

Data collection systems of countries often give priority to studies of life-cycle activities related to human survival, family formation and economic status. When national data collection activities are focused upon the study of ageing and of the situation of elderly persons, the assessment of economic activity and mortality continues to hold priority, with some attention to living arrangements and family formation. The purpose of this article is to introduce readers to an additional topic for study, namely, disablement.

Data collection through household surveys, population censuses, and national registries on the situation of elderly persons cover such socioeconomic and health topics as the following: (1) *economic contributions or work participation* (including labour force participation rates of persons by age, in both the formal and non-formal sector); (2) *economic dependency* e.g., social security benefits, including retirement and disability benefits received by retired and/or disabled persons; (3) rates of *chronic illness*; (4) *life expectancy*; (5) gender-specific and age-specific *causes of mortality*; (6) rates of access to and *costs associated with the use of health and medical care* including insurance coverage; (7) *living arrangements* and (8) *marital status*. Equally important, yet less readily acknowledged, is the topic of *human function, activity and participation* among elderly persons. One key issue is the need for better understanding of a wider range of activities of elderly persons than simply economic activity. When older people retire from the labour force and no longer report their economic activity, they may still be very active in other areas. Reduction in participation in activities of daily living and in community participation among elderly persons are believed to be partly due to changes in organ and mechanical function of persons and partly due to environmental barriers and social attitudes toward older persons who experience reduced function.

#### I. DISABLEMENT ISSUES AND CONCERNS

When disability is proposed as a topic for a study of ageing, there is concern that the prejudices and negative attitudes held about disabled persons might spill over to the images of elderly persons. Separate and isolated data collection activities may be instituted nationally e.g., a national survey of elderly persons; and a national disability survey. The national survey of elderly persons may not even ask about disability. The disability survey may not have anticipated the need for sufficiently wide age-ranges to distinguish various age-groups of elderly persons. Such an uncoordinated strategy would appear to be an expensive and inadequate solution to the problem of prejudice.

Statistical monitoring of daily and functional activities of older persons and the environmental and socioeconomic barriers they confront, is intrinsically tied to the study of disability. Statistical development of this topic depends upon continued review and improvement of international standards, survey methodology, and analysis of disability statistics. The study of elderly persons' participation and activity must not be confined solely to economic considerations, i.e., labour force participation and economic activity. The value of older

Les systèmes de collecte des données en place dans les pays donnent souvent la priorité à l'étude des activités liées à la survie de l'homme, à la constitution de la famille et à la situation économique. Lorsque les activités de collecte des données sont axées sur l'étude du vieillissement et de la situation des personnes âgées, l'évaluation de l'activité économique et de la mortalité continue d'avoir la priorité, les modes d'organisation domestique et la constitution de la famille faisant également l'objet d'une certaine attention. L'objet du présent article est de présenter au lecteur un autre sujet d'étude, à savoir les handicaps.

Dans le cadre des enquêtes sur les ménages, des recensements de population et des registres de l'état civil, la collecte de données sur la situation des personnes âgées englobe des questions socio-économiques et des questions de santé telles que : 1) *la contribution économique ou la participation au travail* (notamment les taux d'activité des individus selon l'âge, tant dans le secteur structuré que dans le secteur non structuré); 2) *la dépendance économique*, ce qui recouvre par exemple les prestations de sécurité sociale, et notamment les pensions de retraite ou d'invalidité perçues par les personnes à la retraite et/ou atteintes d'incapacité; 3) les taux de *maladies chroniques*; 4) *l'espérance de vie*; 5) les *causes de mortalité* selon le sexe et selon l'âge; 6) le niveau d'accès et les *coûts afférents aux soins de santé et aux services médicaux*, notamment les régimes d'assurance; 7) *les modes d'organisation domestique*; et 8) *la situation matrimoniale*. Une question tout aussi importante, quoique moins souvent reconnue comme telle, concerne *la fonction, l'activité et la participation* humaines chez les personnes âgées. Une question clé est la nécessité de mieux comprendre une gamme plus large d'activités des personnes âgées que la seule activité économique. Lorsque des personnes âgées se retirent de la vie active et ne rendent plus compte de leur activité économique, elles peuvent encore être très actives dans d'autres domaines. Si des personnes âgées participent moins aux activités de la vie courante et de la communauté, on estime que cela est dû en partie aux changements qui interviennent au niveau de leur organisme et de leurs fonctions motrices, et en partie aux obstacles environnementaux et aux attitudes sociales à l'égard des personnes âgées qui voient leurs fonctions se réduire.

#### I. QUESTIONS ET PROBLEMES CONCERNANT LES HANDICAPS

Lorsque les handicaps sont proposés comme sujet d'une étude sur le vieillissement, on peut craindre que les préjugés et attitudes négatives dont font l'objet les handicapés s'appliquent également à l'image qui est donnée des personnes âgées. Des activités distinctes de collecte de données risquent d'être instituées à l'échelon national, de sorte qu'on aura par exemple une enquête nationale sur les personnes âgées, et une autre sur les handicapés. Il est même possible que l'enquête nationale sur les personnes âgées ne pose aucune question sur les handicaps. L'enquête sur les handicapés risque en outre de n'avoir pas prévu la nécessité de définir des groupes d'âge suffisamment larges pour faire une distinction entre divers groupes d'âges comprenant les personnes âgées. Une telle stratégie, dépourvue de toute coordination, semblerait être une solution coûteuse et inadaptée au problème des préjugés.

Le suivi statistique des activités quotidiennes et fonctionnelles des personnes âgées et des obstacles environnementaux et socio-économiques auxquels elles font face est intrinsèquement lié à l'étude des handicaps. Les progrès statistiques sur cette question sont fonction d'un examen constant et d'une amélioration des normes internationales, de la méthode d'enquête et de l'analyse des statistiques concernant les handicaps. L'étude de la participation et de l'activité des personnes âgées ne doit pas se limiter aux seules considérations économiques, c'est-à-dire au taux d'activité et à l'activité économique.

persons also is derived from their other activities, including participation in daily activities of living in community, cultural and family settings.

