

BALANCE INTERCANTONALE

Ce chapitre rappelle que certain-e-s résident-e-s neuchâtelois-es bénéficient de prestations offertes par des institutions d'autres cantons, principalement en Suisse romande. Dans l'autre sens, il y a également des résidents hors-canton (HC) qui bénéficient de prestations offertes par les institutions sociales neuchâteloises.

Dans les 93 personnes hébergées hors canton à fin 2022, se trouvent des personnes vivant avec un handicap mental qui y vivent depuis les années 1970 alors qu'il y avait une pénurie de places, en particulier dans le Canton de Neuchâtel. Ces personnes continuent de résider dans les institutions qui sont devenues leur lieu de vie. Depuis lors, le canton a développé son offre et la diversifie afin de mieux répondre aux besoins de sa population.

Cela explique que, dans la figure ci-après, la cohorte du handicap mental représente la grande majorité des hébergements hors canton. Néanmoins sa représentation dans l'ensemble des cohortes semble diminuer dans le temps puisqu'elle était de 65% en 2018 contre 60% en 2022.

Au niveau neuchâtelois, il n'a pas toujours été possible de développer une offre spécifique par rapport à certains besoins particuliers qui concernent un groupe de personnes limité. Par exemple, le canton ne dispose pas de structure particulière pour les personnes vivant avec un handicap sensoriel. De même, s'il a développé une unité pour les personnes gravement cérébrolésées, il n'a pas mis en place une structure spécifique pour des personnes avec des lésions cérébrales moins sévères. Il en résulte la nécessité de pouvoir orienter vers des prises en charge hors canton. Par ailleurs, et au fur et à mesure des années, par manque de places momentanées, certain-e-s bénéficiaires neuchâtelois-es vivant avec un autre type de handicap n'ont trouvé un hébergement adéquat que hors canton.

La ci-dessous résume l'évolution du flux intercantonnel en termes de personnes entre 2017 et 2022. Il est à noter ici que les placements pénaux ne sont pas pris en compte.

Figure 1 : Nombre de résident-e-s neuchâtelois-es hébergé-e-s hors canton

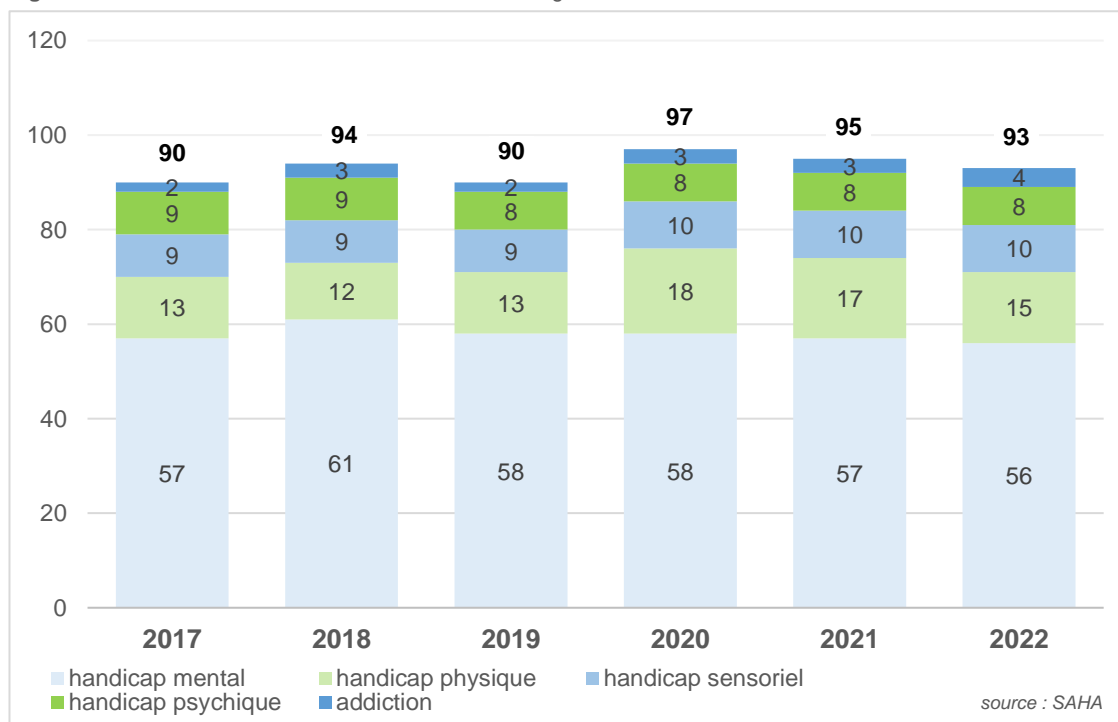
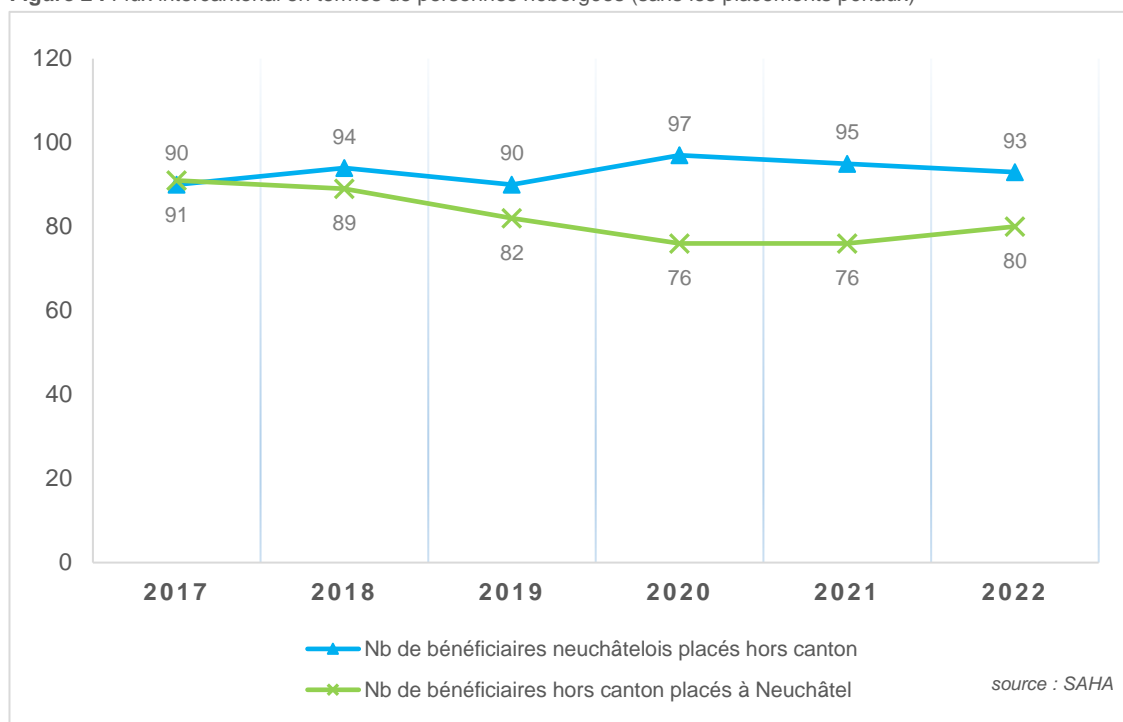


Figure 2 : Flux intercantonal en termes de personnes hébergées (sans les placements pénaux)



Nous pouvons constater, avec ce graphique, qu'en 2017 la balance intercantonale était quasiment nulle. Puis le nombre de hors-canton dans les institutions neuchâteloises a reculé jusqu'en 2020, alors que la tendance pour les Neuchâtelois-es hébergé-e-s hors-canton était plutôt à la hausse.

Les cohortes du handicap physique, sensoriel et psychique montrent des parts approximativement égales. Néanmoins, si la proportion pour le handicap sensoriel est relativement stable, celle du handicap physique est plutôt à la hausse alors que l'inverse est observé pour le handicap psychique. Même si elles ne représentent qu'une infime partie des personnes neuchâteloises placées hors canton, la part des personnes souffrant d'addiction suit une nette tendance à la hausse en passant de 2 à 4%. À noter que les institutions médicalisées hors canton, type « établissements psycho-sociaux médicalisés » dans le Canton de Vaud ne font pas partie de ces statistiques.

Dans le domaine des addictions, il a été convenu que Ressource, spécialisée dans la prise en charge à bas seuil, avait une vocation intercantonale. À ce titre, elle accueille une majorité de personnes venant des cantons voisins¹. Afin de faire face aux besoins croissants de la population neuchâteloise, le nombre de places achetées par le canton a crû durant cette période.

Pour les personnes vivant avec un handicap mental, le nombre de personnes accueillies hors canton reste relativement stable entre 2017 et 2022.

Les cohortes du handicap physique et mixte sont quant à elles relativement stables aux alentours des 15-20%, alors que le handicap psychique et la grande précarité sociale ont des parts très faibles variant entre 0 et 5% des hébergements en provenance d'un autre canton.

Comme nous avons pu le constater, le Canton de Neuchâtel est plutôt utilisateurs des prestations offertes par les cantons voisins. Seules les offres spécifiques et qui n'existent pas en suffisance au niveau romand (foyers pour les personnes avec des comportements DEF1, pour les personnes en situation d'addiction avec une chronicité sévère notamment) sont de nature à attirer des bénéficiaires des autres cantons.

¹ C'est la Fondation Ressource qui possède 9 places pour les Neuchâtelois-e-s et 22 places pour des hors canton.

CARTOGRAPHIE DES PRESTATIONS

La cartographie des institutions sociales neuchâtelaises est présentée dans cette Annexe :

- Fondation Addiction Neuchâtel
- Fondation Alfaset
- Fondation en faveur des adultes en difficultés sociales (FADS)
- Fondation Foyer Handicap
- Fondation les Perce-Neige
- Fondation Ressource

ANNEXES

Annexe 2

CARTOGRAPHIE DES PRESTATIONS : Fondation Addiction Neuchâtel

Infrastructure et site			Prestation		Bénéficiaires	Places
Description de la prestation cantonale	Nom unité	Localité de l'unité	Code de la prestation <i>(selon fiche prestation)</i>	Nombre de jours ouvrables	Type d'handicap	Places disponibles Total
Consultations ambulatoires SI	Ambulatoire des Montagnes	Chaux-de-Fonds	Non-CIIS	env. 260	Addiction et précarité sociale	-
Consultations ambulatoires SI	Ambulatoire du Val de Travers	Fleurier	Non-CIIS	env. 260	Addiction et précarité sociale	-
Consultations ambulatoires SI	Ambulatoire du Littoral - FB5	Neuchâtel	Non-CIIS	env. 260	Addiction et précarité sociale	-
Consultations ambulatoires OH	Ambulatoire des Montagnes	Chaux-de-Fonds	Non-CIIS	env. 260	Addiction et précarité sociale	-
Consultations ambulatoires OH	Ambulatoire du Val de Travers	Fleurier	Non-CIIS	env. 260	Addiction et précarité sociale	-
Consultations ambulatoires OH	Ambulatoire du Littoral - PA7	Neuchâtel	Non-CIIS	env. 260	Addiction et précarité sociale	-
Consultations ambulatoires Jeux d'argent	Ambulatoire des Montagnes	Chaux-de-Fonds	Non-CIIS	env. 260	Addiction et précarité sociale	-
Consultations ambulatoires Jeux d'argent	Ambulatoire du Val de Travers	Fleurier	Non-CIIS	env. 260	Addiction et précarité sociale	-
Consultations ambulatoires Jeux d'argent	Ambulatoire du Littoral - FB5	Neuchâtel	Non-CIIS	env. 260	Addiction et précarité sociale	-
Consultations ambulatoires Ados	Ambulatoire des Montagnes	Chaux-de-Fonds	Non-CIIS	env. 260	Addiction et précarité sociale	-
Consultations ambulatoires Ados	Ambulatoire du Val de Travers	Fleurier	Non-CIIS	env. 260	Addiction et précarité sociale	-

Consultations ambulatoires Ados	Ambulatoire du Littoral - FB5	Neuchâtel	Non-CIIS	env.260	Addiction et précarité sociale	-
Accompagnement sociothérapeutique de jour	Ambulatoire du Littoral - PA7	Neuchâtel	CDJ	env. 260	Addiction et précarité sociale	12
Accueil en réduction des risques et des dommages	Site RDR Le Seuil	Chaux-de-Fonds	Non-CIIS	env. 208	Addiction et précarité sociale	-
Accueil en réduction des risques et des dommages	Site RDR 13 Ouvert	Neuchâtel	Non-CIIS	env. 208	Addiction et précarité sociale	-
Accueil en réduction des risques et des dommages	Ambulatoire du Val de Travers	Fleurier	Non-CIIS	env. 260	Addiction et précarité sociale	-
Accompagnement résidentiel	Site résidentiel du Devens	Saint-Aubin	HO	365	Addiction et précarité sociale	39
ASA	Site résidentiel du Devens	Saint-Aubin	ASA	env. 260	Addiction et précarité sociale	10
Mobilité et liaison	Ambulatoire des Montagnes	2300 La Chaux-de-Fonds	Non-CIIS	env. 260	Addiction et précarité sociale	-
Mobilité et liaison	Ambulatoire du Val de Travers	2114 Fleurier	Non-CIIS	env. 260	Addiction et précarité sociale	-
Mobilité et liaison	Ambulatoire du Littoral - FB5	2000 Neuchâtel	Non-CIIS	env. 260	Addiction et précarité sociale	-
Prévention générale	Prévention	2300 La Chaux-de-Fonds	Non-CIIS	env. 260	Addiction et précarité sociale	-
Prévention par les pairs	Prévention	2300 La Chaux-de-Fonds	Non-CIIS	env. 260	Addiction et précarité sociale	-
Prévention scolaire et formations	Prévention	2300 La Chaux-de-Fonds	Non-CIIS	env. 260	Addiction et précarité sociale	-

ANNEXES

Annexe 2

CARTOGRAPHIE DES PRESTATIONS : Fondation Alfaset

Infrastructure et site			Prestation		Bénéficiaires	Places
Description de la prestation cantonale	Nom unité	Localité de l'unité	Code de la prestation <i>(selon fiche prestation)</i>	Nombre de jours ouvrables	Type d'handicap	Places disponibles Total
Ateliers Historiques	Mécanique	Couvet	AP	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	
Ateliers Historiques	Menuiserie	Couvet	AP	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	
Ateliers Historiques	Conditionnement	Couvet	AP	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	
Ateliers Historiques	Tôlerie industrielle / Serrurerie/	La Chaux-de-Fonds	AP	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	
Ateliers Historiques	Thermolaquage	La Chaux-de-Fonds	AP	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	
Ateliers Historiques	Imprimerie	La Chaux-de-Fonds	AP	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	
Ateliers Historiques						

