagner par la tentation d'une simplification excessive et accepter la complexité du sujet.

Aborder le handicap comme une construction sociale, c'est soulever la part de mythe qu'il y a à le considérer comme un donné qu'il suffirait de mesurer (Ravaud, 1996). Il s'agit de reconnaître que le handicap présente des facettes multiples dont chacune est digne d'investigations et de prendre en compte l'influence du point de vue adopté pour recueillir les informations le concernant (Ravaud et coll., 1994).

Il est alors pertinent de croiser différentes approches pour se donner le maximum de chances de faire un tour "raisonnable" du sujet.

Cette intervention vise un double objectif :

- comparer les différentes populations qui se dessinent en fonction de l'angle d'approche privilégiée : présence d'incapacités, besoin d'aide, auto-désignation comme personne handicapée, reconnaissance administrative d'un handicap, etc... De tels croisements sont susceptibles de mettre en évidence les zones de consensus ou au contraire de divergence qu'entraîne le choix des critères de jugement retenus. Les mises en relation de ces différentes variables entre elles seront effectuées en rapport avec l'âge et le sexe des individus ;

- aborder l'étude des facteurs déterminants l'auto-attribution d'un handicap avec un intérêt particulier porté à l'âge, au sexe et à la cause déclarée sur cette auto-reconnaissance.

Méthodologie de la phase « vie quotidienne et santé »

Ce travail s'appuie sur l'analyse statistique des données issues de l'étape préalable à l'enquête Ménages utilisant le questionnaire VQS «Vie quotidienne et Santé» dont nous rappellerons les grandes lignes de la méthode.

L'enquête VQS « Vie Quotidienne et Santé »

Suivant en cela les recommandations de l'ONU (ONU-Stat) et s'appuyant sur l'expérience internationale, le passage de l'Enquête HID dans les domiciles ordinaires a été précédé d'une phase dite de filtrage. Cette étape de filtrage a en particulier permis d'améliorer notablement l'échantillon de l'enquête Ménages HID 1999 en sur-représentant les personnes handicapées.

Le principe était d'associer un effectif important à un questionnaire court. Ainsi, lors du Recensement de la Population qui a eu lieu en mars 1999, un échantillon de 400 000 personnes (300 000 pour l'enquête nationale et 100 000 pour ses extensions locales) a été amené à remplir le questionnaire VQS comportant 18 questions, par une méthode de dépôt-retrait. Le sondage était aréolaire, un agent recenseur sur 150 a diffusé et recueilli ce questionnaire auprès de tous les habitants du district qu'il couvrait. Le taux d'échec n'a été que de 14 % malgré le caractère non obligatoire de cette enquête. Au total, l'échantillon y compris les huit extensions locales, comprend 359 000 sujets.

C'est suite à cette étape, après un travail de sélection de personnes plus ou moins concernées par le handicap et avec des probabilités de tirage inégales, puis un travail d'appariement effectué par récupération de leurs noms et adresse dans le recensement, qu'a été extrait l'échantillon auprès duquel a été réalisée l'enquête HID Ménages 1999 proprement dite, avec interviews par enquêteurs (méthode CAPI) auprès des 22 000 personnes sélectionnées. La sur-représentation des individus en fonction de la sévérité présumée de leur handicap a permis de laisser une place à un groupe témoin de personnes échappant au filtrage opéré.

Cette étape de filtrage permet de croiser différentes approches du handicap. Celui-ci est donc apprécié en fonction de plusieurs points de vue.

Les différentes approches du Questionnaire « Vie Quotidienne et Santé »

Le questionnaire VQS avait pour objectif en abordant le handicap sous ses multiples facettes et à partir d'entrées différentes de pouvoir identifier avec un minimum de questions le maximum de personnes pouvant, à un titre ou à un autre et suivant la définition adoptée, être considérées comme handicapées ou dépendantes. Il comporte cinq types d'approche du handicap à partir de ce qu'une personne peut déclarer :

- la première partie comporte une sélection de sept types *d'incapacités fonctionnelles* dans des domaines variés. Elle permet d'aborder les difficultés à lire, reconnaître un visage, remplir un formulaire simple, parler et se faire comprendre, entendre, ramasser un objet, s'habiller. Ces exemples permettent outre le fait de repérer les personnes concernées de fixer

un contexte au domaine couvert par l'intitulé « Vie quotidienne et Santé ». Rappelons ici que cette dénomination excluait volontairement les notions de handicap, d'invalidité ou de dépendance pour s'adresser à tous, quel que soit l'âge, y compris les personnes en bonne santé ;

- suivent trois questions relatives aux différents types d'aides : besoin d'aide humaine; prothèse, appareillage, aide technique; aménagement du logement ;
- la question générale sur la « *limitation dans le genre ou la quantité d'activités* », question la plus consensuelle auprès des experts pour filtrer des personnes handicapées en population générale avec une seule question. Cette question, candidate dans les discussions internationales pour se mettre d'accord sur une question commune, intervient après avoir fixé le contexte. L'aspect durable de la difficulté (au moins 6 mois) et sa cause sont ensuite enregistrés. Ceci permettait en particulier d'aborder un certain nombre de problèmes mentaux ;
- la *déclaration d'un handicap* explicite et générique par la personne ou ses proches ;
- enfin la *reconnaissance sociale officielle* du handicap ou d'une invalidité (carte, pension, etc...), enregistrée par la demande effectuée et par son acceptation ou refus ;
- pour les enfants de moins de seize ans, un questionnement sur l'inscription dans une classe ou un établissement spécialisé se substitue au module *Incapacités*.

L'ensemble des analyses présentées est issu de l'exploitation des réponses à VQS. Il n'est pas inutile d'insister en préambule sur le caractère déclaratif de toutes ces données. Par ailleurs, du fait de la construction de VQS, nous nous sommes limités aux personnes de seize ans et plus. Après s'être interrogés sur l'articulation entre ces cinq approches, nous avons comparé entre elles les sous-populations ainsi définies, puis nous nous sommes attardés plus spécifiquement sur l'analyse des déterminants de l'auto-attribution d'un handicap.