National statistics presented in the United Nations *Disability Statistics Compendium* clearly demonstrate the strong and positive association between ageing and disability, globally.<sup>1/</sup> More recent data arriving in the United Nations Statistical Division continue to confirm this association. (Figure 1). In China, for example, the rate of disability in 1987 among persons between the ages of 80 and 85 is approximately 50 percent as compared to 25 percent at ages 70-75, 12 percent at ages 60-65, and 5 percent at ages 40-49. In Spain, the rate of disability in 1985 among persons between the ages of 80 and 85 is approximately 76 percent as compared to 53 percent at ages 70-75, 28 percent at ages 55-64 and 6 percent at ages 35-44.<sup>2/</sup>

National data displayed in Table 6 of the *Yearbook* indicate that reduced function and participation in daily activities associated with impairment and disability increases substantially after age 40, for most population groups. Under these circumstances, rates of entry into reduced function and participation should be closely monitored in order to provide services and programmes for early intervention to prevent further functional loss, and to maximize existing capacity for participation in daily activities of home and community life.

## II. DEFINING AND CLASSIFYING DISABILITY

The majority of countries of the world are collecting national disability statistics either through the census, a national survey or through an established registry, although not all countries routinely provide these statistics by age-group, sex, and rural-urban residence. However, a serious problem confronting countries in the collection of data concerns the proper definition and classification of disability. The initiation by Governments of disability policy and programmes in the areas of science, technology and human rights, encouraged national data collection activities to monitor and evaluate disability programmes and service needs of persons. Policy-makers, planners and researchers addressing disability issues, however, are also faced with a barrage of confusing, unstandardized and often pejorative terminology being used to describe people who are disabled, their impairments and circumstances.

In 1981, the World Health Organization (WHO) undertook to define and classify disablement through a standardized description of human function and activity at three major levels: at the level of the organ (*impairment*), at the level of the person (*disability*) and at the level of social circumstances brought about by the interaction of disabled persons with society or community (*handicap*). Given the abundance of unstandardized and emotionally laden descriptions of disability that have been used throughout the world, and the fact that some descriptions have been pejorative, the design by WHO of neutral descriptions and standards for the classification of disability was no small challenge. After thorough discussion and debate, the WHO prepared the international classification called the *International Classification of Impairments*,

L'importance des personnes âgées tient aussi aux autres activités qu'elles ont, et notamment à la part qu'elles prennent aux activités quotidiennes qu'implique la vie au sein de la communauté ou du milieu culturel ou familial.

Les statistiques nationales figurant dans le *Disability Statistics Compendium* (Recueil de statistiques sur les handicaps) de l'Organisation des Nations Unies montrent bien le lien étroit et positif qui existe entre vieillissement et incapacités, à l'échelon mondial <sup>1/</sup>. Les données plus récentes qui parviennent à la Division de statistique de l'ONU continuent de le confirmer (Figure 1). En Chine, par exemple, le taux d'incapacité chez les personnes âgées entre 80 et 85 ans était, en 1987, d'environ 50 %, contre 25 % pour les 70-75 ans, 12 % pour les 60-65 ans et 5 % pour les 40-49 ans. En Espagne, le taux d'incapacité dans le groupe des 80-85 ans était d'environ 76 % en 1985, contre 53 % pour les 70-75 ans, 28 % chez les 55-64 ans et 6 % pour les personnes âgées entre 35 et 44 ans <sup>2/</sup>.

Les données nationales figurant au Tableau 6 de l'Annuaire indiquent que la réduction des fonctions et la participation à des activités quotidiennes associées aux déficiences ou incapacités augmentent de façon notable après l'âge de 40 ans pour la plupart des catégories de population. Dans ces conditions, il convient de surveiller de près les taux correspondants (nombre de personnes nouvelles dont les fonctions sont réduites ou qui participent à ces activités), afin de pouvoir établir des services ou des programmes d'intervention précoce et empêcher ainsi une perte supplémentaire de fonctions, et de maximiser les capacités qu'ont les individus de participer aux activités quotidiennes de la vie au sein du ménage ou de la communauté.

## II. DEFINITION ET CLASSIFICATION DES HANDICAPS

La majorité des pays collectent des statistiques nationales sur les handicaps dans le cadre de recensements, d'enquêtes nationales ou de registres établis, bien qu'ils ne présentent pas tous ces statistiques de façon courante selon le groupe d'âge, le sexe ou le type de résidence (rurale/urbaine). Toutefois, un sérieux problème auquel font face les pays pour la collecte de ces données a trait à la façon dont il convient de définir et de classer les handicaps. La mise en oeuvre, par les gouvernements, de politiques et de programmes concernant les handicaps dans les domaines des sciences, de la technologie et des droits de l'homme a encouragé les activités nationales de collecte de données à suivre et à évaluer les programmes touchant les handicaps et les besoins de service des individus. Cependant, les dirigeants, les responsables de la planification et les chercheurs qui s'occupent des questions de handicaps sont également confrontés à tout un ensemble de termes ou expressions ambigus, disparates et, dans bien des cas, péjoratifs pour décrire les personnes qui présentent un handicap, ainsi que le handicap dont elles sont atteintes et leur situation particulière.

En 1981, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a entrepris de définir et de classer les handicaps en utilisant une description standardisée des fonctions et activités humaines à trois niveaux principaux : celui d'un organe (*déficience*), celui d'une personne (*incapacité*) et celui de la situation sociale résultant de l'interaction entre les personnes présentant un handicap et la société ou la communauté (*désavantage*). Etant donné l'abondance de formules disparates et chargées de connotations émotionnelles qui sont utilisées dans le monde entier pour décrire les handicaps, et sachant que certaines descriptions sont péjoratives, l'élaboration par l'OMS de descriptions et de normes neutres pour la classification des handicaps n'était pas chose facile. A la suite de discussions et de débats approfondis, l'OMS a mis au point une classification internationale appelée *Classification internationale des handicaps : Déficiences, Incapacités et Désavantages (CIDIH)* <sup>3/</sup>. Cette

*Disabilities and Handicaps (ICIDH).*<sup>3/</sup> The purpose of the classification is to describe disability in a conceptually consistent and objective way, using standard terminology and numeric coding procedures. Without such a classification system, the discussion of disability might remain permanently confused by the extreme diversity of descriptions and definitions found in legislation, policy formulation and studies.

The ICIDH stirred a fairly large international debate and controversy over whether the description and classification of disability had been sufficiently divorced from the disease process, and whether the ICIDH has effectively expanded the description of disability to include assessment of public reaction to it.