Ateliers Historiques	Conditionnement machines (Multiservices)	La Chaux-de-Fonds	AP	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	330
Ateliers Historiques	Conditionnement 2 (Multiservices)	La Chaux-de-Fonds	AP	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	
Ateliers Historiques	Conditionnement 3 (Multiservices)	La Chaux-de-Fonds	AP	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	
Ateliers Historiques	Bureautique	La Chaux-de-Fonds	AP	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	
Ateliers Historiques	Cuisine	La Chaux-de-Fonds	AP	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	
Ateliers Historiques	Gérance immeubles	La Chaux-de-Fonds	AP	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mental et/ou physique et/ou sensoriel et/ou dépendance	
Ateliers Historiques	Menuiserie	La Chaux-de-Fonds	AP	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	
Ateliers Historiques	Cafétéria	La Chaux-de-Fonds	AP	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	
Ateliers Historiques	Observation/orientation	La Chaux-de-Fonds	AS	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	

Ateliers Historiques intégrés	Horotec	La Chaux-de-Fonds	AI	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance
Ateliers Historiques intégrés	Felco	Les Geneveys-sur-Coffrane	AI	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance
Ateliers Historiques intégrés	PMP	Neuchâtel	AI	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance
Ateliers Historiques intégrés	Von Bergen	Neuchâtel	AP	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance
Ateliers Historiques	Nivarox (Multiservices)	Neuchâtel	AP	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance
Ateliers Historiques	Numérisation	Neuchâtel	AP	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance
Ateliers Historiques	Multiservices 1	Neuchâtel	AP	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mental et/ou physique et/ou sensoriel et/ou dépendance
Ateliers Historiques	Multiservices 3	Neuchâtel	AP	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance
Ateliers Historiques	Câblage	Neuchâtel	AP	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance

Ateliers Historiques	Multiservices 4	Neuchâtel	AP	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	
Ateliers Historiques	Blanchisserie	Neuchâtel	AP	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	
Ateliers Historiques	Gérance immeubles	Neuchâtel	AP	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	
Ateliers Historiques	Transports	La Chaux-de-Fonds	AP	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	
Ateliers Historiques	Cafétéria	Neuchâtel	AP	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	

Ateliers Partenaires	AP Littoral	Neuchâtel	AS	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	100
Ateliers Partenaires	AP Montagnes	La Chaux-de-Fonds	AS	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	

Centre Neuchâtelois de Réhabilitation psychosociale	CNR Littoral	Neuchâtel	AS	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	32
Centre Neuchâtelois de Réhabilitation psychosociale	CNR Montagnes	La Chaux-de-Fonds	AS	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	
Centre de jour		La Chaux-de-Fonds	CdJ	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	11
Hébergement foyer (sans occupation)	Terreaux	La Chaux-de-Fonds	H	365	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	53
Hébergement foyer (avec occupation)			HO	365	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	
Appartements extérieurs			H/HO	365	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	
Appartements collectifs			H/HO	365	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	
Hébergement foyer (sans occupation)	Guches	Peseux	H	365	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	18
Hébergement foyer (avec occupation)			HO	365	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	

Hébergement foyer (sans occupation)	Battieux	Neuchâtel	H	365	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	18
Appartements extérieurs		Neuchâtel	H	365	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	
Appartements collectifs	Martenet	Neuchâtel	H	365	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	
Accompagnement social ambulatoire		Neuchâtel	ASA	365	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	41
Accompagnement social ambulatoire		La Chaux-de- Fonds	ASA	365	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	
Hors Subvention	Produits orthopédiques	La Chaux-de- Fonds	AP	226-230	majoritairement psychique et difficultés sociales et/ou mentales et/ou physiques et/ou sensorielles et/ou dépendance	12

CARTOGRAPHIE DES PRESTATIONS : Fondation en faveur des adultes en difficultés sociales (FADS)

Infrastructure et site			Prestation		Bénéficiaires	Places
Description de la prestation cantonale	Nom unité	Localité de l'unité	Code de la prestation <i>(selon fiche prestation)</i>	Nombre de jours ouvrables	Type d'handicap	Places disponibles Total
Hébergement avec accompagnement socio-éducatif de base	Hébergement collectif FADS - Littoral et Val-de-Travers	2000 Neuchâtel	H1	365	Adultes en difficultés sociales	10
	Hébergement collectif FADS - Montagnes et Val-de-Ruz	2300 La Chaux-de-Fonds	H1	365	Adultes en difficultés sociales	17
	Studios FADS - Littoral et Val-de-Travers	2000 Neuchâtel	H1	365	Adultes en difficultés sociales	27
	Studios FADS - Montagnes et Val-de-Ruz	2300 La Chaux-de-Fonds	H1	365	Adultes en difficultés sociales	26
	Hôtels partenaires - Littoral et Val-de-Travers	2000 Neuchâtel	H1	365	Adultes en difficultés sociales	12
	Hôtels partenaires - Montagnes et Val-de-Ruz	2300 La Chaux-de-Fonds	H1	365	Adultes en difficultés sociales	12
Hébergement avec accompagnement socio-éducatif intensif	Hébergement collectif FADS - Littoral et Val-de-Travers	2000 Neuchâtel	H2	365	Adultes en difficultés sociales	5
	Hébergement collectif FADS - Montagnes et Val-de-Ruz	2300 La Chaux-de-Fonds	H2	365	Adultes en difficultés sociales	5
	Studios FADS - Littoral et Val-de-Travers	2000 Neuchâtel	H2	365	Adultes en difficultés sociales	4
	Studios FADS - Montagnes et Val-de-Ruz	2300 La Chaux-de-Fonds	H2	365	Adultes en difficultés sociales	4

ASA (coût de la prestation compris dans la prestation H1)	Accompagnement socioambulatoire Littoral et Val-de-Travers	2000 Neuchâtel	H1	251	Adultes en difficultés sociales	51
ASA (coût de la prestation compris dans la prestation H1)	Accompagnement socioambulatoire Montagnes et Val-de-Ruz	2300 La Chaux-de-Fonds	H1	251	Adultes en difficultés sociales	80
Accueil d'une nuit	Hébergement collectif FADS - Littoral et Val-de-Travers	2000 Neuchâtel	H1	365	Personnes sans solution de logement non ressortissantes neuchâtelaises	2
	Hébergement collectif FADS - Montagnes et Val-de-Ruz	2300 La Chaux-de-Fonds	H1	365	Personnes sans solution de logement non ressortissantes neuchâtelaises	1

ANNEXES

Annexe 2

CARTOGRAPHIE DES PRESTATIONS : Fondation Foyer Handicap

Infrastructure et site			Prestation		Bénéficiaires	Places
Description de la prestation cantonale	Nom unité	Localité de l'unité	Code de la prestation <i>(selon fiche prestation)</i>	Nombre de jours ouvrables	Type d'handicap	Places disponibles Total
Hébergement avec occupation	Foyer Handicap Neuchâtel	2000 Neuchâtel	HO	365	Handicap physique, lésions cérébrales	30
Hébergement avec occupation	Foyer Handicap La Chaux-de-Fonds	2300 La Chaux-de-Fonds	HO	365	Handicap physique, lésions cérébrales	30
Unité Accueil temporaire	Foyer Handicap Neuchâtel	2000 Neuchâtel	HO	365	Handicap physique, lésions cérébrales	1
Unité d'accueil de jour ERGO	Foyer Handicap Neuchâtel	2000 Neuchâtel	CDJ	192	Handicap physique, lésions cérébrales	4
Ateliers productifs et occupationnels	Foyer Handicap Neuchâtel	2000 Neuchâtel	AP/AS	1'500 (heures)	Handicap physique, lésions cérébrales	10
Ateliers productifs et occupationnels	Foyer Handicap La Chaux-de-Fonds	2300 La Chaux-de-Fonds	AP/AS		Handicap physique, lésions cérébrales	10

ANNEXES

Annexe 2

CARTOGRAPHIE DES PRESTATIONS : Fondation Les Perce-Neige

Infrastructure et site			Prestation		Bénéficiaires	Places
Description de la prestation cantonale	Nom unité	Localité de l'unité	Code de la prestation <i>(selon fiche prestation)</i>	Nombre de jours ouvrables	Type d'handicap	Places disponibles Total
Maison de Vie et de Santé Couvet	Foyer Belaia	2108 Couvet	HOPCL	365	personnes cérébrólésées sévères	10
Maison de Vie et de Santé Couvet	Foyer Chamarel	2108 Couvet	HO3	365	Handicap mental, polyhandicap et autisme	7
Maison de Vie DEFI Centre Perce-Neige Boudry	Foyer Denali	2017 Boudry	HODEFI2	365	DI + TSA + TPSY	18
Maison de Vie DEFI Centre Perce-Neige Boudry	Foyer Pizol	2017 Boudry	HODEFI2	365	DI + TSA + TPSY	
Maison de Vie DEFI Centre Perce-Neige Boudry	Foyer Cervin	2017 Boudry	HODEFI2	365	DI + TSA + TPSY	
Maison de Vie DEFI Centre Perce-Neige Boudry	Foyer Makalu	2017 Boudry	HODEFI2	365	DI + TSA + TPSY	
Maison de Vie DEFI Centre Perce-Neige Boudry	Foyer Pisco	2017 Boudry	HODEFI2	365	DI + TSA + TPSY	
Maison de Vie DEFI Centre Perce-Neige Boudry	Foyer Kailash	2017 Boudry	HODEFI2	365	DI + TSA + TPSY	
Maison de Vie DEFI Centre Perce-Neige Boudry	Foyer Teide	2017 Boudry	HODEFI2	365	DI + TSA + TPSY	
Maison de Vie DEFI Centre Perce-Neige Boudry	Foyer Chasseral	2017 Boudry	HODEFI2	365	DI + TSA + TPSY	4
Maison de Vie DEFI Centre Perce-Neige Boudry	Foyer Everest	2017 Boudry	HODEFI2	365	DI + TSA + TPSY	
Maison de Vie DEFI Centre Perce-Neige Boudry	Foyer Kilimandjaro	2017 Boudry	HODEFI2	365	DI + TSA + TPSY	8
Maison de Vie DEFI Centre Perce-Neige Boudry	Foyer Moléson	2017 Boudry	HODEFI2	365	DI + TSA + TPSY	

Maison de Vie DEFI Centre Perce-Neige Boudry	Foyer Annapurna	2017 Boudry	HODEFI2	365	DI + TSA + TPSY	
Maison de Vie DEFI - Les Hauts-Geneveys	Foyer Arole	2208 Les Hauts-Geneveys	HO3	365	DI + TSA + TPSY	2
Maison de Vie DEFI - Les Hauts-Geneveys	Foyer Mélèze	2209 Les Hauts-Geneveys	HO3	365	DI + TSA + TPSY	3
Maison de Vie DEFI - Les Hauts-Geneveys	Foyer Epicéa	2210 Les Hauts-Geneveys	HO3	365	DI + TSA + TPSY	4
Foyers Aînés - Les Hauts-Geneveys	Foyer Bambou	2208 Les Hauts-Geneveys	H2	365	DI +TSA	33
Foyers Aînés - Les Hauts-Geneveys	Foyer Orangerie	2208 Les Hauts-Geneveys	H2	365	DI +TSA	
Foyers Aînés - Les Hauts-Geneveys	Foyer Passiflore	2208 Les Hauts-Geneveys	H2	365	DI +TSA	
Foyers Aînés - Les Hauts-Geneveys	Foyer Sequoia	2208 Les Hauts-Geneveys	H2	365	DI +TSA	
Espaces d'animation Aînés Les Hauts-Geneveys	EAA Corail	2208 Les Hauts-Geneveys	CDJ2	223	DI +TSA	29
Espaces d'animation Aînés Les Hauts-Geneveys	EAA Lagune	2208 Les Hauts-Geneveys	CDJ2	223	DI +TSA	
Espaces d'animation Aînés Les Hauts-Geneveys	EAA Anémone	2208 Les Hauts-Geneveys	CDJ2	223	DI +TSA	
Espaces d'animation Aînés Les Hauts-Geneveys	EAA Calypso	2208 Les Hauts-Geneveys	CDJ2	223	DI +TSA	
Foyers Aînés -Les Hauts-Geneveys	Foyer Colombier	2208 Les Hauts-Geneveys	H2	365	DI +TSA	27
Foyers Aînés - Les Hauts-Geneveys	Foyer Opaline	2208 Les Hauts-Geneveys	H2	365	DI +TSA	
Foyers Aînés - Les Hauts-Geneveys	Foyer Pomelo	2208 Les Hauts-Geneveys	H2	365	DI +TSA	
Foyers Aînés - Les Hauts-Geneveys	Foyer Cime	2208 Les Hauts-Geneveys	H2	365	DI +TSA	9
Foyers Aînés - Les Hauts-Geneveys	UAT Adulte	2208 Les Hauts-Geneveys	H1/H2/H3	365	DI +TSA	5
Foyers Aînés - Les Hauts-Geneveys	FATU	2208 Les Hauts-Geneveys	H1/H2/H3	365	DI +TSA	0.35
Service Ambulatoire Adulte - ASA-DOM	SAMBA	2053 Cernier	ASADOM	223	DI / TSA	41.5

Service Ambulatoire Adulte - ASA	SAMBA	2053 Cernier	ASA	223	DI / TSA	
Logements Vallées - Dombresson	Foyer Dombresson	2056 Dombresson	H1	365	DI / TSA	9
Logements Vallées - Cernier	Foyer Cernier	2053 Cernier	H2	365	DI / TSA	5
Ateliers spécialisés - Les Hauts-Geneveys	Atelier K-Lumet	2208 Les Hauts-Geneveys	AS2	223	DI / TSA	35
Ateliers spécialisés - Les Hauts-Geneveys	Atelier Fagots/Services	2208 Les Hauts-Geneveys	AS2	223	DI / TSA	
Ateliers spécialisés - Les Hauts-Geneveys	Atelier Apprêts	2208 Les Hauts-Geneveys	AS2	223	DI / TSA	
Ateliers spécialisés - Les Hauts-Geneveys	Atelier manufacture	2208 Les Hauts-Geneveys	AS2	223	DI / TSA	
Ateliers spécialisés - Les Hauts-Geneveys	Atelier jardin	2208 Les Hauts-Geneveys	AS2	223	DI / TSA	
Espace de formation - Cernier	Unité de formation 3	2053 Cernier	CDJ2	223	DI / TSA	
Espace de formation - Cernier	Unité de formation 4	2053 Cernier	CDJ2	223	DI / TSA	
Ateliers spécialisés – Neuchâtel	Atelier bâtiment	2000 Neuchâtel	AS3	223	DI / TSA	3
Logements Littoral - Neuchâtel	Foyer Petit Pontarlier	2000 Neuchâtel	H1	365	DI / TSA	12
Logements Littoral - Neuchâtel	Foyer Fausses Brayes	2000 Neuchâtel	H1	365	DI / TSA	7
Atelier Montagnes - Chaux-de-Fonds	Atelier Conditionnement	2300 La Chaux-de-Fonds	AS1	223	DI / TSA	45
Atelier Montagnes - Chaux-de-Fonds	Atelier Menuiserie	2300 La Chaux-de-Fonds	AS1	223	DI / TSA	
Atelier Montagnes - Chaux-de-Fonds	Atelier Polyvalent	2300 La Chaux-de-Fonds	AS1	223	DI / TSA	
Atelier Montagnes - Chaux-de-Fonds	Atelier Services	2300 La Chaux-de-Fonds	AS1	223	DI / TSA	
Atelier Montagnes - Chaux-de-Fonds	Atelier Packaging	2300 La Chaux-de-Fonds	AS1	223	DI / TSA	
Atelier Montagnes - Chaux-de-Fonds	Atelier Sérigraphie	2300 La Chaux-de-Fonds	AS1	223	DI / TSA	