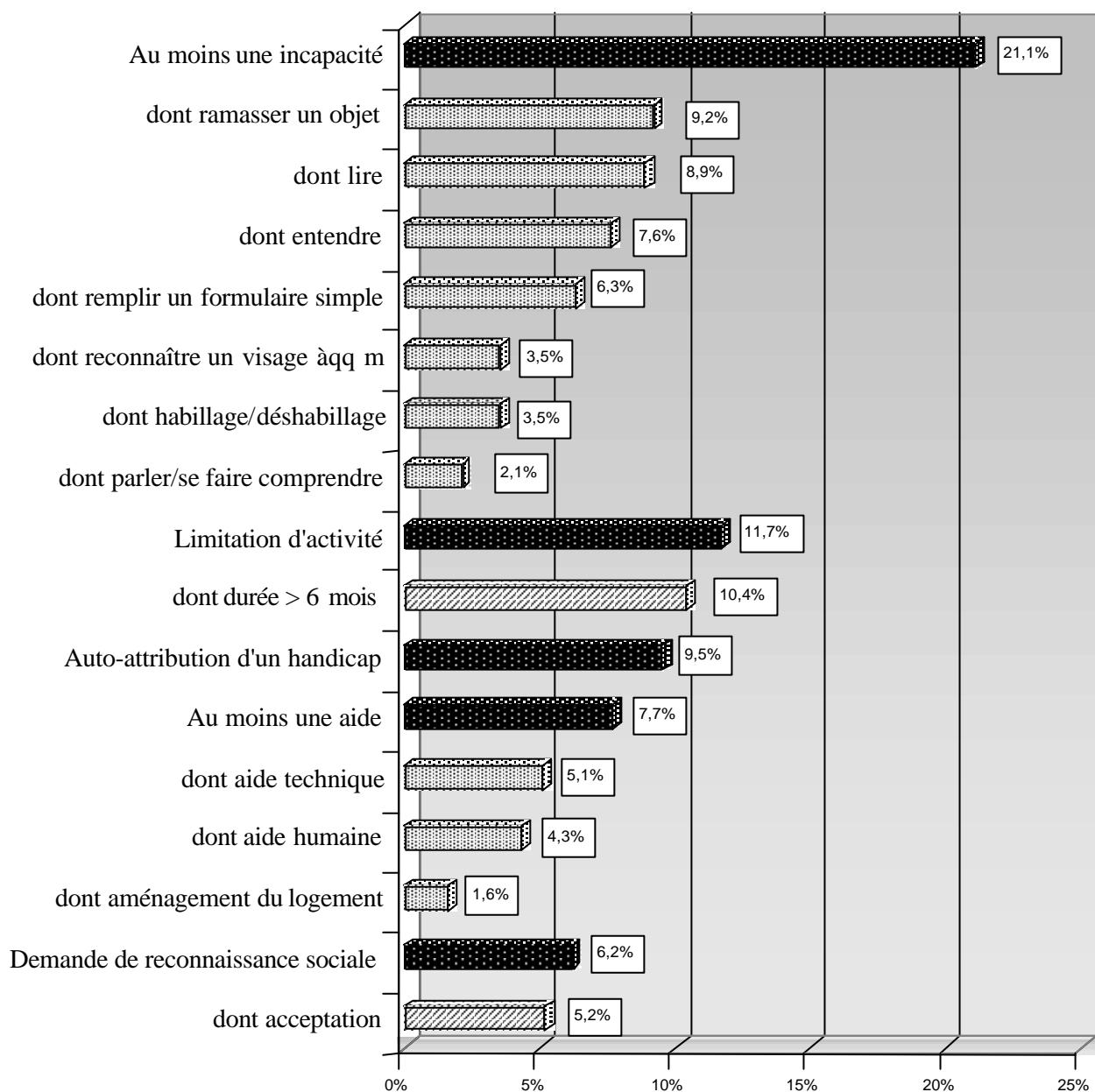
L'articulation entre ces différentes approches

La question centrale qui a guidé notre analyse est de savoir dans quelle mesure les cinq approches que nous avons décrites sont réductibles l'une à l'autre.

Prévalence du handicap estimée à partir de chacune de ces approches considérées isolément

L'enregistrement des prévalences rapportées des différentes approches chez les personnes de plus de seize ans permet de les classer par ordre décroissant (graphique 1). De ce strict point de vue de l'importance relative des problèmes rapportés dans la population générale, une hiérarchie claire apparaît. Le fait d'avoir au moins une des sept incapacités arrive au premier rang avec 21,1 % de la population. Par ordre de fréquence, la difficulté à ramasser un objet est le plus souvent rapporté suivi des difficultés à lire, à entendre, à remplir un formulaire, à reconnaître un visage à quelques mètres, à s'habiller ou se déshabiller et enfin à parler et se faire comprendre. La limitation d'activité apparaît en second rang avec près de 12 % de la population, la quasi-totalité présentant cette difficulté depuis plus de 6 mois. Arrive ensuite l'auto-attribution d'un handicap avec 9,5 %. Le fait de mentionner au moins une aide est un peu moins fréquent avec moins de 8 %, l'aide mentionnée étant dans l'ordre technique, humaine puis aménagement du logement. Enfin la demande de reconnaissance sociale arrive au dernier rang avec 6,2 % de la population, une de ces demandes sur six seulement ayant été refusée ou étant en attente.

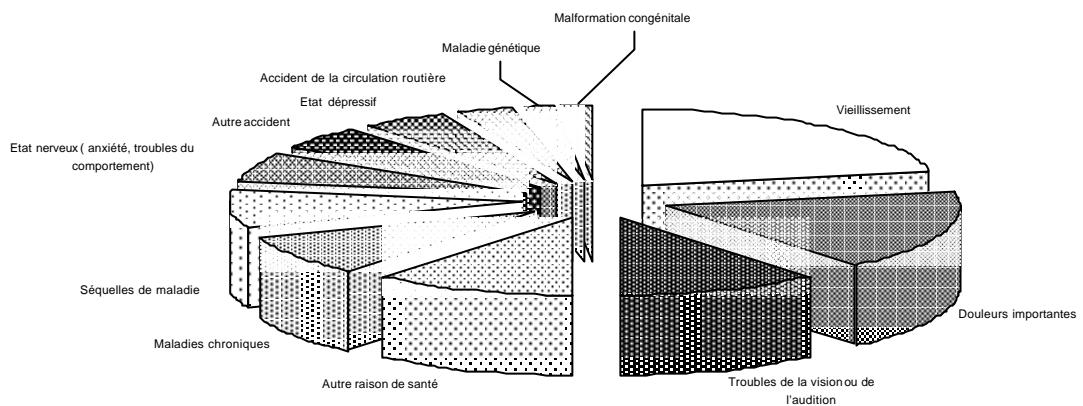
**Graphique 1 – prévalences rapportées des différentes approches
chez les plus de 16 ans**



Ces résultats sont, à ce stade, tout à fait compatibles avec l'hypothèse d'un emboîtement de ces approches l'une dans l'autre, la demande de reconnaissance constituant d'une certaine manière le noyau dur, compris dans le sous-groupe de ceux mentionnant une aide, eux-mêmes inclus dans ceux qui se déclarent handicapés au sein de ceux qui font l'expérience d'une limitation d'activité. À l'intérieur de la population mère constituée par les personnes présentant des incapacités, le graphique 1 suggère qu'il existerait des sous-populations liées entre elles par une relation d'inclusion.

Parmi les raisons de santé attribuées à la restriction d'activité, la plus grande part revient au vieillissement qui avec les douleurs importantes et les troubles de la vision ou de l'audition constituent la moitié des causes rapportées (graphique 2). Les causes accidentelles, les maladies génétiques comme les malformations congénitales correspondent aux raisons rapportées les moins fréquemment.

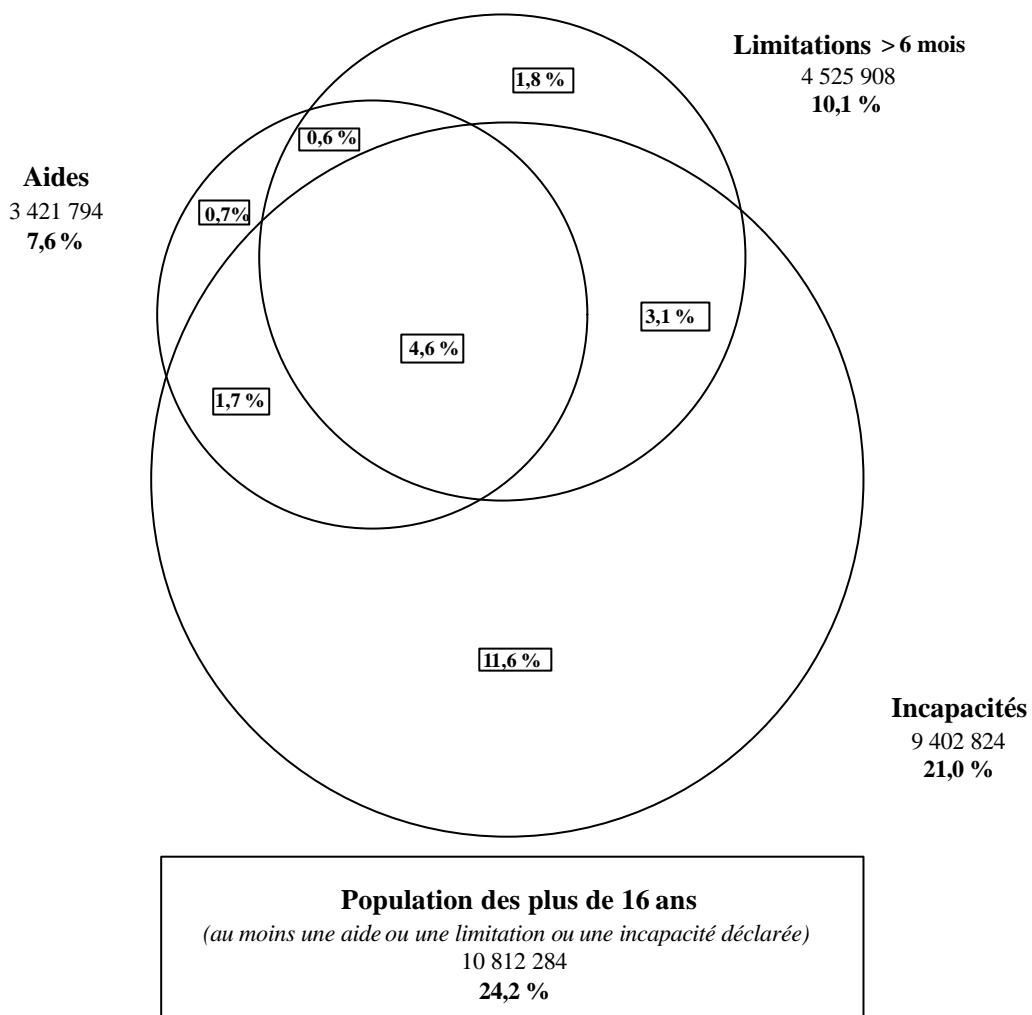
Graphique 2 – raisons de santé attribuées à la restriction d'activité chez les plus de 16 ans