The ICIDH has been utilized by numerous governments for a wide range of applications.<sup>4/</sup> One notable outcome of the ICIDH has been its increased use as a standard for data development and conceptual harmonization of international statistics. A key aspect of the United Nations *Disability Statistics Compendium* has been the provision of information on national definitions and concepts concerning disability, the compiling of data into the Disability Statistics Database (DISTAT) using the ICIDH. The *Compendium* also draws attention to potential uses of the results for policy formulation, planning and research.<sup>5/</sup>

Disablement among elderly persons may be classified and compared through the use of the ICIDH, for example, through descriptions of *impairment*, or reduced function of body organ resulting in such states as blindness; deafness; mental retardation; paralysis or amputations of leg or arms. **Disability** is the description of *reduced function* at the level of the person, such as: descriptions of people who have difficulty hearing, seeing, speaking, being understood, remembering things, moving one's legs, reaching, grasping; or through description of people who report *activity limitations* such as bending down to retrieve something from the floor, climbing stairs, preparing food, getting dressed, managing money. In surveys, disability description is measured at the person-level, as opposed to impairment which is a description of organ-level functioning. People who report that they have some type of reduced function or activity limitation are defined as disabled. The underlying impairments of the body and the degree of severity of people's disability may also be assessed, based upon additional questions.

Studies of elderly persons may also systematically describe the extent to which the experience of disability is associated with reduced participation and integration in life roles (handicaps). The study of **handicap** among elderly persons assesses the size and quality of the concentric sphere of persons and communities with whom elderly women and men relate, both socio-economically and emotionally. Constrictions in the size of the sphere (and the diversity of choices) of one's environment are hypothesized to be due to the combined effect of the characteristics of elderly disabled persons, and to the constraints and facilities provided by the environment.

According to WHO, *Handicap is not classified according to individuals or their attributes but rather according to the circumstances in which disabled people are likely to find*

classification a pour objet de décrire les handicaps d'une manière cohérente et objective sur le plan conceptuel, en utilisant une terminologie standardisée et des méthodes de codage numérique. Sans un tel système de classification, on risquerait de se heurter constamment, en parlant des handicaps, à la très grande diversité des descriptions et des définitions auxquelles donnent lieu la législation, la formulation des politiques et les études.

La CIDIH a provoqué un assez vaste débat à l'échelon international et suscité une controverse sur la question de savoir si la description et la classification des handicaps s'étaient suffisamment dissociées du processus de la maladie, et si la classification a effectivement élargi la description des handicaps pour inclure une évaluation de la réaction du public à leur égard.

De nombreux gouvernements ont eu recours à la CIDIH pour toute une série d'applications <sup>4/</sup>. Un aspect qui mérite d'être mentionné en particulier est que la CIDIH sert de plus en plus de norme de référence pour la mise au point de données et l'harmonisation conceptuelle des statistiques internationales. En ce qui concerne le *Disability Statistics Compendium* de l'Organisation des Nations Unies, un de ses apports essentiels a été les informations concernant les définitions et concepts nationaux relatifs aux handicaps et la constitution de données au niveau de la Disability Statistics Database (Base de données statistiques sur les handicaps, ou DISTAT), à partir de la CIDIH. Le recueil met aussi en relief les utilisations qui peuvent être faites des résultats de ces activités pour l'élaboration de politiques, la planification et la recherche <sup>5/</sup>.

Il est possible de classer et de comparer les handicaps concernant les personnes âgées en utilisant la CIDIH, par exemple, au niveau des descriptions qui y figurent en ce qui concerne les *déficiences*, c'est-à-dire la réduction des fonctions corporelles entraînant, par exemple, la cécité, la surdité, un retard mental, la paralysie ou l'amputation d'un bras ou d'une jambe. La notion d'**incapacité** décrit la *réduction des fonctions* au niveau de la personne, selon que celle-ci, par exemple, a du mal à entendre, à voir, à parler, à se faire comprendre, à se rappeler les choses, à bouger la jambe, à atteindre les objets ou à les attraper; ou elle décrit des personnes qui font état de *limitations au niveau d'activités* telles que, par exemple, le fait de se baisser pour ramasser quelque chose par terre, de monter les escaliers, de préparer la nourriture, de s'habiller ou de manipuler de l'argent. Dans les enquêtes, la description d'une incapacité se mesure au niveau de la personne, à la différence d'une déficience, qui se situe au niveau du fonctionnement des organes. Les personnes qui font état d'un certain type de réduction de leurs fonctions ou de limitation de leurs activités sont définies comme présentant une incapacité. Les déficiences sous-jacentes de leurs fonctions corporelles et le degré de gravité de leur incapacité pourront également être évalués au moyen de questions supplémentaires.

Les études consacrées aux personnes âgées peuvent aussi décrire de façon systématique dans quelle mesure le fait de présenter une incapacité est associé à un degré plus réduit de participation et d'intégration aux activités de la vie quotidienne (désavantages). L'étude des **désavantages** affectant les personnes âgées s'attache à évaluer les dimensions et le degré de qualité du cercle concentrique de personnes et de communautés avec lesquelles les femmes et les hommes âgés ont des rapports tant socio-économiques qu'affectifs. L'hypothèse est qu'une limitation des dimensions du cercle (et de la diversité des choix) constituant l'environnement d'un individu est due à l'effet conjugué des caractéristiques propres aux personnes âgées présentant une incapacité et des contraintes ou facilités auxquelles donne lieu l'environnement.

Selon l'OMS, la classification des désavantages se fait "non pas selon les individus ou leurs caractéristiques, mais plutôt en fonction des conditions de vie dans lesquelles les personnes frappées d'incapacité

themselves, circumstances that can be expected to place such individuals at a disadvantage in relation to their peers when viewed from the norms of society. 6/ Using the ICIDH, handicap describes and classifies the many disadvantageous circumstances in which people may find themselves, given a particular environment and culture, and given a specific impairment and/or disability. Examples of handicaps (or disadvantageous circumstances of disabled persons) that have been studied in censuses, surveys and registries include: confinement to home; inability to gain access to public or motor transport; economic inactivity; underemployment; social isolation; illiteracy; confinement to an institution.