Logements Montagnes - Chaux-de-Fonds	Foyer les Forges	2300 La Chaux-de-Fonds	H1	365	DI / TSA	9
Logements Montagnes - Chaux-de-Fonds	Foyer les Fiaz	2300 La Chaux-de-Fonds	H1	365	DI / TSA	10
Atelier Littoral - Neuchâtel	Atelier Polyvalent	2000 Neuchâtel	AS1	223	DI / TSA	34
Atelier Littoral - Neuchâtel	Atelier Montage	2000 Neuchâtel	AS1	223	DI / TSA	
Atelier Littoral - Neuchâtel	Atelier Services	2000 Neuchâtel	AS1	223	DI / TSA	
Atelier Littoral - Neuchâtel	Atelier Créadesign	2000 Neuchâtel	AS1	223	DI / TSA	
Inclusion socioprofessionnelle en entreprise Canton NE	ISPIE	Canton de Neuchâtel	AI	223	DI / TSA	32
Atelier d'inclusion socioprofessionnelle	Polyvert - Parcs & Promenade	2000 Neuchâtel	AS1	223	DI / TSA	
Atelier d'inclusion socioprofessionnelle	Coop	2000 Neuchâtel	AS1	223	DI / TSA	
Atelier d'inclusion socioprofessionnelle	Boulangerie Croissant'Express	2208 Les Hauts-Geneveys	AS1	223	DI / TSA	8
Atelier d'inclusion socioprofessionnelle	Atelier Multimédia	2074 Marin-Epagnier	AS1	223	DI / TSA	13
Atelier d'inclusion socioprofessionnelle	Atelier Médiamatique	2074 Marin-Epagnier	AS1	223	DI / TSA	
Atelier d'inclusion socioprofessionnelle	Boutique et atelier au ç	2000 Neuchâtel	AS1	223	DI / TSA	10
Atelier de formation - Cernier	Unité de formation 1	2053 Cernier	AS2	223	DI / TSA	25
Atelier de formation - Cernier	Unité de formation 2	2053 Cernier	AS2	223	DI / TSA	
Atelier de formation - Cernier	Mise en situation	2053 Cernier	AS2	223	DI / TSA	
Ateliers Vallées - Cernier	Atelier Cafétéria	2056 Cernier	AS1	223	DI / TSA	29
Ateliers Vallées - Cernier	Atelier Manufacture de bougies	2053 Cernier	AS1	223	DI / TSA	
Ateliers Vallées - Cernier	Atelier Arts culinaires	2053 Cernier	AS1	223	DI / TSA	

Ateliers Vallées - Cernier	Atelier Art'gilité	2056 Cernier	AS1	223	DI / TSA	
Ateliers Vallées - Cernier	Atelier Manufacture de savons	2000 Neuchâtel	AS1	223	DI / TSA	
Foyer Hauts-Geneveys	Foyer Meaan	2208 Les Hauts-Geneveys	HO2	365	DI + TSA	12
Foyer Hauts-Geneveys	Foyer Saman	2208 Les Hauts-Geneveys	HO2	365	DI + TSA	
Foyer Hauts-Geneveys	Foyer Taquini	2208 Les Hauts-Geneveys	HO2	365	DI + TSA	
Foyers Espace Perce-Neige - Fleurier	Groupe Badiane	2114 Fleurier	HO3	365	Handicap mental, polyhandicap et autisme	34
Foyers Espace Perce-Neige - Fleurier	Groupe Marjolaine	2114 Fleurier	HO3	365	Handicap mental, polyhandicap et autisme	
Foyers Espace Perce-Neige - Fleurier	Groupe Massala	2114 Fleurier	HO3	365	Handicap mental, polyhandicap et autisme	
Foyers Espace Perce-Neige - Fleurier	Groupe Romarin	2114 Fleurier	HO3	365	Handicap mental, polyhandicap et autisme	
Foyers Espace Perce-Neige - Fleurier	Groupe Safran	2114 Fleurier	HO3	365	Handicap mental, polyhandicap et autisme	
Espaces de jour - Fontainemelon	EDJ Sakhaline	2052 Fontainemelon	CDJ3	223	Handicap mental, polyhandicap et autisme	26
Espaces de jour - Fontainemelon	EDJ Passerelle	2052 Fontainemelon	CDJ3	223	Handicap mental, polyhandicap et autisme	
Espaces de jour - Fontainemelon	EDJ Epinette	2052 Fontainemelon	CDJ3	223	Handicap mental, polyhandicap et autisme	
Espaces de jour - Fontainemelon	EDJ Omorika	2052 Fontainemelon	CDJ3	223	Handicap mental, polyhandicap et autisme	
Espaces de jour - Fontainemelon	EDJ Douglas	2052 Fontainemelon	CDJ3	223	Handicap mental, polyhandicap et autisme	
Espaces de jour - Fontainemelon	EDJ Koyama	2052 Fontainemelon	CDJ3	223	DI + TSA	
Foyer Hauts-Geneveys	Foyer Crique	2208 Les Hauts-Geneveys	H2	365	DI + TSA	8
Foyer Fontainemelon	Foyer Miraï	2052 Fontainemelon	HO2	365	DI + TSA	7
Espaces de jour - Les Hauts-Geneveys	EDJ Métissages	2208 Les Hauts-Geneveys	CDJ2	223	DI + TSA	26

Espaces de jour - Les Hauts-Geneveys	EDJ Eau'trement	2208 Les Hauts-Geneveys	CDJ2	223	DI + TSA	
Espaces de jour - Les Hauts-Geneveys	EDJ Créa'terre	2208 Les Hauts-Geneveys	CDJ2	223	DI + TSA	

ANNEXES

Annexe 2

CARTOGRAPHIE DES PRESTATIONS : Fondation Ressource

Infrastructure et site			Prestation		Bénéficiaires	Places
Description de la prestation cantonale	Nom unité	Localité de l'unité	Code de la prestation <i>(selon fiche prestation)</i>	Nombre de jours ouvrables	Type d'handicap	Places disponibles Total
Accompagnement sociothérapeutique individualisé à bas seuil en milieu résidentiel : Foyer André	Foyer André	La Côte-aux-Fées	HO	365	Handicap psychique, addiction et troubles de la personnalité	21
Accompagnement sociothérapeutique individualisé à bas seuil en milieu résidentiel : Cloche	La Cloche	Buttes	HO	365	Handicap psychique, addiction et troubles de la personnalité	11
Accompagnement social ambulatoire	Foyer André	La Côte-aux-Fées	ASA	260	Handicap psychique, addiction et troubles de la personnalité	21

DÉFINITION DE LA MÉTHODOLOGIE ET APPLICATION

Principales sources d'information utilisées

Source 1 : Enquête auprès des institutions

En tant qu'entités régulièrement en contact avec les bénéficiaires, les institutions sociales sont amenées à exprimer leur appréciation des besoins tant en termes qualitatifs que quantitatifs dans leurs domaines d'activités respectifs. Les différents types de places à disposition durant l'année considérée, mais également l'évolution constatée durant les dernières années, sont recensés. Des propositions de solutions concrètes pour faire face à cette évolution font également partie des prises de position demandées aux institutions. Cette source d'information est importante puisqu'elle permet d'intégrer une expertise par domaine de handicap et une « vision terrain », absente des autres sources d'informations.

Un questionnaire a donc été élaboré pour chacune des institutions sociales du canton, c'est-à-dire : la Fondation Addiction Neuchâtel, la Fondation Alfaset, la Fondation en faveur des adultes en difficultés sociales (FADS), la Fondation Foyer Handicap, la Fondation Perce-Neige et la Fondation Ressource. En complément à ce questionnaire, un entretien avec chacune de ces institutions a été mené pour approfondir certaines thématiques du questionnaire ou en aborder d'autres.

Source 2 : Indicateurs complémentaires

Du côté de la demande, plusieurs services sont utilisateurs des prestations offertes par les institutions sociales neuchâteloises. Dans leur domaine respectif, ils connaissent donc bien les besoins de leurs « client-e-s » et savent donc si le dispositif cantonal est capable de répondre à leurs demandes tant du point de vue quantitatif que qualitatif. Nous pouvons par exemple citer les hôpitaux (tant somatiques que psychiatriques) qui doivent préparer la sortie de leurs patient-e-s (et notamment de celles et ceux qui ne peuvent pas directement rentrer dans leur domicile privé) ou les différents services d'orientation présents dans le canton.

Afin de puiser dans cette source d'information, les services utilisateurs qui ont été consultés (à nouveau tant par un questionnaire que par un entretien) sont les dispositifs d'orientation Jura et Neuchâtel orientent les adultes handicapés (JUNORAH) et l'accueil réseau orientation santé social (AROSS), le centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP), l'office de protection de l'adulte (OPA), l'office cantonal de l'aide sociale (ODAS) et l'office du maintien à domicile (OMDH). En complément, un questionnaire a également été adressé au service pénitentiaire neuchâtelois (SPNE), à Antenne Handicap, Inclusion Handicap, Procap, Proinfirmis, Centrevue, Insieme, Cérébral, fédération suisse des aveugles (FSA), fédération suisse des sourds (FSS), Fondation romande des sourds-aveugles (FRSA) ainsi qu'au service d'aide aux victimes d'infractions (SAVI).

Dans la méthodologie utilisée, c'est cette source d'informations qui a été complétée par une enquête auprès des PVH (voir chapitre 3).

Source 3 : Contrôle du taux d'institutionnalisation

Le taux d'institutionnalisation permet de mettre en relation la population neuchâteloise hébergée, avec sa population de référence, composée, soit des détenteurs-trices de rentes entières de l'AI, soit de la population active neuchâteloise. Lorsque le lien entre résident-e-s d'une institution et rentier-ère-s AI est clairement établi, le taux d'institutionnalisation est calculé par rapport aux bénéficiaires neuchâtelois d'une rente AI entière (population-sœur). Cependant, lorsqu'il n'y a pas de lien étroit entre les bénéficiaires des institutions et les rentier-ère-s AI, ou lorsque la population-sœur n'est pas homogène, le taux d'institutionnalisation est calculé par rapport à la population active du canton.

Le taux d'institutionnalisation contient donc au numérateur le nombre de personnes hébergées d'une cohorte à l'année t et au dénominateur le nombre de personnes dans sa population de référence cette même année t . Le numérateur ne contient que les hébergements « civils », les placements pénaux n'en font pas partie par exemple.

Il est important de noter ici que ces calculs se limitent à la population cible de notre planification, c'est-à-dire les adultes (18 à 64 ans) neuchâtelois-es vivant avec un handicap, souffrant d'addiction

ou en situation de grande précarité sociale. En effet, la très grande majorité des PVH de 65 ans ou plus qui sont en institution l'étaient déjà avant l'âge de la retraite. Il est donc rare qu'une PVH âgée de plus de 65 ans entre en institution sociale pour la première fois.

Source 4 : Scénarii dynamiques

Les scénarii dynamiques représentent une simulation de l'évolution d'une population dans le temps. Dans l'idéal cette population devrait être celle qui a recours aux prestations institutionnelles. Mais tant le nombre de variables à disposition que leurs séries temporelles sont largement insuffisantes pour que ce soit le cas. De plus, la majorité des recours à une de ces prestations sont singuliers et parfois conditionnés à une partie d'information qui peut difficilement être récoltée (un-e potentiel-bénéficiaire peut ignorer une prestation pertinente au point de ne pas la revendiquer, une situation familiale ou un état de santé peut évoluer rapidement, les proches aidant-e-s peuvent s'épuiser,...). Le principe revient donc à étudier le comportement passé d'une population qui suit des mouvements de grande ampleur et détient un lien avec les bénéficiaires de prestations, pour tenter d'en modéliser statistiquement les tendances futures. Ces extrapolations donnent une tendance de moyen terme, car en l'absence de rupture fondamentale le scénario le plus probable est une continuation de la tendance moyenne observée. Cette population est composée des détenteurs-trices d'une rente entière de l'AI et sera nommée « population-sœur » dans ce document.

Tout d'abord, cette population-sœur a été retenue car elle possède un lien très important avec une grande majorité des personnes qui ont recours à des prestations institutionnelles. D'autre part, il existe de nombreuses informations standardisées à son égard ; dont le fait que tous-tes les bénéficiaires ont subi une série d'examen médicaux suite auxquels leur requête a été acceptée et documentée par des critères cliniques. Chaque décision d'octroi de rente est répertoriée avec un code d'infirmité qui renvoie à la cause de l'invalidité et un code d'atteinte fonctionnelle résumant la conséquence de celle-ci. C'est grâce à ces deux variables, en suivant l'algorithme de Wernli, que les différentes cohortes de population-sœur ont été créées.

Ce dont il faut tenir compte ici, c'est que la politique d'octroi des rentes a évolué à travers le temps, notamment par les différentes réformes de l'AI. Un effort particulier a été fait dans la prévention et la réadaptation de l'invalidité pour tenter de minimiser le nombre de rentes octroyées. C'est pour cette raison que deux scénarii, un court et un long, sont envisagés pour la projection de chaque population-sœur, à l'exception de la cohorte « addiction ». En effet, pour cette dernière un changement de jurisprudence en 2019 laisse penser que le scénario court sera le plus probable. Pour le scénario long, c'est le nombre de rentiers des 20 dernières années qui est observé, alors que le scénario court porte sur les 5 dernières années.

Lorsqu'il n'est pas possible de faire un lien entre la population-sœur et les personnes institutionnalisées ou que ce lien est trop faible, c'est la population active qui fait office de population de référence.

Les scénarii dynamiques sont donc clairement orientés vers la demande, en tentant de prévoir de manière exogène aux institutions, comment elle évoluera dans le temps.

Détermination du nombre de places et du volume d'heures de prestations ambulatoires

Dans un premier temps, le lien entre population-sœur et personnes institutionnalisées est observé pour chaque cohorte, en identifiant le nombre de journées d'hébergement effectuées par des rentiers-ères. Si les personnes institutionnalisées de la cohorte sont majoritairement rentières, la population de référence sera la population-sœur. Dans le cas contraire c'est la population active neuchâteloise qui fera office de population de référence.

La cohorte n'étant pas dédiée à un handicap particulier (nommée « handicap mixte » dans le Tableau 1) ne peut pas non plus être reliée à une population-sœur à travers l'algorithme du Prof. Wernli, vu l'hétérogénéité de sa population en termes de handicap.

L'évolution de la population de référence à l'horizon temporel est estimée par les deux régressions linéaires (longue et courte) pour la population-sœur et selon les perspectives démographiques cantonales (scénario haut et bas)² pour la population active. À l'exception de la cohorte « addiction », deux scénarii sont envisagés pour l'ensemble des handicaps.

Le taux d'institutionnalisation observé en 2022 est appliqué à la population de référence anticipée pour 2029, afin d'estimer le nombre de personnes qui pourraient alors être institutionnalisées à cette période.

² <https://www.ne.ch/autorites/DFS/STAT/population/Documents/PerspPopNE2022-2050.pdf>.