Relations entre les populations construites à partir des différentes approches : recouvrements et groupes spécifiques

Une première étape de l'analyse vise à comparer les populations construites à partir des approches reposant sur une évaluation du potentiel individuel disponible (physique et intellectuel) à savoir, les incapacités fonctionnelles, l'utilisation d'aides et la restriction globale d'activité (graphique 3).

Graphique 3 – recoulements entre les populations handicapées obtenues par des approches en termes d'incapacités, de limitations ou de besoin d'aides



Puisque des incapacités fonctionnelles peuvent exister sans pour autant entraver les activités quotidiennes ni nécessiter de compensation, et que, par ailleurs, des limitations ou un besoin d'aide sans incapacités semblent peu concevables, on s'attendrait à ce que les populations des personnes déclarant une restriction d'activité et/ou l'utilisation d'aides soient à la fois moins importantes et incluses dans la population des personnes déclarant une ou plusieurs incapacités.

Les données de VQS montrent en effet que, parmi les personnes concernées par l'une au moins de ces trois approches, environ une personne sur deux déclare avoir une ou plusieurs incapacités sans avoir recours à une aide, ni être limitée dans ses activités alors que seule, une personne sur cinq (soit 4,6 % de la population générale) cumule les trois critères.

Toutefois, l'hypothèse d'inclusion ne se trouve pas vérifiée. En effet, près de 15 % des personnes concernées par au moins un des trois critères étudiés mentionnent une restriction d'activité et/ou le recours à une aide sans toutefois déclarer d'incapacité. Les sept grands domaines d'incapacités retenus pour la constitution du questionnaire ne suffiraient-ils pas à recouvrir l'éventail des possibles ?

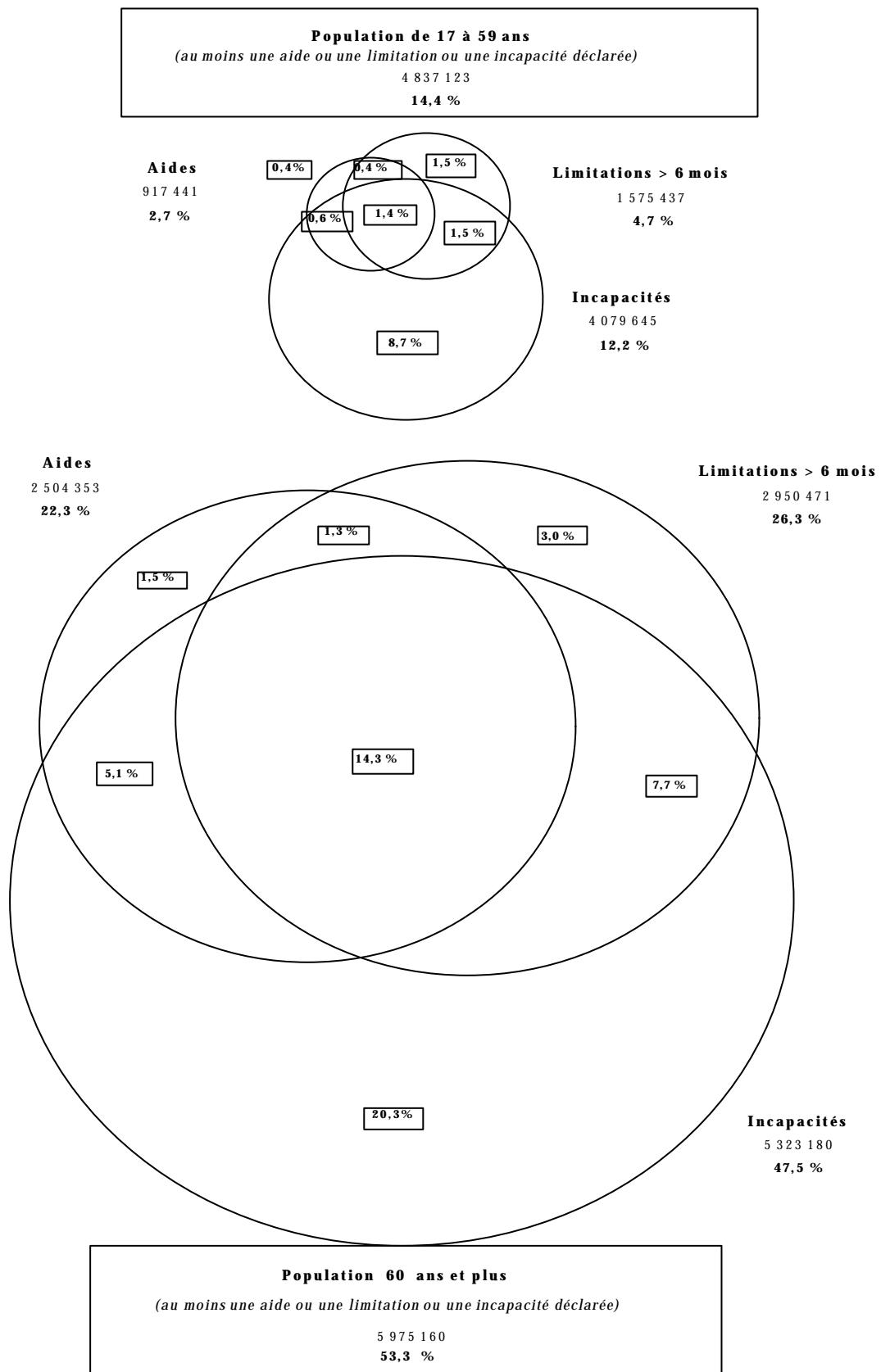
Si la comparaison des mêmes populations à sexe constant n'apporte pas d'élément nouveau, il n'en va pas de même quand on prend en compte le facteur âge en distinguant les personnes de plus et de moins de 60 ans (graphique 4).

Les personnes les plus âgées sont presque quatre fois plus souvent concernées par au moins un des trois critères retenus et représentent à elles seules la moitié de la population générale. Par ailleurs, le recouvrement entre les trois approches est optimisé dans cette population et la relation d'inclusion quoique encore imparfaite y est mieux représentée. On observe en particulier une différence liée à l'âge dans le fait de déclarer une incapacité sans restriction d'activité ni recours à une aide (38 % chez les plus de 60 ans contre 60 % chez les moins de 60 ans). La méthode d'investigation laisserait-elle échapper des incapacités plus spécifiques aux jeunes ? On peut penser aussi que la perception de ce qu'est une incapacité diffère dans les deux populations, les personnes âgées tendant à déclarer des incapacités plus graves et donc plus souvent associées à une restriction d'activité et/ou l'utilisation d'aides. Quoi qu'il en soit, il ressort qu'une procédure de filtrage qui privilégierait l'une des trois approches appréhenderait différemment les plus jeunes et les plus vieux.