Throughout the world, people who have impairments and/or disabilities have been shown to have, on the average, higher illiteracy rates, less employment opportunity, greater difficulty gaining access to public buildings and transport, and greater likelihood of being institutionalized or experiencing social isolation and rejection than do people who are not impaired and/or disabled. 7/

Given the relational nature of the concept of handicap, there are no well-established cut-off points to compare levels of severity of handicap. Much of the description of handicap in surveys is through direct comparison of population groups. For example, if 80 percent of the disabled elderly population and 10 percent of the total elderly population is socially isolated, then the gap between disabled and non-disabled elderly may be viewed as large and the social integration handicap severe among disabled persons. If, on the other hand, 60 percent of the disabled elderly population and 57 percent of the total elderly population is isolated socially, then the social integration handicap may not be considered that great between disabled and non-disabled elderly persons. 8/ In this example, handicap measures additional loss of opportunity of elderly persons who are disabled, compared to elderly persons who are not disabled.

In any case, the assessment of handicap assists in monitoring and evaluating programmes and policies to alleviate barriers, reduce severity, decrease shame and embarrassment, and diversify the solutions to problems of reduced opportunity and limited participation among elderly persons who have disabilities.

Governments and countries which have referred to the United Nations World Programme of Action concerning Disabled Persons 9/ and who recognized the language of the ICIDH generally propose the following concepts and topics to be included when designing their data base: (1) *impairments* for the study of prevention; (2) *disability* for planning programmes in rehabilitation; and (3) *handicap* for assessing human rights and equalization of opportunity.

### III. NATIONAL AND INTERNATIONAL DATA COLLECTION ACTIVITIES

Disability statistics are collected by various countries

peuvent se trouver, conditions susceptibles de placer ces individus dans une situation désavantageuse par rapport à leurs pairs, du point de vue des normes sociales 6/. D'après la CIDIH, la notion de *désavantage* décrit et classifie par conséquent les nombreuses *situations désavantageuses* dans lesquelles une personne peut se trouver, compte tenu d'un milieu ou d'une culture donnés, et d'une déficience ou d'une incapacité données. Parmi les exemples de désavantages (ou situations désavantageuses affectant des personnes frappées d'incapacité) qui ont été répertoriés dans les recensements, les enquêtes ou les registres, on peut citer : le confinement à la maison, l'impossibilité d'avoir accès aux transports publics ou motorisés, le fait de ne pas travailler, l'absence d'activité, le sous-emploi, l'isolement social, l'analphabétisme, le placement dans une institution.

A l'échelon mondial, on a constaté que les personnes atteintes de déficiences et/ou d'incapacités ont, en moyenne, des taux d'analphabétisme plus élevés, des possibilités d'emploi moindres et un plus grand mal à avoir accès aux bâtiments et aux transports publics, et qu'elles sont plus susceptibles d'être placées dans une institution et de souffrir d'isolement social ou d'être rejetées par la société que les personnes qui ne sont pas atteintes de déficiences et/ou d'incapacités 7/.

Etant donné que le concept de désavantage est fondé sur les relations, il n'existe pas de seuils bien établis permettant de comparer les degrés de gravité des désavantages. Dans le cadre des enquêtes, ceux-ci sont décrits pour une bonne part au moyen de comparaisons directes entre les catégories de population. Par exemple, si 80 % des personnes âgées atteintes d'incapacités et 10 % de l'ensemble des personnes âgées souffrent d'isolement social, on pourra estimer que l'écart entre les personnes âgées atteintes d'une incapacité et celles qui ne le sont pas est grand et que le désavantage d'intégration sociale des personnes atteintes d'une incapacité est sérieux. Si, par contre, 60 % des personnes âgées atteintes d'incapacités et 57 % de l'ensemble des personnes âgées souffrent d'isolement social, on pourra estimer que le désavantage d'intégration sociale des personnes atteintes d'une incapacité, par rapport à celles qui ne le sont pas, n'est pas si marqué 8/. Dans cet exemple, la notion de désavantage permet de mesurer la perte supplémentaire d'opportunité des personnes âgées qui sont atteintes d'une incapacité, par rapport à celles qui ne le sont pas.

Dans tous les cas, l'évaluation des désavantages aide à assurer le suivi et l'évaluation des programmes et politiques destinés à pallier les obstacles auxquels se heurtent les personnes âgées présentant une incapacité, à atténuer la gravité de leurs problèmes, à réduire leur sentiment de honte ou de gêne, et à diversifier les solutions aux problèmes qui se posent à elles du fait que leurs occasions sont réduites et leur participation à la vie sociale limitées.

Les pays qui se sont ralliés au Programme d'action mondial concernant les personnes handicapées mis en oeuvre par l'ONU 9/ et qui ont adopté les termes employés dans le cadre de la CIDIH, proposent en général que les concepts et sujets suivants soient inclus lorsqu'ils élaborent leurs propres bases de données : 1) *déficiences*, pour l'étude des mesures de prévention; 2) *incapacités*, pour la mise au point des programmes de réadaptation; et 3) *désavantages*, pour l'évaluation des droits humains et de l'égalisation des chances.

### III. ACTIVITES DE COLLECTE DE DONNES NATIONALES ET INTERNATIONALES

La collecte des statistiques sur les handicaps est assurée par les

through population and housing censuses, through household surveys covering subjects such as population and labour force, socio-economic surveys, special disability surveys, health and medical surveys, and surveys on family expenditure. Data are also collected through administrative data collection systems and these national statistics are being compiled systematically into the United Nations International Database on Disability Statistics (DISTAT). The goal of DISTAT is to document and prepare an international compilation of data on disability collected by countries around the world. It displays the type of data that have been collected according to twelve major demographic and socio-economic variables concerning disability, i.e., age, sex, residence, marital status, educational attainment, economic activity, type of living arrangements, household characteristics, causes of impairment, services received and special aids used by disabled persons. A comprehensive overview describing the goals and concepts of national practices, and summary tables are also provided in the data base.

A major concern of DISTAT has been concepts and definitions concerning disability used by countries. Another major concern has been to ascertain whether the data needs of policy-makers are being met and/or whether additional needs exist for emerging policies and growing interest in disability issues.

Few international guidelines or recommendations for data collection and analysis exist in this area. Much of the national work documented in DISTAT shows how diverse are the disability concepts and definitions used by countries to identify persons with disabilities and how such practices affect the data. For example, it has been demonstrated that the proportion of people with disabilities ranges from a low of 0.2 percent to a high of 20.9 percent among 55 countries presented in DISTAT, version 1. This high degree of variation in disability rates is considered due in part to the way nations select and use impairment and disability definitions and codes.<sup>10/</sup>

Analysis of the data available in DISTAT has further shown that census, survey and registration estimates of the proportion of persons with disabilities, vary according to the type of method used to identify such persons. Two major methods refer to impairment and disability status, and sometimes to handicap. In general, the proportion of persons with disabilities is lower when impairment rather than disability questions are used in surveys. When impairment questions are used by surveys to identify disabled persons, the resultant disability rates for men are also generally higher than those obtained for women. In contrast, when disability questions are employed, rates for women and men are less divergent.