Pour les handicaps dont la durée de séjour est inférieure à une année³, un coefficient de pondération est utilisé pour convertir le nombre de personnes institutionnalisées en nombre de places nécessaires. Ce coefficient se compose du nombre de Neuchâtelois-es de 18 à 64 ans qui ont occupé une place en moyenne sur les trois dernières années. Si, en revanche, la durée de séjour est supérieure à une année, alors on considère qu'une place correspond à une personne. Dans ce cas-ci, les indicateurs complémentaires sur l'utilisation de l'offre corrigeront les besoins du nombre de sorties observé en moyenne.

Cette première partie détermine les projections du point de vue purement théorique : il s'agit donc de la dimension « globale » (« sources 3 et 4 ») de la méthode illustrée dans le Tableau 2. Ces projections sont ensuite ajustées par les autres indicateurs complémentaires de l'offre et de la demande, qui permettent d'intégrer une vision plus proche du terrain (« sources 1 et 2 »). Ainsi, en fonction du type de handicap (et donc de la cohorte), les paramètres qui ont une influence directe sur le nombre de places à mettre à disposition vont permettre d'adapter ces projections.

Pour centrer les prévisions sur les besoins du canton, objet de cette planification, le nombre de bénéficiaires neuchâtelois-e-s qui sont hébergé-e-s hors canton depuis plus de 5 ans est déduit des besoins indigènes. En effet, lorsqu'une personne a passé un certain nombre d'années dans une institution hors canton, celle-ci devient son nouveau lieu de vie et il serait déstabilisant de vouloir l'en déraciner. Ces places sont donc à déduire de l'offre cantonale nécessaire.

D'un autre côté, des résident-e-s d'autres cantons bénéficient de prestations dans les institutions neuchâteloises : ces places, qui ne peuvent pas être occupées par des Neuchâtelois-es, doivent donc être additionnées aux besoins de la population indigène.

L'utilisation actuelle des structures permet d'identifier les prestations pour lesquelles l'offre est saturée. Un indicateur pour ajuster théoriquement le taux d'occupation à 80%⁴ vient donc corriger le nombre de places à la baisse ou à la hausse en fonction d'une éventuelle sous ou suroccupation des structures. Le détail pour les calculs du taux d'occupation se trouve dans la section suivante.

Les dispositifs d'orientation viennent également compléter les projections : il est ainsi possible de savoir combien de personnes sont en liste d'attente pour une prestation, voire combien de prises en charge alternatives ont été mises en place dans l'attente d'une solution plus adéquate, donc combien d'orientations sont provisoires. Cette situation se vérifie par exemple lorsqu'un hébergement doit être fait de manière relativement urgente, mais qu'aucune place n'est disponible dans l'institution adéquate. La personne peut être placée de manière temporaire ou définitive dans une autre institution ou en EMS, particulièrement dans le domaine du handicap physique, voire dans une moindre mesure dans celui du handicap psychique.

Lorsque les parents d'une PVH atteignent un certain âge, il leur devient difficile de continuer à s'occuper de leur enfant à domicile. Comme c'est très souvent le cas pour les personnes externes (en centre de jour ou en atelier) qui vivent avec un handicap mental, les situations conduisent fréquemment à une demande d'hébergement (hébergement simple ou avec occupation). C'est la raison pour laquelle, l'âge des parents de bénéficiaires d'une place d'externat est intégré aux projections quand faire se peut.

Dans le domaine de l'addiction et de la psychiatrie, une partie de la demande est constituée par des placements pénaux, certain-e-s condamné-e-s pouvant faire une partie de leur peine dans une institution destinée à traiter leur problématique. Ces placements ordonnés et financés par la justice sont indépendants du nombre de rentiers-ères AI, raison pour laquelle ils sont intégrés aux indicateurs complémentaires dans le domaine des dépendances, mais qu'ils ne sont pas inclus dans le calcul des taux d'institutionnalisation.

Pour les heures de prestations ambulatoires, la projection des besoins par handicap est effectuée par régression linéaire. Le scénario long considère le volume de prestations des 10 dernières années (depuis l'introduction de la prestation d'accompagnement ambulatoire) et, le scénario court, les 6 dernières années disponibles lors de l'élaboration de ce rapport.

³ La durée médiane de séjour 2018-2023 (dernier horizon temporel de planification) est utilisée

⁴ Lorsque c'était l'OFAS qui finançait ces structures (période pré-RPT), le 100% des places était financé jusqu'à une occupation du 80% des prestations.

Calcul des taux d'occupation

Dans ce rapport, les taux d'occupation sont calculés pour les années 2018, 2020 et 2022, permettant de suivre l'évolution du degré d'utilisation des prestations depuis la dernière planification. Ces taux se réfèrent aux places agréées par le SAHA au 31 décembre de chaque année considérée.

S'agissant de l'hébergement et de l'hébergement avec occupation, ce sont les journées civiles réalisées qui sont utilisées, se composant de toutes les nuitées effectivement passées dans l'institution d'une part, et des nuitées réservées (parce que le-la bénéficiaire est à l'hôpital, en congé ou en vacances, etc.) d'autre part, durant lesquelles il est impossible d'affecter une chambre à un nouveau ou une nouvelle bénéficiaire. De plus, un temps de latence est de fait à prendre en considération entre le départ d'un-e bénéficiaire et l'occupation effective de la même place par un nouveau ou une nouvelle bénéficiaire, pour des raisons de remise en état de la chambre, de démarches administratives, etc. Ainsi, la capacité résiduelle qui découle de ce taux d'occupation ne reflète pas de manière exacte le potentiel disponible. Un taux d'occupation de 95% peut déjà être considéré comme une utilisation intégrale de la capacité, selon la taille de l'institution.

En ce qui concerne les centres de jour, seules les journées de présences réalisées permettent de calculer le taux d'occupation ; les cas d'absence, justifiés ou non, n'entrent pas dans le calcul et exercent donc une influence négative sur ce taux, car l'attribution d'une place à un-e autre usagère n'est pas possible dans un délai relativement court. Le degré d'utilisation des centres de jour est de toute façon moins élevé que celui de l'hébergement, même si dans certains cas, la souplesse de l'offre permet qu'une place supplémentaire soit octroyée à une personne externe en cours d'année, alors qu'elle n'était pas prévue lors de la négociation du subventionnement annuel, évalué en fonction du nombre de places prévues.

Pour les ateliers, les heures effectives payées aux employé-e-s vivant avec un handicap forment la base du calcul du taux d'occupation. Le potentiel annuel d'heures en atelier pour une institution est calculé en fonction du nombre total d'heures possibles en une année ou en fonction des normes OFAS lorsque cette information n'est pas disponible (1'200 heures pour la cohorte du handicap psychique et 1'500 pour les autres cohortes⁵). Selon les capacités résiduelles de travail des bénéficiaires, le taux d'activité peut varier de cette norme, l'effet sur le taux d'occupation étant similaire à celui qui est décrit ci-dessus pour les centres de jour. De fait, entre cette réalité et la multitude de situations de bénéficiaires engagé-e-s à temps partiel, la détermination du nombre de places d'occupation peut se révéler parfois ardue : les institutions ont leurs propres pratiques en fonction de la gravité du handicap.

Dans les centres de jour et les ateliers, le nombre de places n'est pas aussi figé que dans l'hébergement, raison pour laquelle les taux peuvent parfois dépasser les 100% : il est en effet plus aisé d'intégrer une personne supplémentaire dans un atelier ou un centre de jour existant que de créer une place d'hébergement supplémentaire.

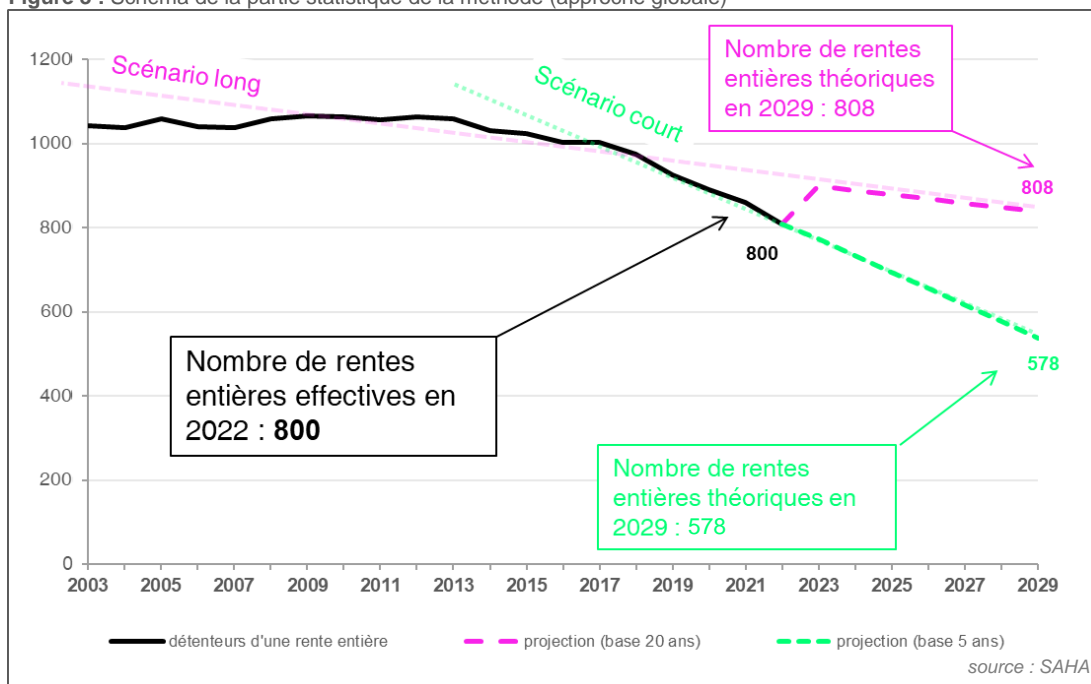
⁵ Office fédéral des assurances sociales (2006), Circulaire sur les subventions pour l'exploitation des ateliers d'occupation permanente pour handicapés, Berne, p. 21

Application de la méthode

Ce point permet d'illustrer les étapes de la méthode Wernli pour une cohorte théorique et comment la méthode est appliquée concrètement, pas après pas.

La figure ci-dessous illustre la dimension globale de la méthodologie.

Figure 3 : Schéma de la partie statistique de la méthode (approche globale)



Comme dans notre exemple le nombre de journées effectuées par des rentiers-ères est majoritaire sur les 5 dernières années, c'est la population-sœur (détenteurs-trices d'une rente entière) qui fera office de population de référence pour cette cohorte.

Ici, le scénario long montre la régression du nombre de rentiers-ères sur les 20 dernières années qui devrait atteindre 808 personnes en 2029. Le scénario court, qui se base sur les observations de ces 5 dernières années anticipe quant à lui 578 rentiers en 2029. Cette partie est nommée « scénarii dynamiques » (source 4).

À ce nombre de rentiers-ères prévu, nous allons appliquer le taux d'institutionnalisation observé en 2022. Émettons l'hypothèse que le taux d'institutionnalisation pour cette cohorte est de 74.8%. Nous aurions selon ces projections un besoin en place qui varierait entre 432 ($578 \times 74.8\%$) et 604 places ($808 \times 74.8\%$). En admettant qu'il existe 500 places dans le canton pour cette cohorte, cela signifierait que du point de vue purement statistique, le volume devrait varier entre la baisse de 68 places et la hausse de 104 places d'ici l'horizon temporel de planification.

C'est là qu'interviennent les indicateurs complémentaires de l'offre et de la demande (dimension locale) afin d'ajuster les projections statistiques aux réalités cantonales auxquelles est confrontée cette cohorte. Ainsi comme l'illustre le tableau ci-dessous, les indicateurs pertinents pour cette cohorte vont venir ajuster les projections statistiques.

Le tableau ci-dessous illustre l'ensemble des indicateurs utilisés, lorsqu'ils sont pertinents pour la cohorte en question.

Tableau 1 : Paramètres d'ajustement aux spécificités cantonales (approche locale)

Handicap fictif : hébergement	Scénario bas	Scénario haut
Projection statistique en fonction de la population de référence	- 68	+ 104
Personne placée HC depuis plus de 5 ans	- 12	
Hors canton placé dans le Canton de Neuchâtel	+ 5	
Vieillessement de la population en institution sociale	+3	
Externes qui deviennent internes	+ 2	
Liste d'attente JUNORAH	+ 4	
Sorties de l'école spécialisée (d'ici 2029)	+ 1	
Placement pénal	+ 1	
Utilisation actuelle des structures	+ 5	
Sorties moyennes 2018-2023	- 2	
Besoin en place d'accueil d'ici 2029 :	- 61	+ 111

source : SAHA

Une fois que les projections théoriques ont été ajustées aux réalités, c'est la moyenne entre le scénario haut et le scénario bas qui est retenu dans un premier temps. Selon l'exemple théorique ci-dessus, ce serait donc une augmentation de 25 places (en prenant la moyenne entre (-61) et (+111) du tableau) qui serait nécessaire à terme.

Cette démarche est donc menée tant pour les structures d'hébergement que pour celles d'occupation de l'ensemble des cohortes faisant l'objet de ce rapport. Pour rappel, cela concerne la cohorte du handicap mental, du handicap physique, du handicap sensoriel, du handicap psychique, de la grande précarité sociale et de l'addiction.

En ce qui concerne les prestations socioambulatoires (ASA/ASADOM), c'est la régression selon deux séries temporelles qui permet d'aboutir au scénario haut et au scénario bas. La première série correspond à l'introduction de la prestation ASA dans les institutions neuchâtelaises (2013-2022) et la seconde au dernier horizon temporel de planification (2017-2022). Ces projections sont menées pour chaque cohorte qui dispose d'une telle prestation.

DÉFINITIONS ET MESURE DU HANDICAP

Les conceptions du handicap et la manière dont la société humaine a traité ce phénomène ont beaucoup évolué au fil du temps. D'un modèle individuel (ou médical) issu de l'approche biomédicale qui cherche à « guérir » ou du moins à réadapter la personne à la société vers un modèle social qui vise plutôt l'autonomisation en favorisant d'une part les capacités restantes et en supprimant d'autre part toutes les barrières physiques ou sociales. Globalement, les deux approches classiques se distinguent suivant que l'on focalise la problématique du handicap sur l'individu ou sur la société. Selon Rioux (1997), chaque approche implique des visions spécifiques en termes de traitement, de prévention ou de responsabilité sociale.

Tableau 2 : Organisation et lignes directrices des modèles en termes de traitement, de prévention et de responsabilité sociale

		Traitement	Prévention	Responsabilité sociale
Modèle individuel	Approche biomédicale	Guérison par des moyens médicaux ou technologiques	Intervention biologique ou génétique, dépistage prénatal	Éliminer ou guérir le handicap
	Approche réadaptative	Services de réadaptation fonctionnelle	Diagnostic précoce et traitement	Améliorer et procurer du confort
Modèle social	Approche environnementale	Accessibilisation, adaptation, contrôle individuel accru des services et des soutiens	Élimination des barrières sociales, économiques et physiques	Élimination des obstacles à l'insertion
	Approche sociopolitique	Reformulation des règles politiques, économiques et sociales	Reconnaissance de la situation de handicap comme inhérente à la société	Réduire les inégalités dans les droits, accès à une pleine citoyenneté

source : Ravaud (2001)

À partir des années 80 une troisième approche va plus loin dans la prise en compte de l'interaction entre les différents facteurs conduisant à la situation de handicap. Celle-ci, qu'on appelle « processus de production du handicap » (ou PPH) se veut intégrative et dynamique, tentant de dépasser le déterminisme individuel du modèle médical et le déterminisme externe du modèle social.