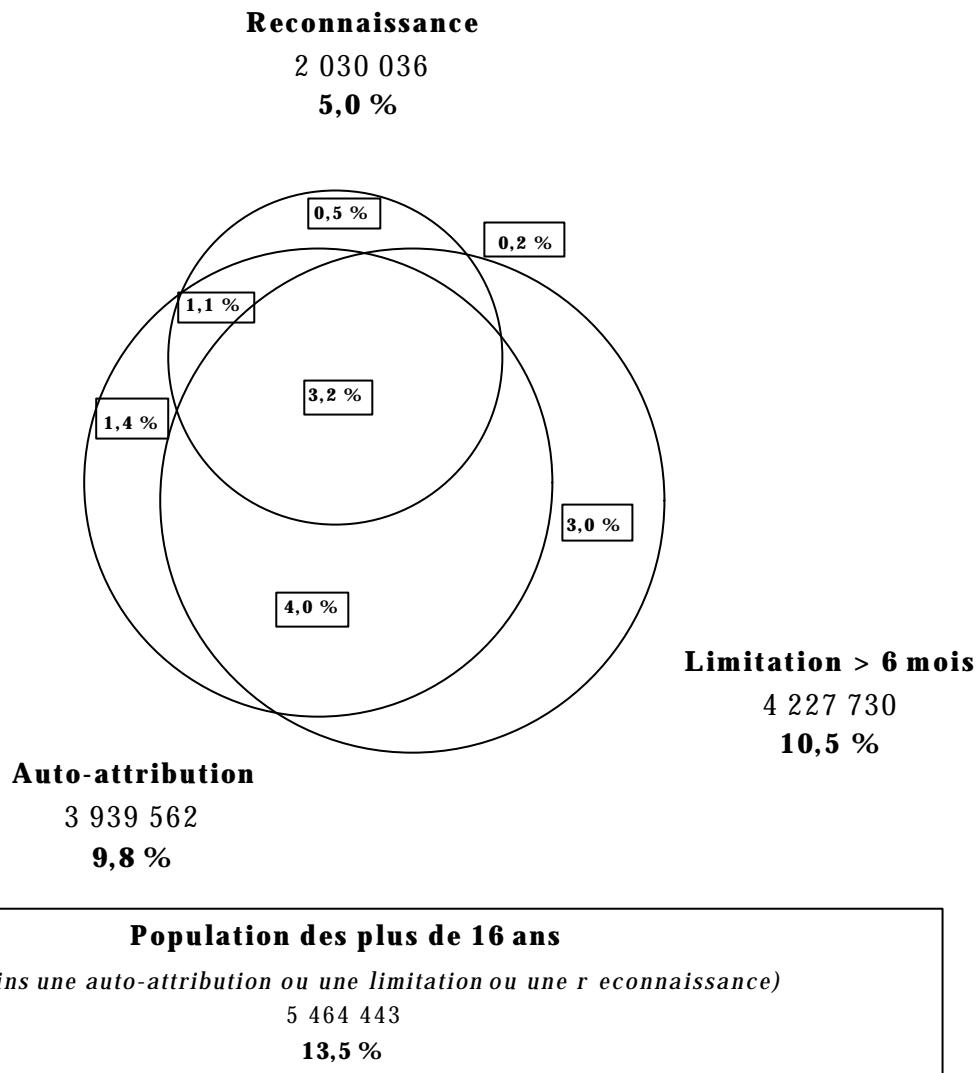
Une seconde étape consiste à mettre en relation les populations construites à partir d'évaluations reposant sur des critères socioculturels ou économiques comme la restriction d'activité, l'attribution par soi-même (auto-attribution) ou par la société (reconnaissance officielle) d'un handicap (graphique 5). La déclaration d'une restriction globale d'activité joue ici le rôle de variable pivot, car outre le fait qu'elle est la variable consensuellement choisie pour approcher le handicap au niveau international, elle se situe typiquement à la charnière des variables individuelles et sociales.

Là encore, l'hypothèse d'inclusion peut sembler raisonnable ; il est en effet difficile d'imaginer qu'une personne s'attribue un handicap et/ou bénéficie d'une reconnaissance officielle alors qu'elle n'est nullement limitée dans ses activités quotidiennes. Elle n'est pourtant pas vérifiée, les trois critères retenus reposant cette fois sur une question unique. Ceci suggère que l'auto-attribution d'un handicap et sa reconnaissance officielle font intervenir d'autres facteurs - socioculturels et économiques – que la seule restriction d'activités. Les données montrent en particulier qu'un quart des personnes déclarant avoir un handicap ne serait pas limité dans ses activités. La notion de handicap intégrerait-elle, pour certains, des considérations sociales liées à l'alphanumerisation, à la marginalité par exemple dont le lien avec la santé n'est pas immédiat, en ce en dépit du contexte posé par les questions précédentes relatives aux incapacités, aux aides et aux problèmes de santé ? En outre, 10 % des personnes qui bénéficient de la reconnaissance officielle d'un handicap ne s'attribuent pas à elles-mêmes de handicap pas plus qu'elles ne déclarent de restriction d'activités. Il s'agit en majorité d'hommes plus jeunes en moyenne que la population filtrée. Ce résultat surprenant doit probablement être rapproché de la diversité des modalités de reconnaissance et d'indemnisation. Il peut s'agir en particulier de cas d'accidents du travail dont les conséquences mêmes bénignes peuvent donner lieu à reconnaissance et compensation ou encore de personnes reconnues handicapées par les Cotorep en raison de difficultés sociales.

Graphique 4 – recouplements entre les populations handicapées obtenues par des approches en termes d'incapacités, de limitations ou de besoin d'aides. Variations en fonction de l'âge