Findings of DISTAT, presented in Table 1, also show that regional, and even national comparisons of disability rates may be misleading unless the methodological differences between data collection systems are taken into account. This was demonstrated through the use of the ICIDH. Table 1 displays the short list of ICIDH codes used in DISTAT (Version 2) to describe the types of impairments, disabilities

divers pays dans le cadre des recensements de la population et des habitations, des enquêtes sur les ménages couvrant des questions telles que la population et la main-d'oeuvre, des enquêtes socio-économiques, des enquêtes spéciales sur les incapacités, des enquêtes sanitaires et médicales et des enquêtes sur les dépenses des ménages. Des données sont également collectées dans le cadre des systèmes de collecte de données administratifs, et ces statistiques nationales sont systématiquement incluses dans la base de données DISTAT. Celle-ci a pour objet de rassembler toutes les données sur les handicaps collectées dans les pays du monde entier. Les données réunies y sont présentées sur la base de 12 grandes variables démographiques et socio-économiques concernant les handicaps, à savoir : âge, sexe, résidence, situation matrimoniale, niveau éducatif, activité économique, mode d'organisation domestique, caractéristiques du ménage, causes de déficience, services obtenus et aides spéciales utilisées par les personnes présentant un handicap. Elle fournit également une vue d'ensemble des objectifs et des concepts des systèmes nationaux, et des tableaux récapitulatifs.

Un sujet de préoccupation majeur de la base de données DISTAT a trait aux concepts et définitions relatifs aux handicaps dont se servent les pays. Cette base se préoccupe également de déterminer si les besoins de données des décideurs sont remplis et/ou s'il existe des besoins supplémentaires à la faveur des politiques nouvelles et de l'intérêt croissant dont font l'objet les questions relatives aux handicaps.

Il existe, au plan international, peu de directives ou de recommandations pour la collecte et l'analyse des données dans ce domaine. Une bonne partie des activités dont rend compte la base de données DISTAT montre à quel point les concepts et définitions dont se servent les pays pour identifier les personnes présentant des handicaps sont variés, et tout l'effet que cela peut avoir sur les données. On a ainsi montré que la proportion de personnes présentant un handicap, dans 55 pays figurant dans la base de données, va de 0,2 % à 20,9 %. Cet écart considérable est attribué en partie à la façon dont les pays choisissent et utilisent les définitions et codes relatifs aux déficiences et aux incapacités <sup>10/</sup>.

L'analyse des données disponibles dans la base DISTAT montre en outre que les estimations figurant dans les recensements, enquêtes et registres en ce qui concerne la proportion de personnes présentant un handicap varient en fonction du type de méthode utilisé pour identifier ces personnes. Deux grandes méthodes font référence à la situation des personnes du point de vue des déficiences et des incapacités, et parfois des désavantages. D'une façon générale, la proportion de personnes présentant un handicap est moins élevée lorsque les questions utilisées dans les enquêtes portent sur les déficiences plutôt que sur les incapacités. Lorsque les questions qui sont utilisées pour identifier les personnes présentant un handicap portent sur les déficiences, les taux d'incapacité qui s'en dégagent sont en outre plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Par contre, lorsque les questions portent sur les incapacités, il y a moins d'écart entre les taux des femmes et ceux des hommes.

Il ressort aussi des éléments d'information figurant dans la base DISTAT, et présentés au Tableau 1, que les comparaisons des taux d'incapacité qui sont faites à l'échelon régional et même national risquent d'être erronées si elles ne tiennent pas compte des différences de méthodologie qui existent entre les systèmes de collecte des données. C'est ce qui a été démontré par le biais de la CIDIH. Le Tableau 1 contient la liste abrégée de codes de la CIDIH utilisée dans la base

and handicaps identified among people interviewed in surveys, registries and censuses. The countries of Africa presented in Table 6 of the *Yearbook*, for example, have largely based the identification of their disabled populations upon reports of very severe and obvious impairments, namely: blindness; deafness; no speech; limb amputations; paralysis of limb or body parts and mental retardation and other serious psychological impairments of the mind (Impairments I01-I99 in Table 1). This is in contrast to Europe, and more developed countries of North America and Oceania which have identified disabled persons by asking about a wide range of disabilities such as those related to occupational performance, difficulties with hearing or listening to things; moving about; climbing stairs; reaching and grasping and retrieving items; and difficulties with knowledge acquisition, learning, problems of self-awareness and problems of incontinence (Disabilities D1--D99 in Table 1). Europe often used a mixed approach where questions were asked about specific disabilities, impairments and handicaps, such as the use of special assistance, adaptive devices or special care dependence. A number of countries, (17 in all), only asked about disability among people who were not economically active, thereby screening on a single occupational handicap (currently placed in H7). These countries which asked solely about disability among the economically inactive population were without total population estimates of disability and have been footnoted in Table 6 of the *Yearbook* to indicate their unique population base.

In each of these cases, the resultant impairments are different, and these differences in definitions must be noted along with the disability rates. For example, the countries of Africa and Asia, which generally implement severe impairment screening questions in their censuses, surveys and registrations systems in order to identify disabled persons, report lower rates of disability than do the countries of Europe and North America, which generally use broad-based disability screening questions to identify this group.

Analysis of socio-economic characteristics indicates that even though the way in which countries measure educational attainment, or economic activity, or marital status may be similar, the educational and occupational data on disabled persons cannot be readily prepared as global indicators of disability owing to differences in the way in which disabled people have been defined. However, national and provincial-level comparisons under these circumstances are generally possible.

These findings underscore the necessity of international guidelines and standards for data collection on disability so that rates may be more comparable and meaningful, both within and across countries. It also demonstrates the need to continue to monitor these national distinctions and their influence upon disability statistics in order for findings to be fully understood and carefully interpreted. As these national statistical systems continue to produce national disability statistics and are included into DISTAT, the international data base, the monitoring of concepts, definitions and findings will remain an essential part of the development of disability studies, both in terms of methodological development and also for its value in the interpretation and use of statistical findings for policy formulation and programme planning and evaluation.