Le regard des Nations Unies sur le handicap est donc passé d'une approche basée sur la protection des personnes vivant avec un handicap à une approche basée sur les droits de ces personnes. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) parle de handicap lorsqu'un problème de santé affecte les fonctions et structures anatomiques de la personne (déficiences), sa capacité à réaliser certaines activités (limitations d'activité) ou ses performances dans son environnement social (restrictions de participation). Le handicap n'est donc pas seulement un problème biologique, mais également un problème social, qui survient lorsqu'une personne ne peut pas réaliser les activités élémentaires de la vie humaine ou participer pleinement à la société pour une raison de santé.

Comme ces différentes approches, le cadre légal n'identifie pas les mêmes personnes comme « handicapées » et évolue également au fil du temps. Ainsi, la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) qui s'inspire plutôt du modèle individuel vise principalement à améliorer ou à préserver la capacité de gain totalement ou partiellement perdue et s'arrête à l'âge de la retraite, alors que la loi sur l'égalité pour les personnes handicapées (LHand) repose plutôt sur le modèle social et décrit le handicap comme une limitation ou des restrictions à la pleine participation de la personne. Nous pouvons encore noter que certaines mesures exigées par la LHand pourront être bénéfiques à

d'autres groupes qu'uniquement aux personnes vivant avec un handicap⁶, contrairement aux mesures qui ressortent du modèle individuel.

À l'instar de la conception du handicap et du cadre légal s'y référant, la statistique publique utilise différentes définitions du handicap qui ne se recoupent que partiellement. Par exemple, une personne avec des troubles de la vue très importants qui exerce une activité professionnelle standard ne touchera pas une rente d'invalidité. De même, si son environnement est adapté et qu'elle a appris à y évoluer normalement, elle se considérera peut-être comme pas du tout restreinte dans sa participation. La mesure du nombre de personnes vivant avec un handicap ne dépend pas seulement de la définition

choisie. Elle résulte également de la limite qu'on définit entre « handicap » et « non-handicap » (la vie est en effet composée d'une succession d'événements dans lesquels chaque personne se trouve avec peu, pas ou beaucoup de handicap). La structure démographique (âge, sexe,...) de la population étudiée influence également la prévalence du handicap. De même que la typologie de l'enquête utilisée (relevé exhaustif, échantillonnage, caractéristiques de l'échantillon, limites d'âge, mode d'interview, inclusion ou non des personnes vivant dans des ménages collectifs,...).

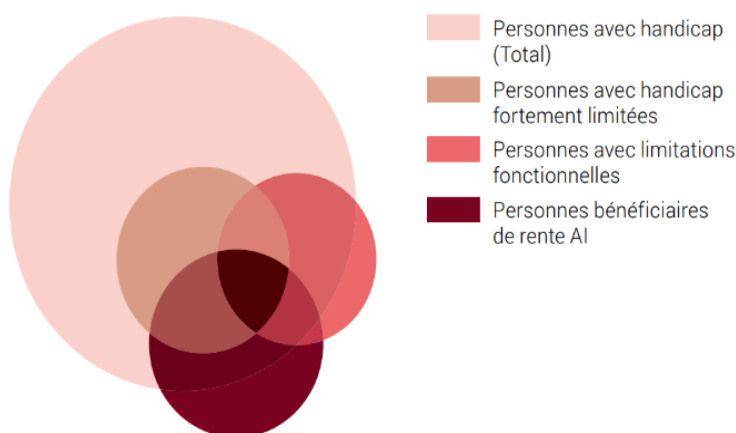
Il n'existe en Suisse aucun registre ni enquête exhaustive renseignant sur le nombre de personnes vivant avec un handicap. Néanmoins, plusieurs enquêtes par échantillon permettent d'estimer ce nombre de personnes selon plusieurs définitions. Même si ces statistiques sont de bonne qualité, leur nature fait qu'il y a certaines variations qui ne peuvent pas être expliquées. De plus, la population cible de ces enquêtes est celle de 15 ans et plus vivant en ménage privé et il n'existe plus depuis 2015 de statistique fédérale sur les personnes vivant dans des institutions sociales pour adultes (voir chap 4.1).

Voici néanmoins quelques statistiques publiques disponibles tant au niveau fédéral qu'au niveau européen. La source de données la plus complète et polyvalente disponible à l'heure actuelle sur le handicap est certainement l'enquête suisse sur la santé (ESS). Réalisée tous les 5 ans, cette enquête porte sur la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé et dispose d'un échantillon suffisamment large⁷ pour mesurer des situations relativement rares comme le sont de nombreux handicaps au sens médical du terme. Mais elle est surtout particulièrement intéressante car elle permet de mesurer le handicap selon la définition de la statistique de l'égalité mais aussi selon plusieurs autres approches (médicale, sociale, administrative et en termes de besoin d'aide).

Figure 4 : Part de la population selon les différentes définitions du handicap (2017)

Population de 18 à 64 ans vivant en ménage privé

G2



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2020

⁶ Lorsqu'on rend accessible les transports publics, ça ne profite pas uniquement aux personnes à mobilité réduite, mais également à quelqu'un qui est avec une poussette par exemple. L'installation de barrières avant un passage piéton pour rendre les personnes aveugles ou malvoyantes attentives au danger (vu le faible bruit des véhicules électriques) ne serait pas que bénéfique pour ces dernières mais également pour des enfants qui pourraient traverser imprudemment la route.

⁷ Pour sa propre utilisation, les cantons ont la possibilité d'acheter un sur-échantillonnage à l'OFS. C'est ce qu'a fait le Canton de Neuchâtel depuis plusieurs relevés maintenant.

En prenant les définitions qui reposent plutôt sur le modèle individuel, l'ESS mesure par exemple le nombre de personnes avec limitation fonctionnelle. Selon cette enquête, le Tableau 4 illustre le pourcentage de la population suisse qui y est confrontée, en la distinguant par type de limitation. Ainsi en 2017, il est considéré que 4.4% de la population suisse vivant en ménage privé fait face à une limitation fonctionnelle, qu'elle soit partielle ou complète.

Tableau 4 : Nombre de bénéficiaires d'une rente ou d'une autre prestation de l'AI

2019	En %	Nombre de personnes
Personnes bénéficiaires de prestations de l'AI ¹	5,9% ²	409 000
Personnes bénéficiaires de rentes d'invalidité	4,0% ³	218 000

¹ Mesures d'intégration, rentes d'invalidité ou allocations pour impotence

² Part de la population assurée (0 an – âge de la retraite)

³ Part de la population assurée (18 ans – âge de la retraite)

Tableau 3 : Personnes avec limitations fonctionnelles

2017	En %	Nombre de personnes
Personnes avec limitations fonctionnelles (selon la méthodologie du Washington Group)	4,4%	309 000
Limitation importante ou complète		
Ouïe	1,1%	78 000
Locomotion	1,0%	67 000
Parole	0,4%	28 000
Vue	1,1%	77 000
Mémoire et concentration	1,7%	123 000
Limitations dans les activités de la vie quotidienne (ADL)	1,1%	75 000

Source : OFS, ESS 2017

Un autre indicateur qui relève de l'approche individuelle est le nombre de personnes qui sont considérées comme invalides au sens de l'AI⁸ ou qui bénéficient tout simplement d'une prestation de l'AI. Au niveau des assurances sociales,

Cette statistique administrative, qui a donc un caractère exhaustif, permet par exemple de mesurer le nombre de personnes qui bénéficient d'une prestation de l'AI. Nous pouvons donc constater ici que la rente est la prestation de l'AI à laquelle la population fait le plus recours.

Du côté des statistiques publiques qui reposent plus sur la conception sociale du handicap, l'Office fédéral de la statistique (OFS) définit la personne vivant avec un handicap comme une personne qui a un problème de santé durable et qui se sent limitée (fortement ou pas) dans les activités de la vie ordinaire.

Au sens de la loi sur l'égalité⁹, c'est donc la statistique SILC¹⁰ qui est utilisée pour mesurer le nombre de personnes vivant avec un handicap en Suisse. Cette dernière fournit donc de précieuses informations en matière d'inclusion sociale et est particulièrement utile en termes de comparaison internationale, puisque plus de 30 pays l'utilisent actuellement en Europe. L'enquête est annuelle et concerne les personnes de 16 ans et plus vivant en ménage privé. Ici encore, les personnes qui vivent en institution sociale ne sont pas prises en compte dans cette statistique.

En Suisse, on peut donc estimer à 22.5% le nombre de personnes vivant avec un handicap. Ceci en considérant toutes les personnes de 16 ans et plus qui vivent dans un ménage privé. Si on n'estime que les personnes fortement handicapées, cette proportion passe à 5%.

Tableau 5 : Personnes avec un handicap au sens de la loi sur l'égalité

2018	En %	Nombre de personnes
Personnes avec handicap fortement limitées	5,0%	347 000
Personnes avec handicap, limitées mais pas fortement	17,2%	1 204 000
Total de personnes avec handicap	22,2%	1 551 000

Source : OFS, SILC

⁸ Au sens de l'AI, il y a invalidité lorsqu'une personne ne peut pas exercer d'activité lucrative ou ne peut le faire que partiellement en raison d'une atteinte à sa santé physique, psychique ou mentale.

⁹ Loi sur l'égalité pour les personnes handicapées (LHand, RS 151.3)

¹⁰ Statistics on Income and Living Conditions

En complétant les résultats de cette enquête, l'OFS a dressé un tableau qui permet d'estimer le nombre de personnes vivant avec un handicap en Suisse. Selon les derniers chiffres disponibles, il est considéré¹¹ qu'environ 20% de la population suisse vit avec un handicap, dont 4% est fortement limitée.

Figure 5 : Estimation du nombre de personnes handicapées

	TOTAL	AVEC LIMITATIONS FORTES
Ménages privés		
Adultes (16 ans et plus) ¹	1 572 000	339 000
Enfants (0-14 ans) ²	52 000	8 000
Ménages collectifs		
Etablissements pour personnes handicapées (sans problèmes de dépendance ou psycho-sociaux) ³	44 308	44 308
... dont internes ⁴	25 512	25 512
Home médicalisé ou pour personnes âgées: 0-64 ans ⁵	6 100	6 100
Home médicalisé ou pour personnes âgées: 65 ans et plus ⁵	113 938	113 938
Autres ménages collectifs (foyers d'étudiants, prisons, etc.)	inconnu	inconnu
Total (estimation, double comptages possibles)	1 788 000	511 000

1 SILC 2021. Personnes handicapées au sens de la loi sur l'égalité.

2 ESS 2017. Selon la personne adulte interrogée. La méthode utilisée pour extrapoler le nombre d'enfants avec handicap a été révisée (décembre 2019).

3 SOMED 2015. Total des personnes sur l'année (une personne peut représenter plusieurs clients).

4 SOMED 2014. Personnes avec place d'hébergement.

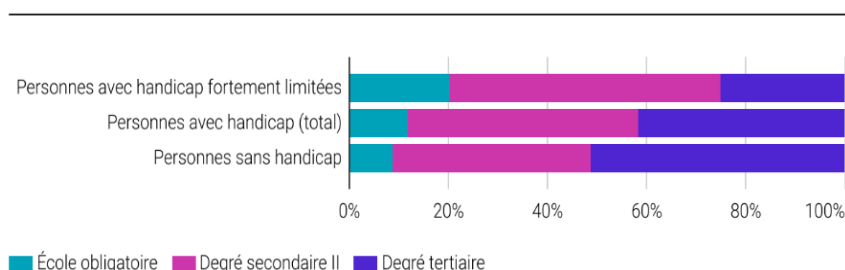
5 SOMED 2021. Seulement les personnes en séjour de longue durée.

Sources: OFS - Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC), Statistique des institutions médico-sociales (SOMED), Enquête suisse sur la santé (ESS)

La figure suivante permet d'illustrer que le niveau de formation est inversement proportionnel au degré de handicap.

Figure 6 : Niveau de formation des personnes avec et sans handicap en 2021

Population de 25 à 64 ans vivant en ménage privé



Ainsi, la part des personnes sans handicap qui a terminé une formation obligatoire est de 8.7%, contre 51.1% pour celle qui a terminé une formation tertiaire.

Source: OFS - Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC)

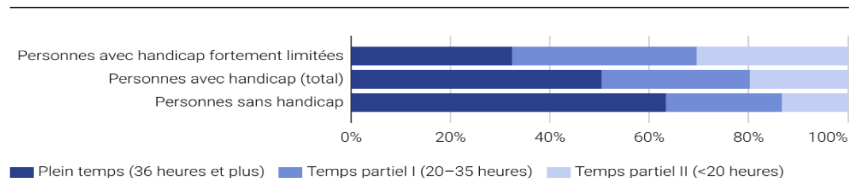
© OFS 2023

des personnes fortement limitées qui ont arrêté leur formation à l'école obligatoire est de 20.4%, contre 25.1% pour celles qui ont finalisé une formation de degré tertiaire.

Parmi les personnes avec handicap en âge de travailler (18-64 ans), plus de deux tiers participent au

Figure 7 : Taux d'occupation des personnes avec et sans handicap en 2021

Population active occupée de 16 à 64 ans vivant en ménage privé



Source: OFS - Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC)

© OFS 2023

¹¹ Ici, la population résidente permanente 2021 a été prise comme population de base. Selon l'OFS, elle était 8'738'791 habitant-e-s.

marché du travail : 68% occupent un emploi et 5% sont au chômage, soit 73% d'actifs (valeurs 2021).

Ces chiffres révèlent un fort engagement des personnes vivant avec un handicap dans la vie professionnelle. Même parmi les personnes fortement limitées, la moitié est professionnellement active occupée (51%). Cet engagement est toutefois moindre que celui des personnes sans handicap (88%).

Les personnes vivant avec un handicap occupent en général un poste avec un taux d'activité inférieur au reste de la population. On peut donc estimer que sur leur ensemble, 50% travaillent à taux partiel. Cette proportion monte même à 67% pour les personnes fortement limitées, alors qu'elle n'est que de 37% pour le reste de la population.

La mesure du niveau de satisfaction peut également être un indicateur important en matière d'égalité pour les personnes vivant avec un handicap.

Nous pouvons grâce à cette figure que les personnes qui vivent avec un handicap sont moins satisfaites dans la vie, particulièrement pour celles qui sont fortement limitées qui montrent une satisfaction de 20% inférieure au reste de la population suisse.