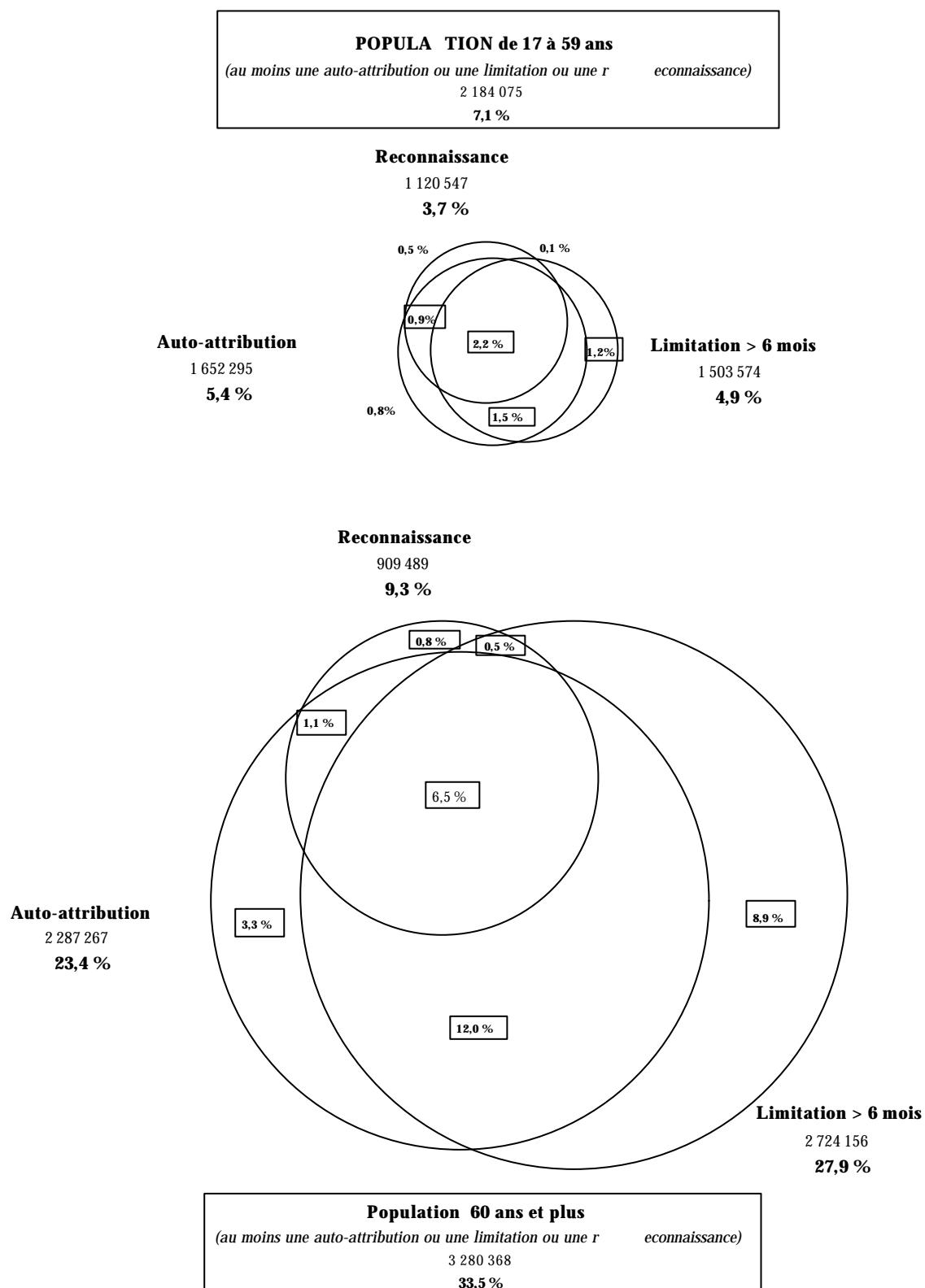
Graphique 5 – recoulements entre les populations handicapées obtenues par des approches en termes de limitations, d'auto-attribution ou de reconnaissance sociale d'un handicap



Comme précédemment, la prise en compte de l'âge éclaire la comparaison des trois populations (graphique 6). Les personnes de 60 ans et plus déclarent plus fréquemment une restriction de leurs activités sans pour autant s'attribuer de handicap ni être reconnues comme personnes handicapées. À l'inverse, les plus jeunes bénéficient plus souvent de reconnaissances officielles. Ces résultats suggèrent que les facteurs participant à l'auto-attribution d'un handicap et à la reconnaissance sociale ne sont pas les mêmes avant et après 60 ans.

Graphique 6 – recouplements entre les populations handicapées obtenues par des approches en termes de limitations, d'auto-attribution ou de reconnaissance sociale d'un handicap.

Variations en fonction de l'âge



L'auto-attribution du handicap et ses déterminants

Dans un second temps, nous nous sommes concentrés sur l'auto-attribution d'un handicap. A l'aide de méthodes d'analyses multivariées (régressions logistiques ascendantes et descendantes), nous avons cherché à expliquer la déclaration d'un handicap (auto-attribution) par différentes variables :

- Le sexe.
- L'âge.
- Les aides.
- Les incapacités.
- La restriction globale d'activité.
- Les raisons de cette limitation.

L'analyse effectuée ici à titre d'illustration étudie l'effet des différentes variables sur la probabilité qu'une personne s'attribue un handicap ou non. L'estimation est faite par l'odds-ratio, l'absence d'effet se traduit par OR=1. L'intervalle de confiance à 95 % de cet OR est matérialisé sur les histogrammes.

Les effets de l'âge et du sexe seront d'abord présentés, puis pour les analyses suivantes, des ajustements systématiques sur l'âge et le sexe seront réalisés.

Effet du sexe

Dans un premier temps, nous avons étudié l'effet du sexe sur l'auto-attribution d'un handicap (graphique 7). L'étude de l'effet brut (sans ajustement) du sexe montre que les femmes se déclarent handicapées avec 8 % de chances de plus que les hommes. Mais les femmes vivent plus vieilles, et la présence d'incapacités est très fortement liée à l'âge. L'effet brut observé s'inverse dès que l'on réalise des ajustements. Après avoir ajusté sur l'âge, les femmes se déclarent cette fois-ci significativement moins souvent handicapées que les hommes à âge égal. Et au fur et à mesure des ajustements, le différentiel entre les hommes et les femmes se creuse. De 8 % de chances de se déclarer handicapé en ne tenant compte que de l'âge, l'écart tombe à 18% si l'on ajuste aussi sur les aides, 20 % sur les incapacités, 26 % sur les limitations. Enfin à âge, incapacités, aides et limitation équivalents, les femmes se déclarent 30 % de fois moins souvent handicapées que les hommes.

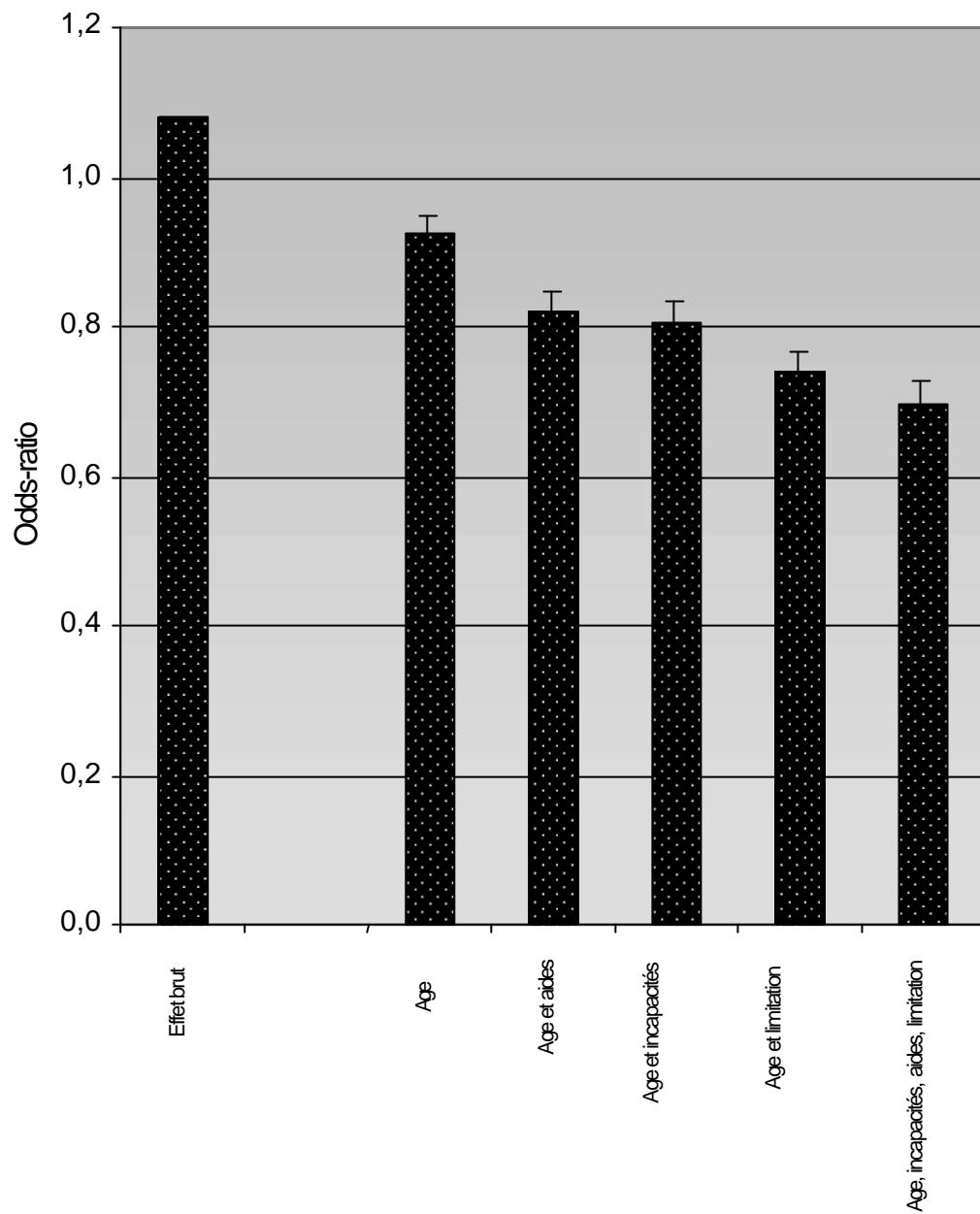
Ces différences importantes entre les sexes qui sont déjà significatives à âge donné sont encore plus fortes après ajustement sur les potentialités individuelles. Il est donc tout à fait important de discuter ces écarts en tenant compte des connaissances sociologiques sur les rôles sociaux en fonction du sexe.