DISTAT (Version 2) pour décrire les types de déficiences, d'incapacités et de désavantages identifiés chez les personnes interrogées dans le cadre des enquêtes, registres et recensements. Par exemple, les pays d'Afrique figurant au Tableau 6 de l'Annuaire identifient les personnes présentant un handicap en grande partie sur la base des rapports faisant état de déficiences très sérieuses et très évidentes : cécité; surdité; mutisme; amputation d'un membre; paralysie d'un membre ou d'une partie du corps; et retard mental et autres déficiences du psychisme (catégories I01 à I99 des déficiences, Tableau 1). Par contre, les pays d'Europe et les pays développés d'Amérique du Nord et d'Océanie ont identifié les personnes présentant un handicap en posant des questions sur toute une série de déficiences, telles que : celles relatives à l'accomplissement d'un travail professionnel; les problèmes auditifs; les difficultés à se déplacer, à monter les escaliers, à atteindre, attraper ou ramasser des objets; et les problèmes concernant l'acquisition des connaissances, la capacité d'apprendre ou la connaissance de soi, ou encore les problèmes d'incontinence (catégories D1 à D99 des incapacités, dans le Tableau 1). Dans bien des cas, les pays d'Europe utilisaient une approche mixte, consistant à poser des questions sur des déficiences, incapacités ou désavantages particuliers, tels que l'utilisation de secours ou d'appareils d'adaptation spéciaux, ou la dépendance de soins spéciaux. Un certain nombre de pays (17 au total) posaient des questions concernant les incapacités uniquement aux personnes économiquement inactives, de sorte qu'ils effectuaient leur sélection sur la base d'un seul handicap d'occupation (actuellement classé dans la catégorie H7). Pour les pays qui n'ont posé des questions sur les handicaps qu'aux personnes inactives, on ne dispose d'aucune estimation concernant le nombre total de personnes présentant une incapacité, et une note a été incluse en bas du Tableau 6 de l'Annuaire pour signaler ces cas.

Dans chacun de ces cas, les déficiences qui se dégagent sont différentes, et ces différences au niveau des définitions doivent être relevées, ainsi que les taux d'incapacité. Par exemple, les pays d'Afrique et d'Asie, qui emploient généralement des questions portant sur les déficiences sérieuses dans leurs recensements, enquêtes et registres afin d'identifier les personnes présentant un handicap, font état de taux d'incapacité moins élevés que les pays d'Europe et d'Amérique du Nord, qui utilisent en général des questions sur les déficiences prises au sens large pour identifier cette catégorie de personnes.

L'analyse des caractéristiques socio-économiques tend à montrer que si la façon dont les pays mesurent le niveau d'éducation, l'activité économique ou la situation matrimoniale peut être similaire, on ne peut pas présenter directement les données sur l'éducation ou l'occupation des personnes atteintes de handicaps comme des indicateurs globaux du niveau d'incapacité, étant donné les différences auxquelles donne lieu la définition de ces catégories de personnes. Néanmoins, il est généralement possible, dans ces cas, de faire des comparaisons à l'échelon national ou provincial.

Il ressort de toutes ces constatations que des directives et des normes internationales doivent être établies pour la collecte de données sur les handicaps, afin que les taux obtenus puissent être plus comparables et significatifs, que ce soit à l'échelon national ou entre les pays. Il s'en dégage aussi qu'il convient de continuer à surveiller ces distinctions nationales et l'influence qu'elles ont sur les statistiques concernant les handicaps, afin que les conclusions qui en seront tirées puissent être pleinement comprises et soigneusement interprétées. Comme ces systèmes de statistiques nationaux continuent de produire des données nationales sur les handicaps et figurent dans la base de données internationale DISTAT, le travail de suivi au niveau des concepts, définitions et conclusions continuera d'être une partie essentielle de l'établissement d'études sur les handicaps, tant en termes de progrès méthodologiques qu'en ce qui concerne l'interprétation et l'utilisation des résultats statistiques pour la formulation des politiques ou la planification et

l'évaluation des programmes.

In addition, the importance of the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) for setting statistical standards for the study of ageing and disability, and the need for regular revision and review of the ICIDH by WHO is an essential part of the methodological development in the field of disability. An internationally agreed upon short list of standard ICIDH codes is required for use in national surveys and population censuses, as a way of increasing conceptual clarity and data comparability. The one currently used in DISTAT is for trial purposes and remains to be evaluated and thoroughly reviewed by experts. 11/

Statistical and methodological integration of data collection on the topic of special population groups is also likely to continue so that eventually both ageing and disability are studied simultaneously in a cost-efficient manner or are at least coordinated through the use of survey modules. This might occur through piggy-backing of disability questions on studies of elderly persons; and also raising age groupings of disability studies whenever feasible, up to ages 100+ so that rates of disability among older age groups may be carefully studied.

There is an increased recognition by policy-makers, researchers and programme persons, of disability as a legitimate status rather than as an omen of illness solely needing eradication. This is seen as evidenced by the new international and national policies that have been formulated concerning the rights of people with disabilities. Disability is viewed in the development of policy, legislation and statistics, more often as a natural part of the life-cycle and as a part of virtually everyone's life. Such a revision of perspective and definition has a significant impact on data collection and analysis. First, definitions of disability are changing and becoming more focused upon disabilities. Less emphasis is being placed solely upon severe impairments of body parts and organ function. Second, disability is becoming a more integrated part of a wide range of surveys including surveys of the labour force, households, health and medical, children's surveys and surveys of elderly persons. There is also an increased awareness of the way in which environmental barriers and social attitudes hurt people who are disabled thereby further reducing function and activities of daily living as well as opportunities for participation and integration in family and community life. Because of this, there is also a need for improved questions about environmental restraints and also increased participation of people with disabilities in the planning process of surveys of elderly persons, so that the issues of ageing and disability will be more appropriately linked.

As populations age, their attention to functional abilities and socio-environmental barriers will undoubtedly intensify. Construction of ramps, technical aids with wheels, aids for seeing printed pages, and alternative living arrangements will become increasingly important to society as a whole. The role of statistical information on disablement for planning needed socio-environmental modifications will also increase immensely. In this process, data on disability are likely to become more systematically collected, more comparable and

Un autre aspect essentiel des progrès méthodologiques dans le domaine des handicaps est le rôle important que peut jouer l'ICIDH pour l'établissement de normes statistiques applicables à l'étude du vieillissement et des incapacités, et le fait que l'OMS doit revoir et réviser régulièrement l'ICIDH. Il convient d'établir et d'adopter au plan international une liste abrégée de codes standards de l'ICIDH qui pourra être utilisée dans les enquêtes et recensements de population nationaux, pour permettre ainsi d'améliorer leur précision conceptuelle et la comparabilité de leurs données. La liste actuellement utilisée dans le cadre de la base DISTAT est expérimentale et doit encore faire l'objet d'une évaluation et d'un examen approfondis de la part des experts 11/.