Figure 8 : Personnes actives occupées avec et sans handicap

Population de 16 à 64 ans vivant en ménage privé

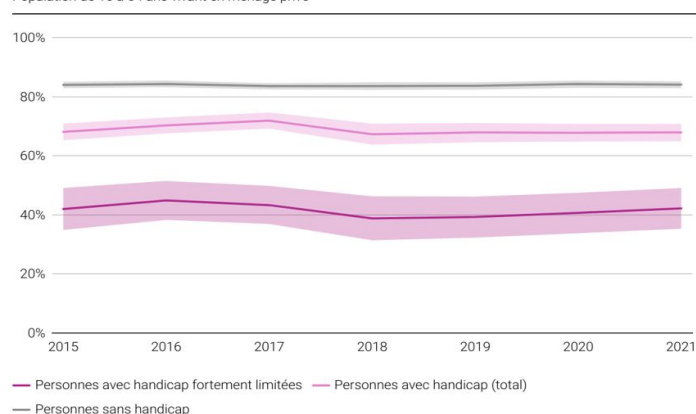
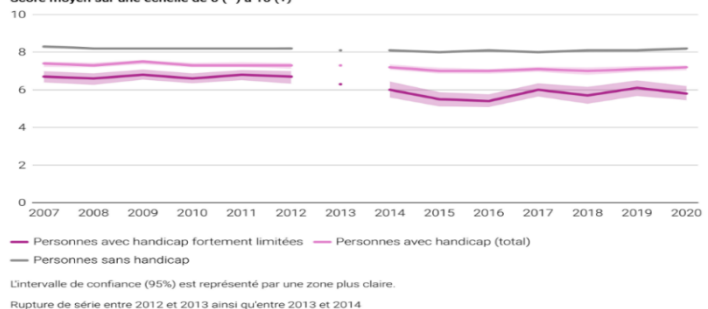


Figure 9 : Satisfaction dans la vie des personnes avec et sans handicap

Population de 16 à 64 ans vivant en ménage privé

Score moyen sur une échelle de 0 (-) à 10 (+)



Source : OFS, SILC

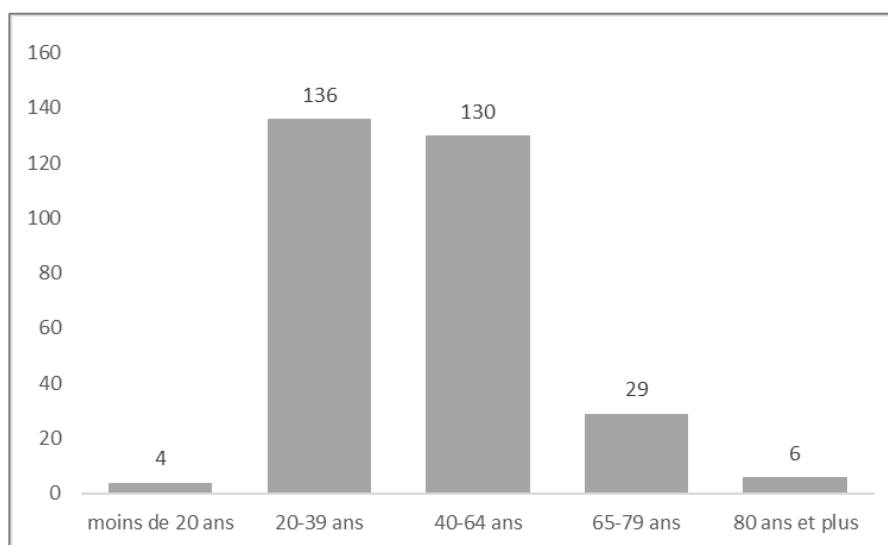
ENQUÊTE AUPRÈS DES PERSONNES VIVANT AVEC UN HANDICAP

1.1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES RÉPONDANT-E-S

Sur l'ensemble des répondant-e-s, il y avait 52% de femmes contre 45% d'hommes¹². Parmi eux/elles, 277 (ou 91%) habitaient dans le Canton de Neuchâtel pour 23 réponses (ou 8%) qui nous sont parvenues d'une personne domiciliée hors canton (la différence concerne les individus qui n'ont pas souhaité répondre à cette question. Toutes les figures de cette annexe sont tirées des résultats de l'enquête neuchâteloises auprès des PVH.

Comme nous pouvons le voir sur la figure ci-dessous, l'âge des participant-e-s a été réparti en cinq classes.

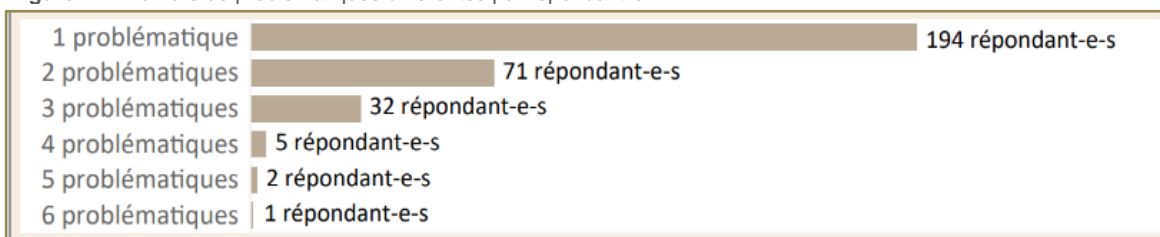
Figure 10 : Nombre de répondant-e-s par classe d'âge



Parmi ces répondant-e-s, 144 (ou 47%) ont indiqué avoir reçu de l'aide pour remplir le questionnaire, contre 161 (ou 53%) qui ont répondu dans la négative.

Le/la participant-e avait la possibilité de mentionner plusieurs problématiques qui le limitaient dans la vie de tous les jours, en les classifiant par ordre d'importance si plus d'une était énoncée. Les deux premiers graphiques ci-dessous portent sur l'ensemble des limitations citées. Le troisième illustre celle considérée prédominante, qui définira le handicap principal du répondant.

Figure 11 : Nombre de problématiques différentes par répondant-e

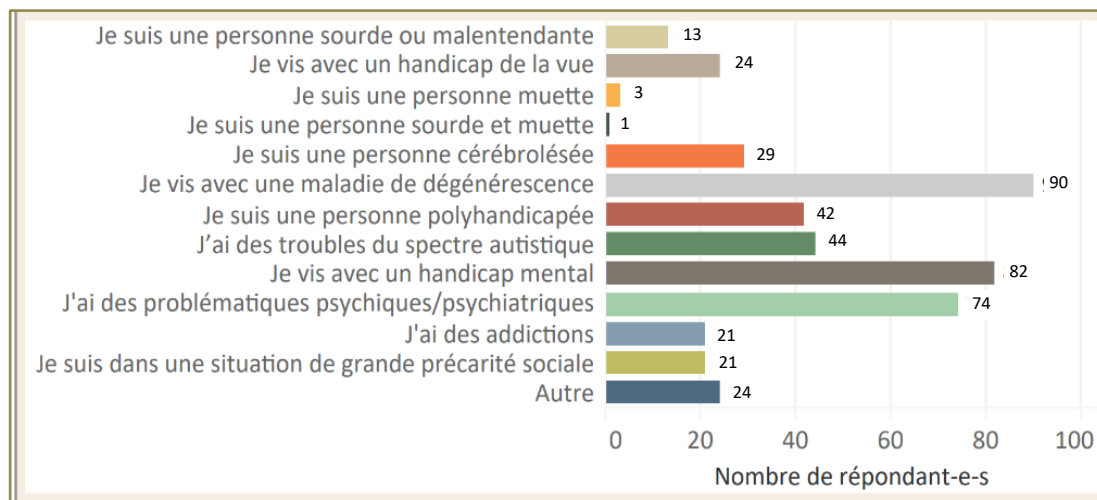


Environ deux tiers (64%) des participant-e-s ont mentionné une seule limitation, contre un peu plus d'un tiers (34%) entre deux et trois. La part des individus ayant indiqué 4 problématiques ou plus représente quant à elle 3% des répondant-e-s environ

¹² Les répondant-e-s pouvaient choisir de ne pas préciser leur genre.

Les différentes limitations qui pouvaient être sélectionnées sont présentées dans la Figure 5 ci-dessous. Une catégorie « Autre » permettait à l'individu d'indiquer une raison différente de celles qui étaient proposées.

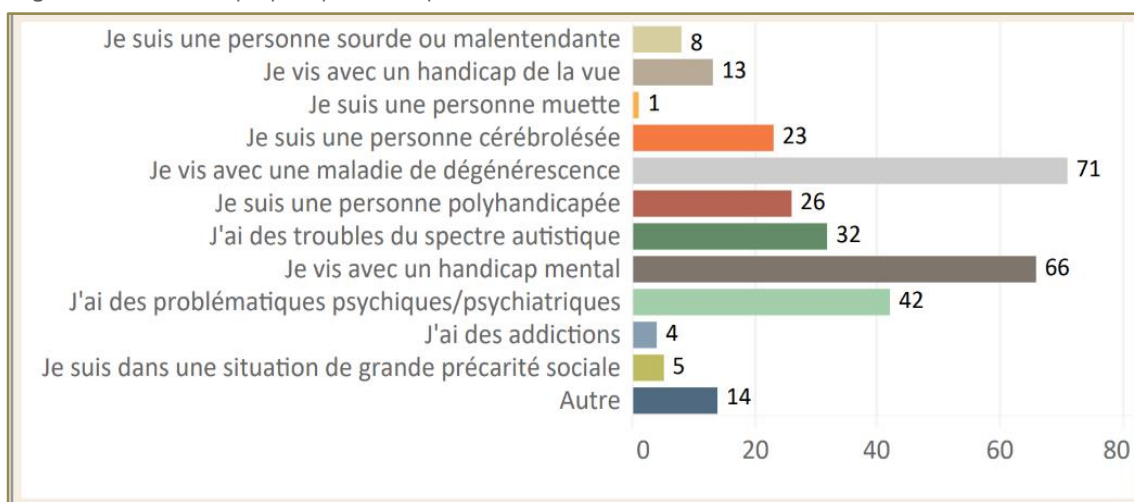
Figure 12 : Les différentes problématiques mentionnées par les répondant-e-s (plusieurs réponses possibles)



En observant les problématiques le plus souvent citées, nous retrouvons en première place les maladies de dégénérescence, puis le handicap mental et les problématiques d'ordre psychiques, avec respectivement 90, 82 et 74 répondant-e-s qui ont coché cette case. Les troubles du spectre de l'autisme, le polyhandicap et les lésions cérébrales représentent les déficiences qui ont été indiquées entre 44 et 29 fois. Le handicap sensoriel est ressorti à 41 reprises, avec 24 cas liés à un problème de vue, 13 à un problème d'audition, 3 personnes muettes et une sourde-muette.

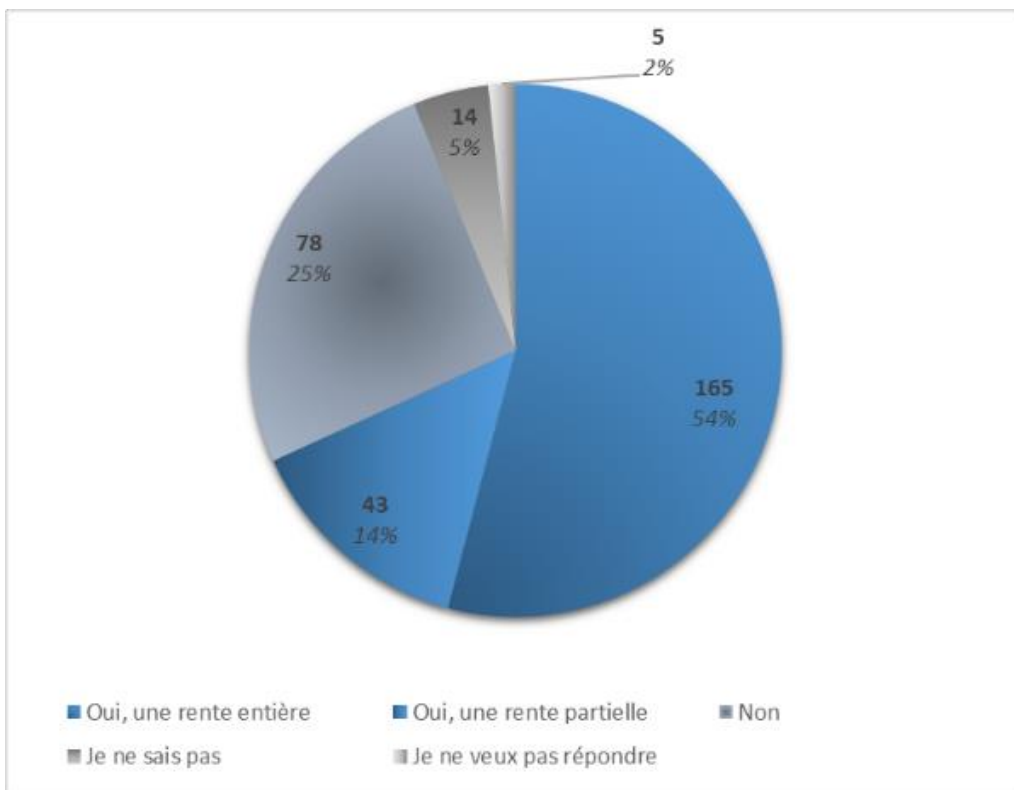
En se focalisant uniquement sur le handicap principal du répondant, nous trouvons des ordres de grandeurs relativement similaires. Les maladies de dégénérescence sont les plus représentées avec 23% des cas, suivies par le handicap mental et les problématiques psychiques, avec respectivement 22% et 14%. Le handicap sensoriel est exposé quant à lui par 7% des répondant-e-s. Les personnes qui souffrent principalement d'addiction ou sont en grande précarité sociale représentent respectivement 1% et 2% des participant-e-s à l'enquête. Dans un peu moins de 5% des cas, il n'a pas été possible d'attribuer la problématique à une des catégories mentionnées.

Figure 13 : Problématique principale des répondant-e-s



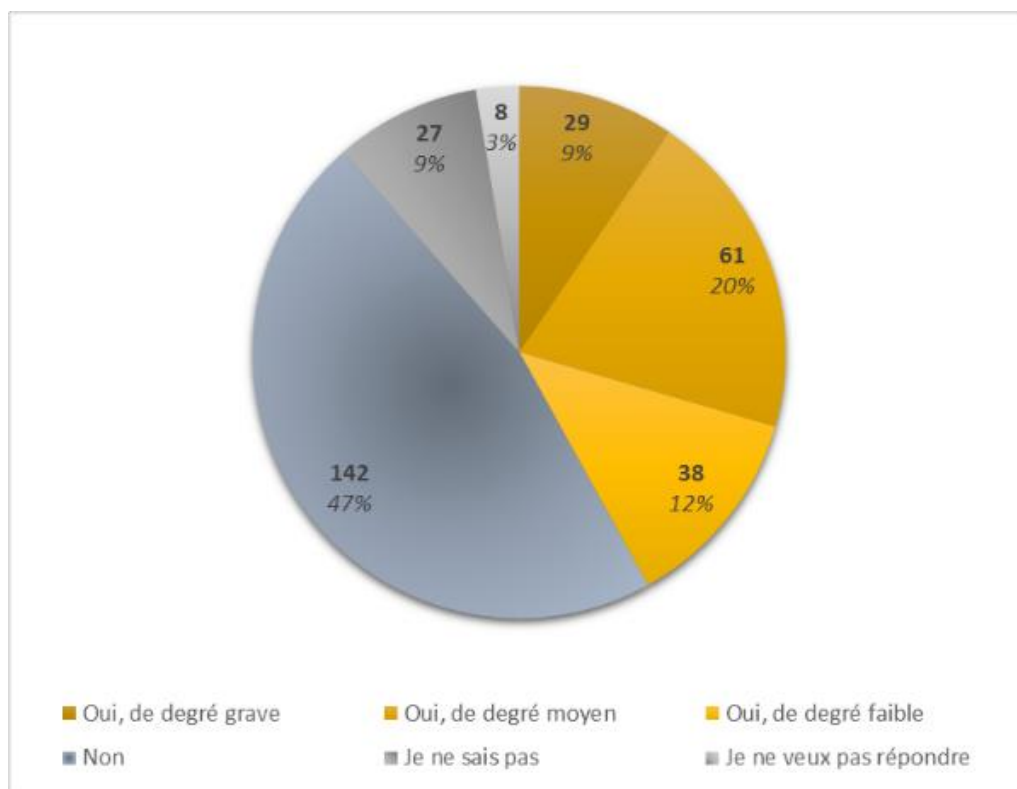
Pour connaître le niveau d'atteinte fonctionnelle, les participant-e-s ont été sondés sur leur éventuelle perception d'une prestation financière de l'assurance invalidité. Ainsi, les deux graphiques ci-dessous montrent combien de ces personnes touchent une rente et combien une allocation pour imputent.