Graphique 7 - auto-attribution d'un Handicap

Effet du sexe

Ajustement sur âge et autres variables

Classe de référence = Hommes

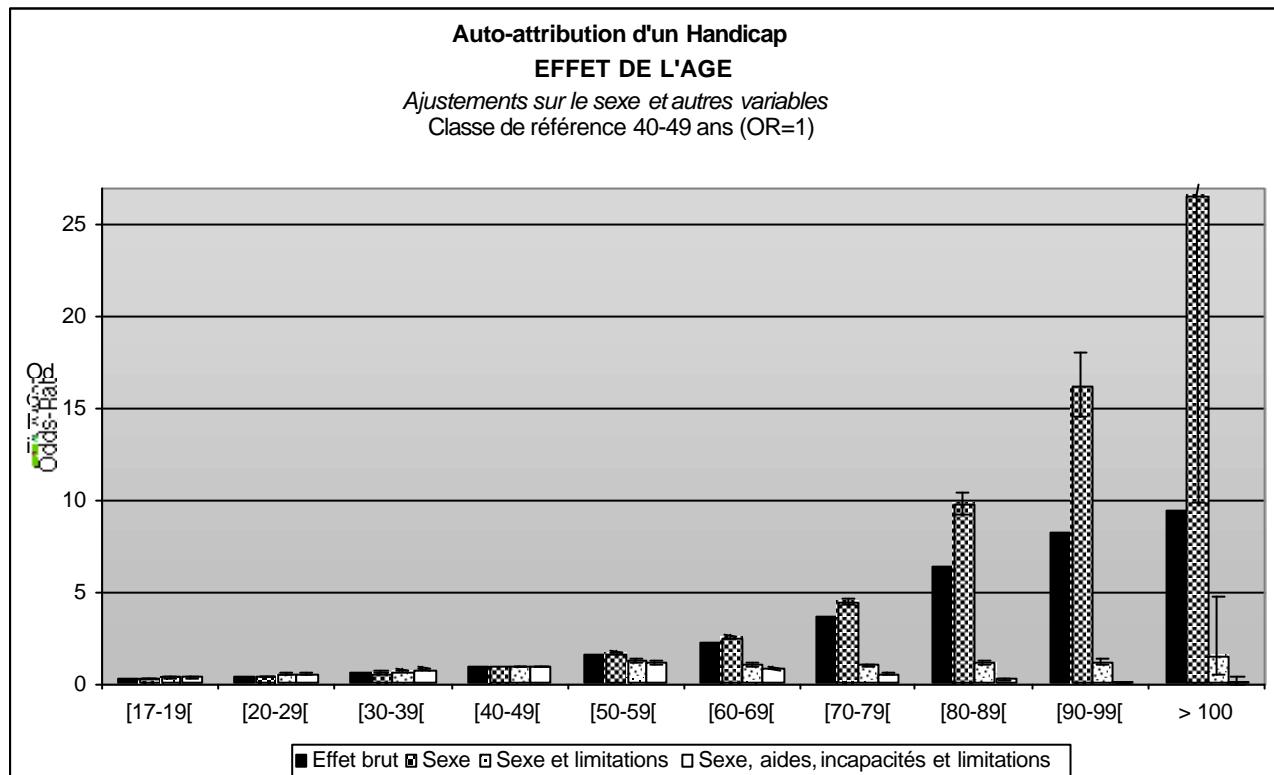


Effet de l'âge

Dans un second temps, nous avons étudié l'effet de l'âge sur l'auto-attribution d'un handicap (graphique 8). Dans ces analyses, la tranche d'âge moyenne, 40 à 49 ans, a été choisie comme classe de référence (OR=1). L'étude de l'effet brut de l'âge montre une augmentation monotone de la probabilité de déclarer avoir un handicap qui passe de 0,3 pour les moins de 20 ans à 9,5 pour les centenaires. Il est intéressant de constater que l'effet de l'âge est encore plus important à sexe équivalent. Dès 60 ans, l'ajustement sur le sexe fait sentir ses effets. À 80 ans l'effet est 1,5 fois plus grand qu'avant ajustement, à 90 ans deux fois plus grand, et après 100 ans trois fois plus grand. Pour les centenaires, l'OR atteint 27, c'est-à-dire

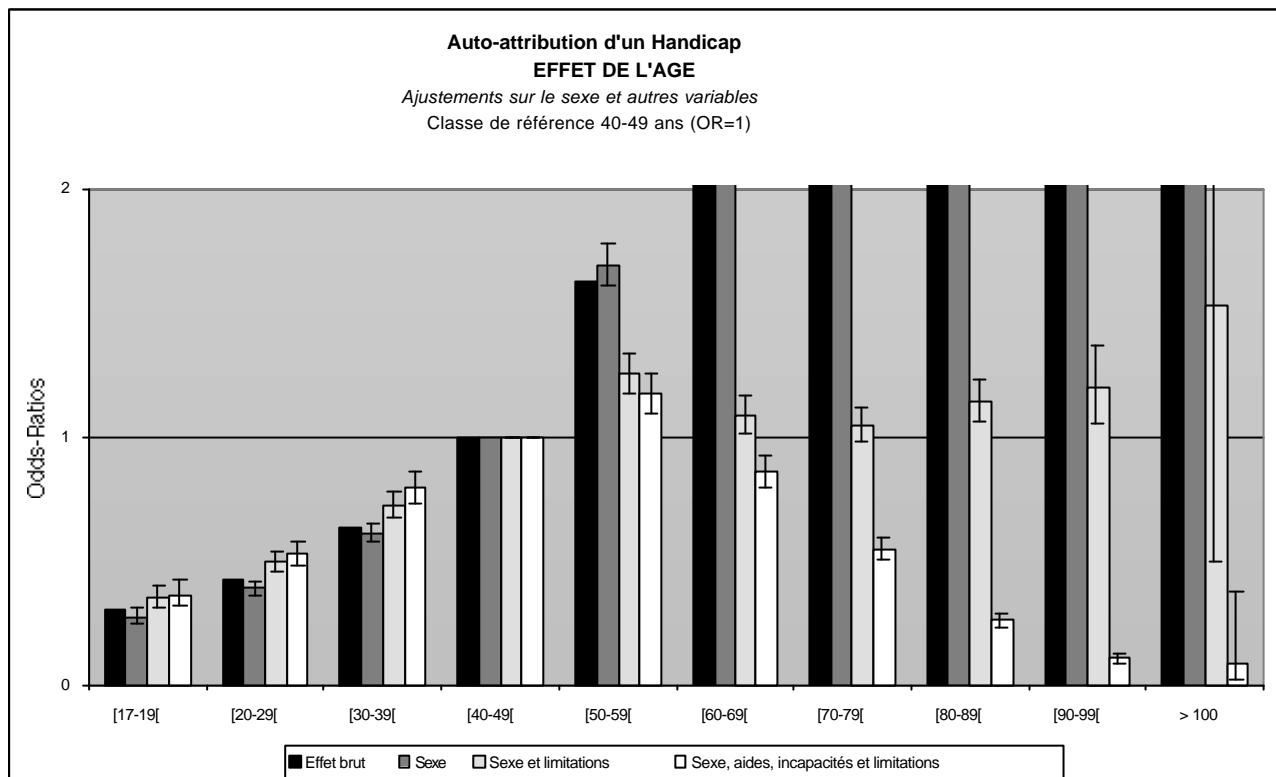
qu'à sexe équivalent, les centenaires ont 27 fois plus de chances de se déclarer handicapé que les quarantenaires. Comme pour l'effet du sexe, on observe que l'effet de structure par sexe aux âges élevés venait masquer l'effet de l'âge, expliquant qu'il soit beaucoup plus faible en analyse univariée qu'après ajustement sur le sexe.