Il est également probable que l'intégration statistique et méthodologique de la collecte des données sur la question des catégories de population spéciales se poursuivra, de telle façon que le vieillissement et les handicaps pourront, à terme, être étudiés simultanément d'une manière rentable ou, au minimum, faire l'objet d'une coordination par le biais de modules utilisés pour les enquêtes. Une façon possible d'y parvenir consisterait à superposer des questions sur les handicaps aux études consacrées aux personnes âgées, et à accroître, chaque fois que cela est possible, les groupes d'âges utilisés dans les études sur les handicaps (pour inclure les personnes âgées de 100 ans et plus), ce qui permettrait d'étudier de près les taux d'incapacité au niveau des groupes d'âges supérieurs.

De plus en plus, les décideurs, les chercheurs et les responsables des programmes reconnaissent que les handicaps ont une légitimité en tant que tels et ne sont pas des signes annonciateurs de maladies qu'il s'agit seulement d'éliminer, comme en témoignent les nouvelles politiques qui ont été formulées au plan international et national en ce qui concerne les droits des personnes atteintes de handicaps. Dans le cadre de l'établissement des politiques, de la législation ou des statistiques, les handicaps sont considérés plus souvent comme une composante naturelle de l'existence et comme faisant pratiquement partie de la vie de tout le monde. Ce changement de perspective et de définition a un important impact sur la collecte et l'analyse des données. Tout d'abord, les définitions évoluent et sont de plus en plus axées sur les incapacités proprement dites. On met moins l'accent sur les seules déficiences graves affectant les parties du corps ou les fonctions corporelles. Ensuite, les incapacités font de plus en plus partie intégrante de toute une série d'enquêtes, notamment celles consacrées à la population active, aux ménages, à la santé et aux soins médicaux, aux enfants et aux personnes âgées. On constate également une prise de conscience croissante de la façon dont les obstacles tenant au milieu et les comportements sociaux portent atteinte aux personnes présentant un handicap, ce qui limite encore plus leurs fonctions et activités quotidiennes, de même que les occasions qu'elles ont de participer et de s'intégrer à la vie familiale et communautaire. Pour ces raisons, il convient en outre d'améliorer les questions relatives aux contraintes tenant au milieu et de faire en sorte que les personnes atteintes de handicaps participent davantage au processus de planification des enquêtes auprès des personnes âgées, pour que les questions du vieillissement et des handicaps puissent être ainsi liées d'une façon plus adéquate.

A mesure que les populations vieillissent, il ne fait pas de doute qu'elles accorderont de plus en plus d'importance aux capacités fonctionnelles et aux obstacles d'ordre social ou environnemental. La construction de rampes d'accès et l'établissement de moyens techniques de secours dotés de roues, d'aides à la lecture d'un texte imprimé ou d'autres modes d'organisation domestique revêtiront une importance croissante pour l'ensemble de la société. De même, le rôle que les informations statistiques sur les handicaps joueront dans la planification des changements nécessaires au plan social ou environnemental

more standardized in its methodology for the production of tabulations and indicators of disability.

#### NOTES

1/ United Nations. Disability Statistics Compendium (ST/ESA/STAT/Ser.Y/4, pp. 32-43).

2/ China Grab, B., Dowd, J.E., and Michael, J.P., "Estimate of Disability-Free Life Expectancy in China" in Fourth Workgroup meeting of the International Research Network for the Interpretation of Observed Values of Health Life Expectancy (REVES), Leiden, Netherlands, June 1992. Original data source: China, National Survey of the Handicapped, 1987. Spain Encuesta Sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías, un primer comentario de los resultados (Survey on Disabilities, Impairments and Handicaps) 1987, Tabla 1, p. 18.

3/ World Health Organization. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), (Geneva, 1981).

4/ A complete review of the many uses of the ICIDH may be found in the World Health Organization journal, World Health Statistics Quarterly, 42, (3), 1989, especially the following two articles: De Kleijn-de Vrankrijker, M. et. al., "The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) - its use in rehabilitation (p. 155) and Chamie, M., "The status and use of the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)", (p. 273).

5/ For example, see United Nations. United Nations Disability Statistics Database, 1975-1986: Technical Manual (ST/ESA/STAT/Ser.Y/3); United Nations Disability Statistics Compendium (ST/ESA/STAT/Ser.Y/4); United Nations Development of Statistics of Disabled persons: Case Studies (ST/ESA/STAT/Ser.Y/2).

6/ ICIDH, 1989, p. 14

7/ United Nations Disability Statistics Compendium, (ST/ESA/STAT/Ser.Y/4).

8/ Subject to tests of statistical significance of the differences, as applied in probability surveys.

9/ United Nations General Assembly resolution 37/52 of 3 December 1982 (A/37/351/Add.1 and A..1/Corr.1, annex, sect. VIII, recommendation, (IV).

10/ United Nations Disability Statistics Compendium, (pp. 30-31).

11/ A United Nations Expert Group on the use of the ICIDH and the Development Disability Statistics, is planned for 1994 and should result in a full review of the proposed ICIDH short

augmentera dans des proportions considérables. Dans le cadre de ce processus, il faut s'attendre à ce que la collecte des données sur les handicaps soit assurée d'une façon de plus en plus systématique, et à ce que ces données soient établies d'une façon plus comparable et suivant une méthodologie plus standardisée, pour permettre ainsi la production de tableaux et d'indicateurs sur les handicaps.

#### NOTES

1/ Organisation des Nations Unies. Disability Statistics Compendium (ST/ESA/Ser. Y/4), p. 32 à 43.

2/ Chine Grab, B., Dowd, J.E., et Michael, J.P., "Estimate of Disability-Free Life Expectancy in China" (Estimation de l'espérance de vie valide en Chine), Quatrième réunion du groupe de travail du Réseau international de recherche sur l'espérance de vie en santé (REVES), Leiden, Pays-Bas, juin 1992. España, Encuesta Sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías, un primer comentario de los resultados (Survey on Disabilities, Impairments and Handicaps) 1987, Tabla 1, p. 18.