Figure 14 : Nombre de rente AI des répondant-e-s



Si plus de deux tiers (68%) des répondant-e-s possèdent une rente AI, seul un peu plus de 40% disposent d'une allocation pour impotent-e, dont quasiment 10% de degré grave.

Figure 15 : Nombre d'allocation pour impotent des répondant-e-s par degré d'impotence

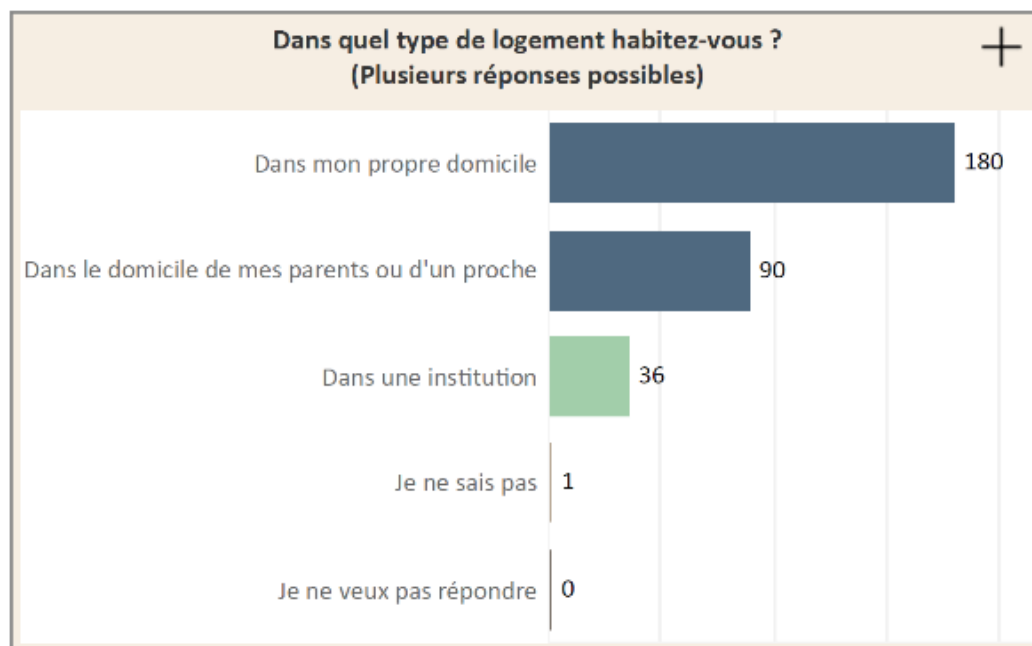


Les prochains chapitres sont dédiés aux quatre thématiques abordées dans ce questionnaire. Ils vont permettre d'illustrer les réponses reçues. En regroupant les problématiques principales des répondant-e-s, il a été possible de constituer deux « grandes cohortes », qu'on pourrait appeler « handicap mental au sens large » et « handicap physique au sens large ». La première est constituée des personnes polyhandicapées, de celles vivant avec un handicap mental ainsi que de celles vivant avec des troubles du spectre autistique. Le deuxième groupe est quant à lui composé des personnes sourdes/malentendantes, aveugles/malvoyantes, muettes, cérébrolésées ou vivant avec une maladie de dégénérescence. Ce regroupement a permis de constituer deux cohortes de 116 répondant-e-s pour le « handicap mental au sens large » et de 124 répondant-e-s pour le handicap physique au sens large. Les résultats présentés aux chapitres suivants (9.3 à 9.7) seront déclinés en fonction des deux cohortes qui seront simplement nommées « handicap mental » et « handicap physique » dans ces quatre chapitres. Il est également à noter que les répondant-e-s n'ayant mentionné aucun handicap ont été écartés de cette analyse.

1.2. LOGEMENTS

Cette deuxième partie traite du lieu de vie des répondant-e-s. En effet, une personne peut habiter en institution, dans un domicile privé ou les deux. Ces deux différents lieux de vie sont déclinés en « appartement privé avec encadrement » ou « logement traditionnel » pour le domicile privé et en « foyer centralisé » et « logement protégé appartenant à une institution » pour le domicile administratif. Le niveau de satisfaction de leur lieu de vie actuel ainsi que leur souhait de logement futur ont aussi été questionnés.

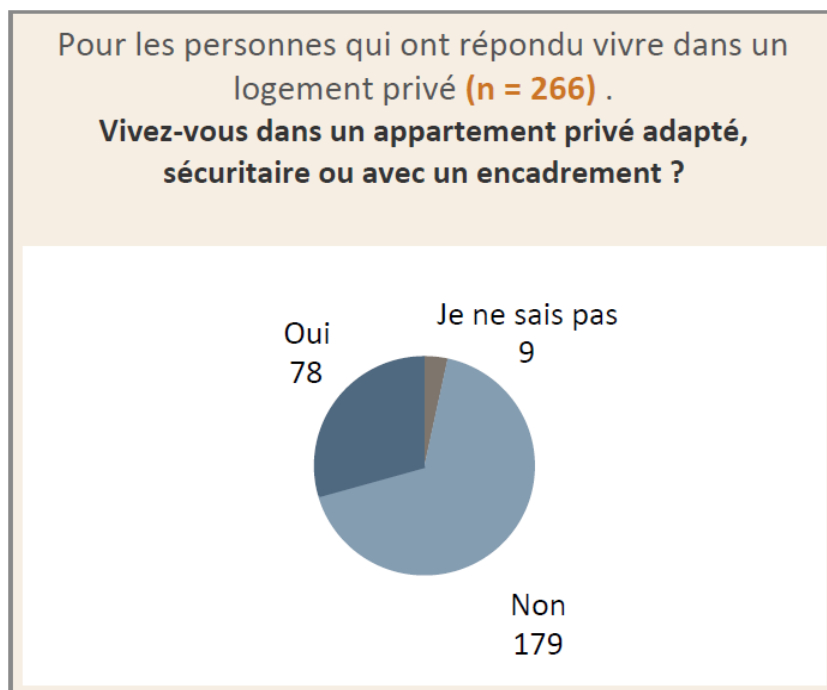
Figure 16 : Logement des répondant-e-s



La grande majorité des participant-e-s à l'enquête ont révélé habiter dans un domicile privé, ou en tout cas en partie. 180 réponses indiquent que c'est dans leur propre lieu de vie, contre 90 qu'il s'agit de celui d'un parent ou d'un proche. 36 individus ont mentionné habiter dans une institution. Il est à noter qu'une personne pouvait cocher plus d'une modalité à cette question.

Sur les réponses qui spécifient un logement privé, presque un tiers (29%) précisent que c'est un appartement sécuritaire ou avec encadrement contre deux tiers (67%) qui vivent dans un logement plus traditionnel.

Figure 17 : Type d'habitation pour les répondant-e-s qui vivent dans un logement privé



Pour les résident-e-s d'institution, 70% des répondant-e-s vivent dans un foyer centralisé contre 28% dans un logement protégé appartenant à une institution.

Figure 18 : Type de logement pour les répondant-e-s qui vivent dans en institution



C'est quasiment 50% (ou 12 sur 25) des personnes vivant uniquement dans une institution qui y séjournent depuis plus de 10 ans et 55% pour ceux/celles qui y habitent à temps partiel. Quel que soit le type de lieu de vie (logement privé, public ou cumul des deux), la proportion d'individus qui y réside depuis plus de 10 ans est la plus représentée.

Figure 19 : Période pendant laquelle les répondant-e-s ont vécu dans leur dernier type de logement

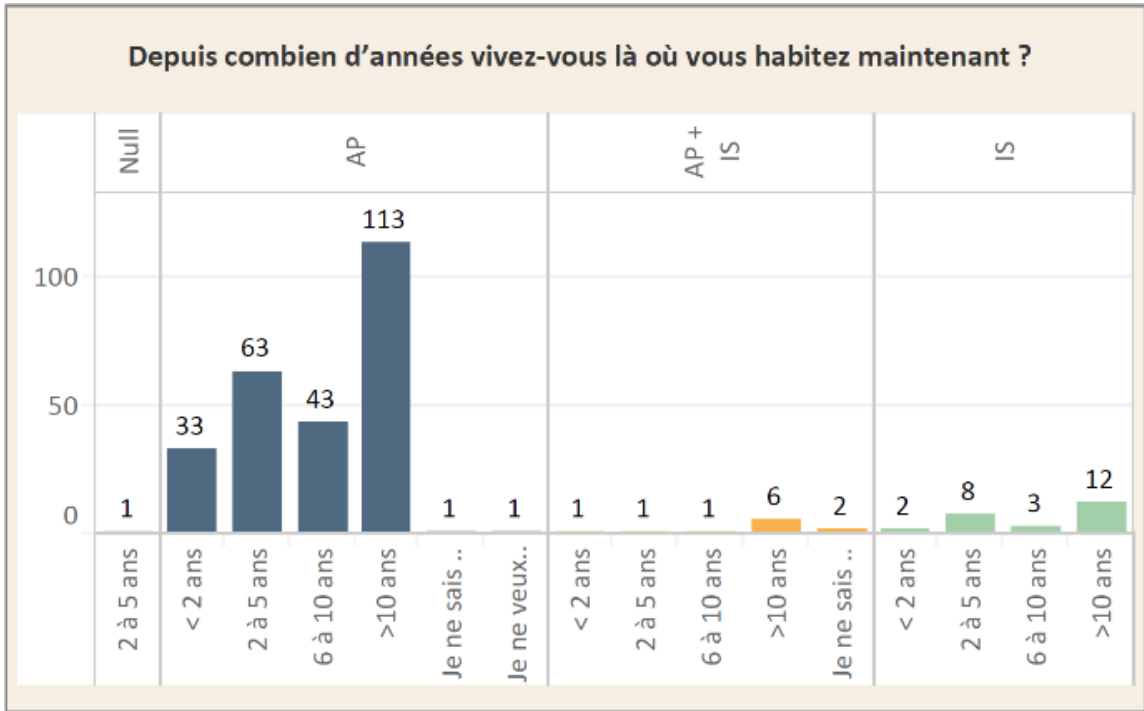
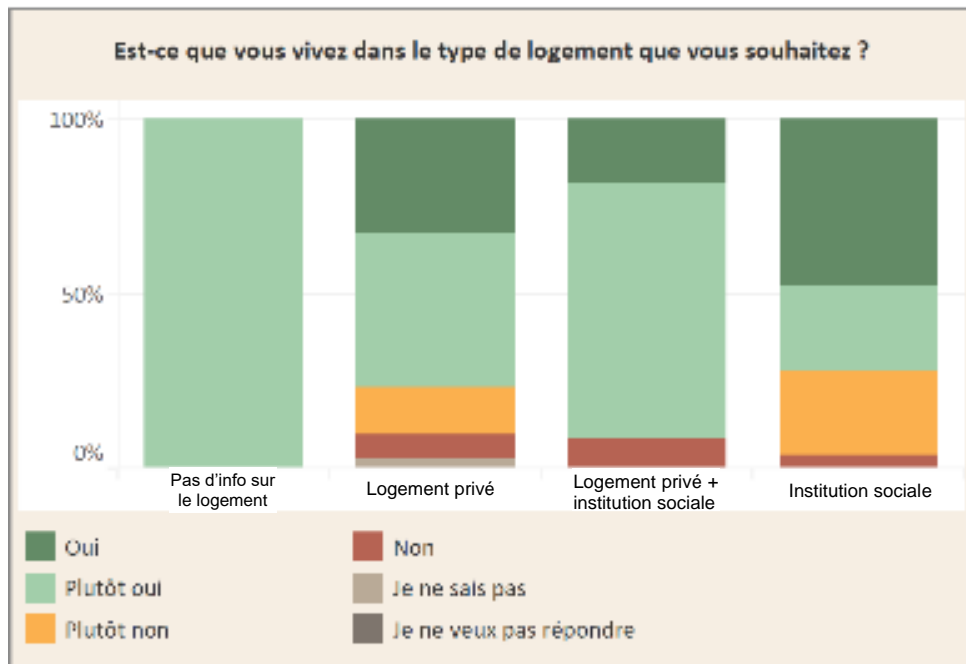


Figure 20 : Satisfaction des répondant-e-s sur leur type de logement actuel



Même s'ils représentent un nombre de personnes moins important, ceux-celles qui vivent tant dans un logement privé qu'administratif ont répondu avoir été le plus satisfait-e-s avec 91% qui sont « satisfait-e » ou « plutôt satisfait-e », contre 72% pour les individus résidant uniquement en institution.

Lorsqu'on demande aux participant-e-s où ils souhaitent vivre à l'avenir, 42% indique qu'ils veulent habiter un logement privé, seul-e ou avec leur famille et 25% indiquent qu'ils souhaiteraient vivre dans un appartement privé avec encadrement. Dans une moindre mesure, nous constatons que 7% se voient plutôt vivre chez leur famille, alors que 3% aimerait bien vivre en colocation. Du côté milieu de vie institutionnel, on peut constater que 9% de notre échantillon désire vivre dans un foyer centralisé et 5% dans un logement protégé appartenant à une institution.