Graphique 8



Mais l'intérêt majeur de ces analyses, c'est de montrer qu'en ajustant aussi sur les limitations, l'auto-attribution augmente légèrement jusqu'à 60 ans pour ensuite se stabiliser et rester à un plateau à la limite de la significativité entre 1,2 et 1,5 après cet âge (graphique 9). Le graphique 9 est en fait la même que le graphique 8 avec un effet de loupe sur les OR entre 0 et 2 qui étaient écrasés par les fortes valeurs observées aux âges élevés en ajustant sur le sexe uniquement. L'effet, pourtant considérable de l'âge a disparu, ce qui signifie qu'il s'expliquait pour l'essentiel par l'augmentation exponentielle des limitations avec l'âge. Enfin quand on ajuste sur toutes les variables évoquant le potentiel individuel disponible, on peut faire ce constat surprenant que l'effet de l'âge ne fait pas que s'annuler, en fait il s'inverse de façon très significative. Les chances de se déclarer handicapé, à sexe, aides, incapacités et limitations équivalentes diminuent régulièrement après 60 ans. Par rapport à la classe de référence des 40-49 ans, elles sont deux fois plus faibles après 70 ans, 4 fois plus faibles après 80 ans, 10 fois plus faibles après 90 ans pour atteindre 12 fois moins après 100 ans.

Graphique 9



L'âge de 60 ans apparaît ici comme un âge charnière. Avant cet âge, les ajustements n'ont pratiquement pas d'influence. Quelle explication peut-on trouver à cette coïncidence avec l'âge de la retraite ?

Effets des variables liées au potentiel individuel disponible

Après avoir étudié finement les effets du sexe et de l'âge, nous avons étudié l'effet des autres variables liées au potentiel individuel disponible sur l'auto-attribution d'un handicap en ajustant maintenant systématiquement sur sexe et âge (tableau 1).

Le déterminant majeur de la déclaration d'un handicap est la limitation d'activité. Les personnes ayant une limitation ont 75 fois plus de chances de déclarer un handicap que celles qui n'ont pas de limitations. L'identification de ce facteur majeur vient à ce stade renforcer le choix de cet item comme question filtre dans les recommandations internationales.

Le second groupe est constitué par les aides. Celles dont l'influence est la plus grande sont les aides humaines suivies par les aides techniques et les aménagements du logement. Dans la sphère des incapacités enfin, les difficultés motrices entraînant une dépendance comme le ramassage d'un objet et l'habillage ont l'effet le plus fort, alors que les activités liées à la vision ou l'audition ont un impact plus faible.

Tableau 1 - effet des différentes variables liées au potentiel individuel disponible
 Régressions logistiques chez les plus de 16 ans

	Auto-attribution d'un Handicap		
	OR	IC 95%	Effet
Limitation d'activité	75,9	[72,9-79,0]	+
Aides			
Aide humaine	18,3	[17,3-19,4]	+
Aide technique	12,2	[11,6-12,8]	+
Aménagement du logement	4,6	[4,2-5,1]	+
Incapacités			
Ramasser un objet	7,3	[7,0-7,6]	+
Habilage/déshabilage	4,8	[4,5-5,1]	+
Parler/se faire comprendre	2,3	[2,1-2,5]	+
Entendre	2,2	[2,1-2,3]	+
Remplir un formulaire simple	2,1	[2,0-2,2]	+
Reconnaître un visage à qq m	1,9	[1,7-2,0]	+
Lire	1,6	[1,5-1,6]	+
Raisons attribuées à la limitation			
Accident de la circulation routière	2,5	[2,2-2,9]	+
Malformation congénitale	2,4	[1,9-2,9]	+
Séquelles de maladie	2,2	[2,0-2,4]	+
Autre accident	2,2	[2,0-2,5]	+
Maladie génétique	2,0	[1,6-2,5]	+
Maladies chroniques	1,9	[1,7-2,1]	+
Etat dépressif	1,5	[1,3-1,7]	+
Autre raison de santé	1,2	1,1-1,3]	+
Douleurs importantes	1,1	[1,06-1,2]	+
Etat nerveux (anxiété, troubles du comportement)	0,9	[0,8-1,02]	NS
Troubles de la vision ou de l'audition	0,8	[0,7-0,9]	-
Vieillissement	0,23	[0,21-0,25]	-

Enfin parmi les raisons attribuées à la limitation d'activité, ce sont les causes accidentelles et congénitales ou génétiques qui viennent en tête des causes ayant un effet significatif sur la déclaration d'un handicap, toutes choses égales par ailleurs. L'état nerveux (anxiété, troubles du comportement) n'a pas d'effet significatif. Quant aux troubles de la vision ou de l'audition et plus encore le vieillissement, ils ont un effet significatif mais négatif, les personnes attribuant leur limitation d'activité au vieillissement ayant quatre fois moins de chances de se déclarer handicapées.

Discussion

Comme cela a été dit, VQS fait envisager différentes approches du handicap à partir des déclarations des personnes enquêtées. Les données produites permettent la confrontation de deux grilles d'interprétation, qu'on peut définir en référence directe à la CIH. La première part d'une vision linéaire de la classification et privilégie les relations causales entre les concepts de déficience, d'incapacité et de désavantage : il n'y a pas de désavantage sans incapacité, ni d'incapacité sans déficience. Avec cette grille, on conçoit les diverses approches illustrées par VQS comme liées par des relations d'inclusion et l'on rend compte de l'existence des situations individuelles où la déficience n'entraîne pas d'incapacité, ni l'incapacité de désavantage en invoquant d'une part la sévérité du handicap, d'autre part la compensation externe. La seconde grille d'interprétation envisage que chaque niveau de la CIH, de même que les pratiques qui s'y rattachent (besoins d'aide exprimés, utilisation de dispositifs de compensation), renvoient à un ensemble spécifique de déterminants, notamment à cause de l'influence des représentations sociales propres de la déficience, de l'incapacité et du désavantage. Cette seconde grille incite à considérer comme irréductibles l'une à l'autre les approches du handicap proposées par VQS. Il n'y a pas d'opposition complète entre les interprétations qui font référence à l'une ou l'autre de ces deux grilles, mais selon le type de données collectées, elles ne sont pas également fécondes. Sans description complète et contrôlée de l'état des personnes et sans éléments précis sur la sévérité de leur handicap, la cohérence apparente de la première peut être prise en défaut. Dans VQS (ou d'ailleurs dans HID), les informations résultent de déclarations difficiles à vérifier, ce qui fait penser que l'expression du handicap qui est recueillie est la manifestation privilégiée de la construction sociale dont il fait l'objet. La seconde grille de lecture qui suggère une analyse disjointe des niveaux conceptuels de la CIH présente alors un intérêt particulier.