3/ Organisation mondiale de la santé, International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), (Geneva, 1981). Ouvrage publié en français sous le titre : Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages (Paris, 1988).

4/ Pour un examen complet des nombreuses applications de la CIDH, on peut se reporter à la revue trimestrielle publiée par l'Organisation mondiale de la santé, World Health Statistics Quarterly, 42, (3), 1989, et à deux articles en particulier : De Kleijn-de Vrankrijker, M. et. al., "The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) - its use in rehabilitation (p. 155) et Chamie, M., "The status and use of the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)", (p. 273).

5/ Voir par exemple : Organisation des Nations Unies, Disability Statistics Database, 1975-1986: Technical Manual (ST/ESA/STAT/Ser.Y/3); Nations Unies. Disability Statistics Compendium (ST/ESA/STAT/Ser.Y/4); Nations Unies. Development of Statistics of Disabled persons: Case Studies (ST/ESA/STAT/Ser.Y/2).

6/ CIDH, 1989, p. 10 (édition française).

7/ Disability Statistics Compendium, (ST/ESA/STAT/Ser.Y/4).

8/ Sous réserve des tests de niveaux de signification des différences qui sont utilisés dans les cadre des enquêtes de probabilité.

9/ Résolution 37/52 adoptée le 3 décembre 1982 par l'Assemblée générale des Nations Unies (A/37/351/Add.1 et A..1/Corr.1, annexe, sect. VIII, recommandation, (IV).

10/ Disability Statistics Compendium de l'Organisation des Nations Unies (p. 30 et 31).

11/ Il est prévu d'établir en 1994 un Groupe d'experts des Nations Unies sur l'utilisation de l'ICIDH et le développement des statistiques concernant les handicaps, ce qui devrait déboucher sur une examen complet de la liste

list (and their embedded detailed codes) for statistical compilation and analysis.

abrégée proposée pour l'iCIDH (et de ces codes détaillés sous-jacents) à des fins d'établissement et d'analyse de données statistiques.

Table 1. Number of countries in each region that measured impairments, disabilities and handicaps according to type, and coded into the ICDH.

ICIDH CODES		AFRICA	N.AMER	S.AMER	ASIA	EUROPE	OCEANIA	TOTAL
<b>Total number of countries</b>		<b>11</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>57</b>
<b>Impairments</b>								
I01	Intelligence-Retardation	3	1	1	8	0	1	14
I02	Other psychological 1	3	0	0	7	3	1	14
I02.9	Other psychological 2	4	2	0	4	4	0	14
I30	Severe communication	5	2	1	11	2	0	21
I39	Other - speech	2	0	0	1	1	0	4
I40-41	Total bilateral hearing loss	5	1	1	9	1	0	17
I49	Other aural	1	0	0	3	4	1	9
I51-52	Total visual loss	6	2	1	12	2	0	23
I54	Profound visual loss	3	0	0	3	2	0	8
I58	Other ocular 1	0	0	0	3	3	1	7
I58.9	Other ocular 2	0	0	0	0	0	0	0
I61	Cardiorespiratory	2	0	0	2	1	1	6
I62	Gastrointestinal	0	0	0	1	1	0	2
I69	Other visceral	0	0	0	1	2	1	4
I70.5	Impairment of posture	0	0	0	3	1	0	4
I71	Mechanical of limb	3	0	0	1	1	0	5
I72	Paralysis of one side	0	0	0	4	0	0	4
I72.3	Bilateral paralysis (lower)	1	0	0	3	0	0	4
I72.9	Other paralysis	2	1	0	9	0	0	12
I74	Other motor of limb	3	1	0	5	1	0	10
I77	Transverse deficiency, upper	1	0	0	5	0	0	6
I78	Transverse deficiency, lower	1	0	0	5	0	0	6
I08	Disfigurement/deformity	3	0	0	6	2	0	11
I09	Other impairment 1	7	3	1	14	4	0	29
I99	Other impairment 2	2	1	1	7	3	0	14
<b>Disabilities</b>								
D10	Self-awareness	0	0	0	0	2	0	2
D11-12	Location in time/space/memory	0	0	0	0	1	0	1
D15	Knowledge acquisition	0	0	0	0	1	0	1
D16	Learning participation	0	0	0	0	1	0	1
D18	Occupational performance	0	2	1	1	5	0	9
D19	Other behaviour	0	0	0	0	2	0	2
D20	Understanding speech	0	0	0	0	0	0	0
D21-22	Speaking/talking	0	1	0	0	2	0	3
D23-24	Listening/hearing	0	1	0	0	6	1	8
D25-27	Seeing	0	2	0	0	3	1	6
D28-29	Other communication	0	0	0	0	3	0	3
D30-31	Excretory difficulty	0	0	0	0	2	0	2
D32	Using the toilet/toileting	0	0	0	0	0	0	0
D33-34	Bathing/other personal hygiene	0	0	0	0	0	0	0
D35-36	Dressing	0	0	0	0	0	1	1
D37-38	Feeding oneself	0	0	0	0	2	1	3
D04	Locomotion	0	1	0	0	5	1	7
D40	Walking	0	0	0	0	2	1	3
D42	Climbing stairs	0	0	0	0	1	1	2
D49	Other locomotor	0	0	0	0	2	1	3
D52	Retrieval	0	0	0	0	1	1	2
D53-57	Body movement	0	1	0	0	3	0	4
D62-66	Dexterity	0	0	0	0	3	0	3
D09	Other functional limitation	0	0	0	1	5	1	7
D99	Other activity restriction	0	1	0	0	6	1	8
<b>Handicaps</b>								
H2.1	Aided independence	0	0	0	0	1	0	1
H2.2-2.3	Adapted independence	0	0	0	0	1	0	1
H2.4-2.8	Special care dependence	0	0	0	0	1	0	1
H3.4	Neighbourhood restriction	0	0	0	0	0	0	0
H3.5	Dwelling restriction	0	0	0	0	1	0	1
H3.7	Chair/bed restriction	0	0	0	0	0	0	0
H7	Other handicap	4	4	1	1	5	2	17

Figure 1. Disability rates by age group based on national surveys of selected countries (1985-1987)  
 Taux d'incapacité selon le groupe d'âge, sur la base des enquêtes nationales sur les handicapés effectuées dans certains pays (1985-1987)