La configuration des recouvrements des populations définies à partir des incapacités déclarées, de la restriction globale d'activité et des besoins d'aides (graphiques 3 et 4) n'est pas incompatible avec une interprétation utilisant la première grille évoquée. Cela en dépit du fait qu'existent des personnes ayant déclaré une restriction globale d'activité ou des besoins d'aides sans avoir répondu souffrir de l'une des sept incapacités proposées dans VQS. Il suffit en effet de considérer que VQS n'a exploré qu'une partie du champ des incapacités. Une investigation plus complète, c'est-à-dire un nombre plus important de questions, aurait sans doute montré que toutes les personnes qui ont besoin d'une aide ou qui estiment qu'elles ont une restriction globale d'activité souffrent aussi d'une limitation fonctionnelle particulière qui entraîne un handicap. Par ailleurs l'existence d'un grand nombre de personnes déclarant souffrir d'une des sept formes d'incapacité du questionnaire sans déclarer un besoin d'aide ou une restriction d'activité ne pose pas de sérieux problème d'interprétation : elle mesurerait l'ensemble des handicaps peu sévères au sein de la population.

En revanche la configuration des recouvrements des populations qui ont déclaré une restriction globale d'activité, ont fait une demande officielle de reconnaissance et se sont attribué un handicap (graphiques 5 et 6) n'est pas facile à comprendre en conservant cette grille de lecture. Il est difficile de concevoir qu'une personne déclare avoir fait une demande de reconnaissance officielle sans juger qu'elle a un handicap ou qu'elle souffre d'une limitation globale d'activité, sans poser l'hypothèse que chacune de ces expressions du handicap renvoie à une logique sociale propre. Il convient évidemment d'expliciter ces logiques sociales, ce que l'on essaiera de faire plus bas pour l'auto-attribution d'un handicap. Il n'en reste pas moins que le constat de l'irréductibilité des approches du handicap a des conséquences lorsqu'il s'agit de construire une procédure de filtrage des personnes handicapées au sein de la population générale.

Le rendement d'un filtre fondé sur des questions d'incapacité dépend de la largeur du champ qu'il explore. En l'absence d'indicateur de sévérité, ce type de filtrage conduit de toute façon à étudier une population très hétérogène en termes de désavantage et éventuellement très différente de celle qui bénéficie des prestations compensatoires. A l'opposé, une investigation limitée aux bénéficiaires de ces prestations fait ignorer une population qui se considère comme handicapée et ne donne pas les moyens de comparer les situations de ces personnes à celles qui reçoivent des compensations, ni en termes d'incapacité, ni de désavantage. Un filtrage fondé de façon stricte sur la question la plus consensuelle qui concerne une restriction globale d'activité permet de corriger ce biais, mais ne «produit» encore que la moitié de la population cible obtenue grâce à l'ensemble des 7 questions d'incapacité et sans doute moins si le filtre comporte une quinzaine de questions d'incapacité. L'irréductibilité des approches du handicap incite à concevoir une procédure de filtrage adaptée à ses objectifs de description et d'analyse de la population handicapée. Le nombre de questions posées sur les déficiences ou les incapacités y est forcément limité et il n'y a pas de question miracle, même si certaines sont plus discriminantes que d'autres.

A posteriori, compte tenu du caractère inédit de l'enquête HID et de son objectif général de cadrage d'un ensemble hétéroclite d'informations sur le handicap (Letourmy, 1998 ; Mormiche, 1998), les résultats de VQS militent pour la constitution d'un échantillon équilibré, susceptible de renseigner sur les diverses approches, sans privilégier un des niveaux de la CIH, ni le système de prestations existant. L'algorithme utilisé pour construire l'échantillon de HID a été inspiré par cette préoccupation. Il a de fait construit une typologie des approches du handicap, qui ne peut être assimilée à une classification selon la sévérité des états, dans la mesure où aucun élément précis ne permet de repérer ce concept.

La recherche de facteurs expliquant l'auto-attribution d'un handicap par une personne est forcément limitée à partir des informations collectées dans VQS, mais les résultats trouvés quant à l'effet de l'âge et du sexe mettent sur la voie d'une analyse du processus de construction sociale du handicap. La réponse à la question posée est évidemment subjective, mais elle exprime la synthèse d'une évaluation personnelle du désavantage et, à ce titre, elle peut être rapprochée de la demande de reconnaissance qui s'inscrit dans une démarche d'évaluation externe du désavantage, en vue d'obtenir une compensation. Ces questions tranchent avec celles qui, dans VQS, renvoient à des situations individuelles plus ou moins objectivables (les incapacités, les aides, la restriction globale d'activité) qui constituent plus la mesure d'un potentiel individuel disponible que l'évaluation d'un désavantage.

L'impact du potentiel individuel disponible sur l'auto-attribution d'un handicap n'est guère surprenant. On l'observe ici en notant que la réduction de ce potentiel influence surtout l'auto-attribution d'un handicap quand elle est liée à des déficiences motrices ou auditives. Les effets de l'âge et du sexe, à potentiel individuel constant, sont moins attendus. Les femmes, qui, globalement, ont plus d'incapacités que les hommes, sont d'autant plus réticentes à déclarer qu'elles ont un handicap qu'on se place à potentiel individuel donné. Si cette déclaration est bien une évaluation du désavantage ressenti, on peut avancer que joue ici la prégnance des rôles sociaux féminins dans les représentations sociales. A potentiel individuel donné, le fait que les femmes aient moins tendance à se considérer comme ayant un handicap (et d'ailleurs aussi comme justifiable d'une reconnaissance officielle) reflèterait la moindre valorisation économique de ce potentiel.

L'effet de l'âge sur l'auto-attribution d'un handicap apparaît aussi lorsqu'on contrôle le niveau d'incapacité. L'observation de la diminution de la fréquence d'auto-attribution à partir de 60 ans est assez inédite. Tout se passe comme si la fin de la carrière professionnelle mettait virtuellement fin aussi à la «carrière» de personne handicapée (Goffman, 1963), l'entrée progressive dans la carrière de «personne âgée» semblant accompagner cette retraite de la carrière de «handicapé». A nouveau on peut invoquer l'évaluation du désavantage qui est fonction de la valorisation marchande de la personne en termes d'emploi. Cela voudrait dire que la représentation du handicap est très marquée par l'écart au modèle dominant de l'individu exerçant un emploi, qui s'estompe au moment de la cessation légale d'activité. A ce moment, la personne handicapée devient d'abord une personne âgée. Mais on peut dire aussi que l'évaluation du désavantage est de toute façon relative et résulte de la confrontation de la situation personnelle avec celle des autres de même âge. Le vieillissement provoque un nivelingement des situations physiques et intellectuelles. Le handicap, évalué de façon relative, est alors moins facilement le support d'une différence.

Bibliographie

- Goffman E., 1963, *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Editions de Minuit, 1975. Edition originale : Stigma, Prentice-Hall.
- Letourmy A., 1998, *La préparation d'une enquête sur les handicaps*, Revue française des Affaires Sociales, 52 (1), 27-33
- Mormiche P., 1998, *L'information sur le handicap et la dépendance en France : dépasser le stade du puzzle incertain*, Revue française des Affaires Sociales, 1998, 52 (1), 35-42
- Ravaud J-F. 1996, *De la pertinence des données statistiques et de leur utilisation*. In Ayme S, Colvez A, Henrard J-C, Ravaud J-F, Sabouraud O, Triomphe A. (éds) : *Handicap et vieillissement : politiques publiques et pratiques sociales*. Paris, Editions Inserm, Questions en santé publique, 171-183
- Ravaud J-F, Hauet E, Paicheler H, 1994, *Handicaps et inégalités liés aux déficiences et incapacités fonctionnelles*. In Bouchayer F. (éd) *Trajectoires sociales et inégalités, recherches sur les conditions de vie. Ramonville Saint-Agne (31)*, Eres, 141-160.
- Triomphe A., 1995, (éd) : *Les personnes handicapées en France : Données sociales 1995*. Publication Inserm-CTNERHI, 2^{ème} édition, diffusion PUF, Paris, 212