Figure 21 : Type de logement souhaité à l'avenir par les répondant-e-s

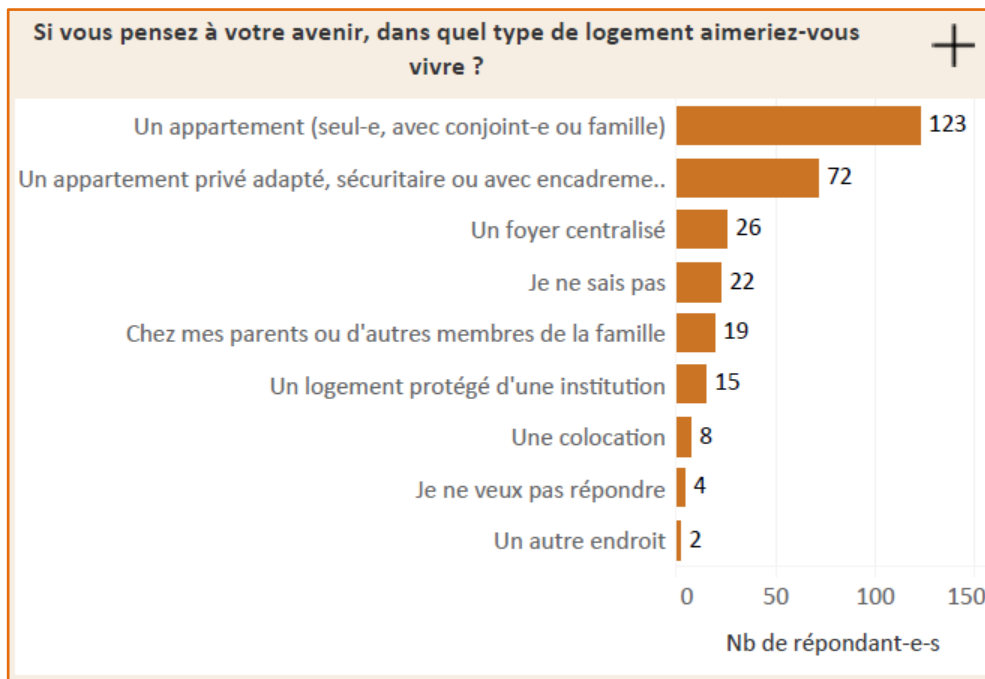
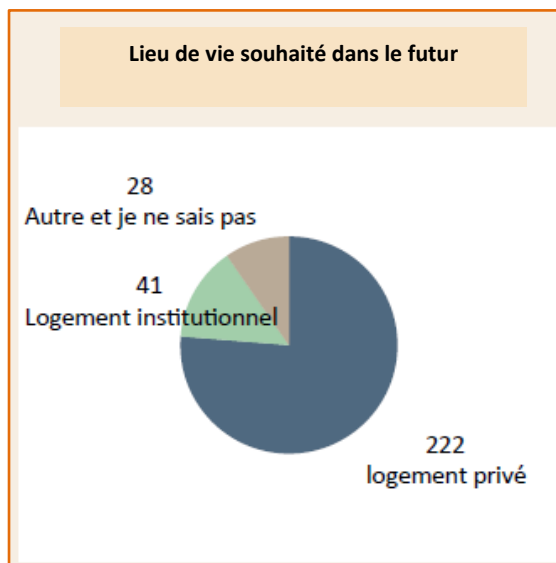
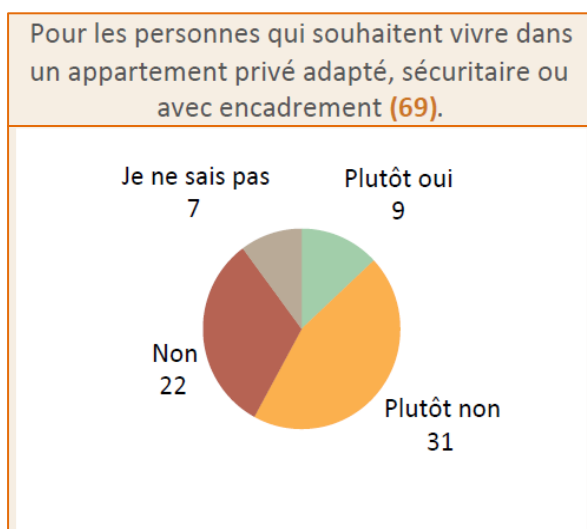


Figure 22 : Type de logement souhaité à l'avenir (regroupement de catégories)



En regroupant un peu les différentes catégories, on peut constater sur la figure de droite que plus de trois quarts des répondant-e-s souhaite vivre dans un logement privé à futur, alors qu'ils sont 14% à vouloir vivre dans un milieu de vie institutionnel.

Figure 23 : Possibilité des trouver un appartement avec encadrement pour les répondant-e-s qui le souhaitent

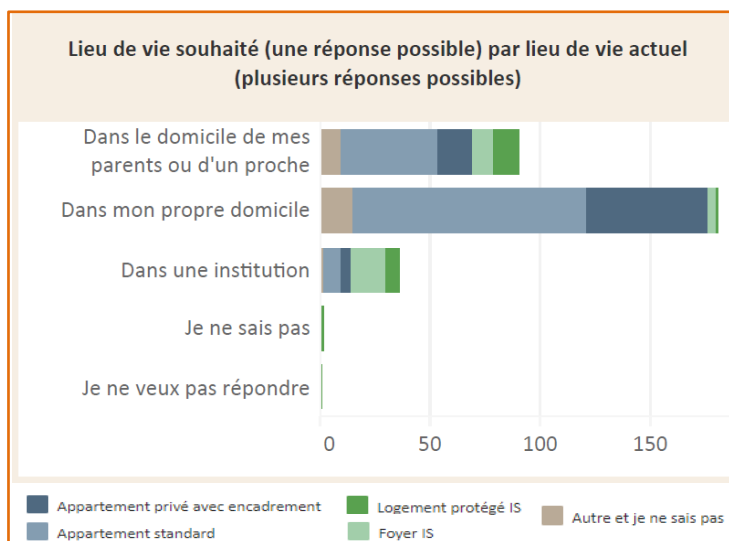


Sur la figure de gauche, pour les 69 personnes qui ont indiqué vouloir vivre dans un appartement avec encadrement, il leur a été demandé si elles pensaient pouvoir facilement trouver ce type de logement. Plus de trois quarts d'entre elles (77%) pense que ce n'est pas ou plutôt pas le cas, contre 13% qui répondent plutôt oui.

En regroupant les lieux de vie actuels avec ceux souhaités à l'avenir, on constate que les personnes qui vivent chez elles dans un domicile privé sont les moins à même de se voir vivre en institution dans le futur, puisque seul 2% (ou 4 personnes sur 180) des répondant-e-s ont mentionné ce souhait. Pour les répondant-e-s qui vivent chez un parent ou un proche, cette proportion est bien plus importante, puisque 23% d'entre eux se voir plutôt vivre en institution à l'avenir. Les parts sont quasiment égales entre un logement protégé (12%) et un foyer centralisé (11%). Avec 69% de

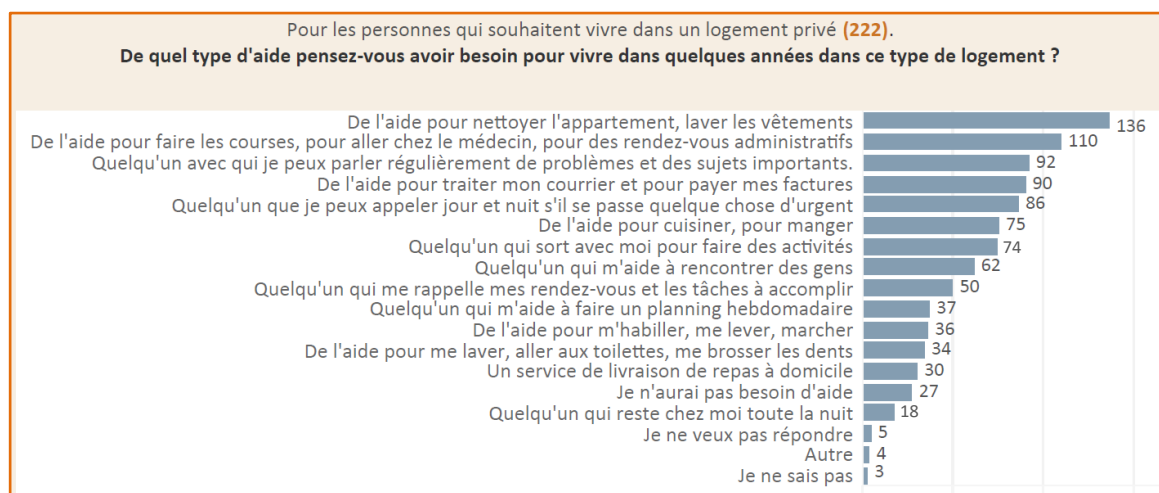
répondant-e-s qui le mentionnent, ceux hébergés en institution préfèrent continuer à y vivre à l'avenir, avec 19% qui préfèrent un logement protégé et 50% un foyer centralisé.

Figure 24 : Lieu de vie actuel et souhaité à l'avenir par les répondant-e-s



Il a été demandé aux participant-e-s qui ont indiqué vouloir vivre dans un logement privé à l'avenir, de quelle aide ils/elles auraient besoin selon eux pour y habiter.

Figure 25 : Aide nécessaire pour vivre à l'avenir dans le logement souhaité par les répondant-e-s



Bien plus de la moitié (ou 61%) a indiqué qu'elle pensait avoir besoin d'un soutien pour les tâches ménagères. Un-e répondant-e sur deux a mentionné un besoin de soutien pour faire ses courses et aller à ses rendez-vous (médicaux administratifs) et un peu plus de 40% ont mentionné tant de l'aide pour les tâches administratives que la possibilité d'avoir une personne à l'écoute lorsqu'on a des sujets importants à partager.

Dans 39% des cas, c'est un numéro d'urgence atteignable 24h sur 24 qui est mentionné. Puis nous trouvons également de l'aide pour les repas ainsi que des personnes avec qui faire des activités. La notion de l'organisation de ses journées est également ressortie. Seul 12% des répondant-e-s pensent n'avoir besoin d'aucune aide pour vivre dans leur domicile privé.

1.3. AUTONOMIE ET AIDE DISPONIBLE

Cette troisième partie porte sur le soutien dont ont besoin les personnes qui ne sont pas autonome en matière d'activités de la vie quotidienne¹³ (AVQ) et d'activités instrumentales de la vie quotidienne¹⁴ (AIVQ). Tant le type d'aidant-e-s que le volume d'aide a été sondé chez les participant-e-s à cette enquête.

En ce qui concerne les AVQ, plus de la moitié (ou 145 répondant-e-s sur 265) des personnes interrogées indiquent être autonomes.

Figure 27 : Répondant-e-s autonomes pour les AVQ

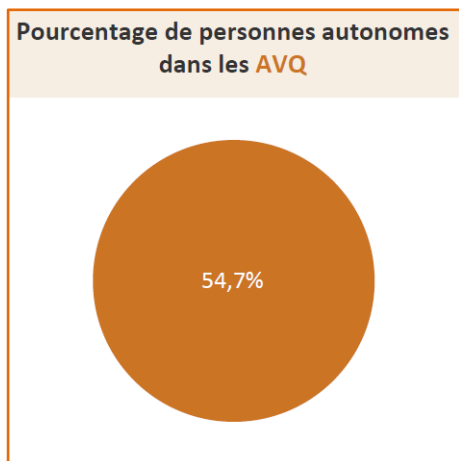
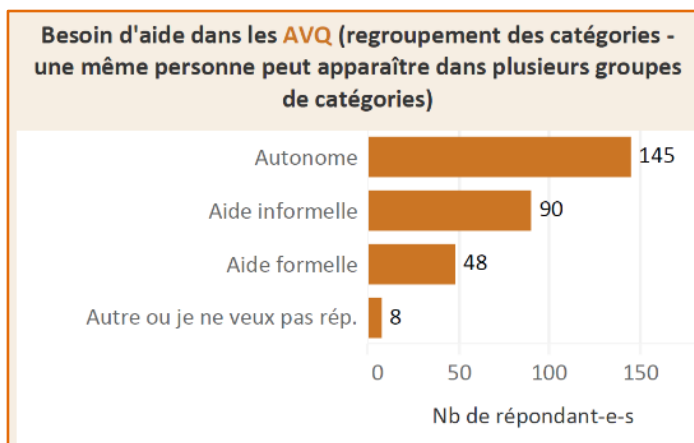


Figure 26 : Type d'aide reçue par les répondant-e-s pour les AVQ

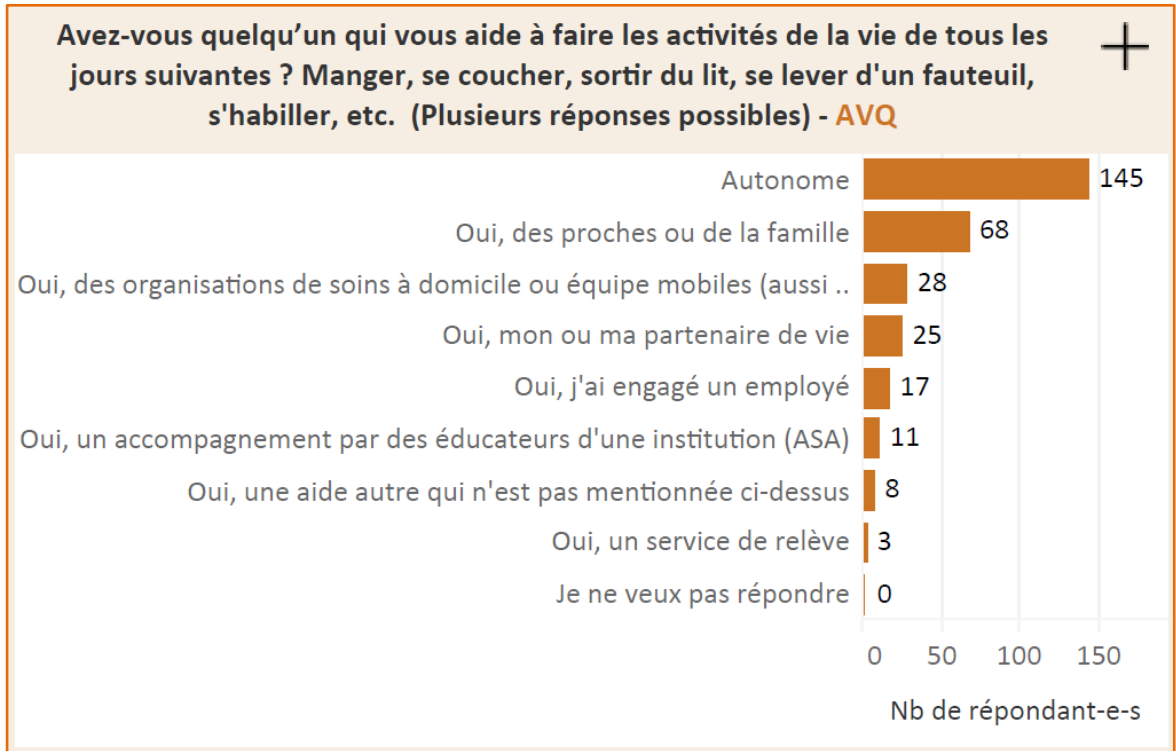


Pour celles qui ne le sont pas, le type d'aidant-e majoritaire est très largement la famille ou un-e proche, avec un peu plus d'un quart des répondant-e-s qui les mentionnent. Puis suivent les organismes d'aide et de soins à domicile et autres équipes mobiles, le ou la partenaire de vie ainsi qu'un-e employé-e à son service avec respectivement 28 (ou 11%), 25 (ou 9%) et 17 (ou 6%) questionnaires qui précisent cette aide. L'accompagnement socioambulatoire (prestation non médicale) est quant à lui cité à 11 reprises, alors que le service de relève est ressorti à 3 reprises.

¹³ Les activités de la vie quotidienne sont : manger, se coucher, sortir du lit, se lever d'un fauteuil, s'habiller, se déshabiller, aller aux toilettes et prendre un bain ou une douche.

¹⁴ Les activités instrumentales de la vie quotidienne sont entretenir son logement, faire ses achats, préparer ses repas, faire la lessive, téléphoner, utiliser les transports publics.

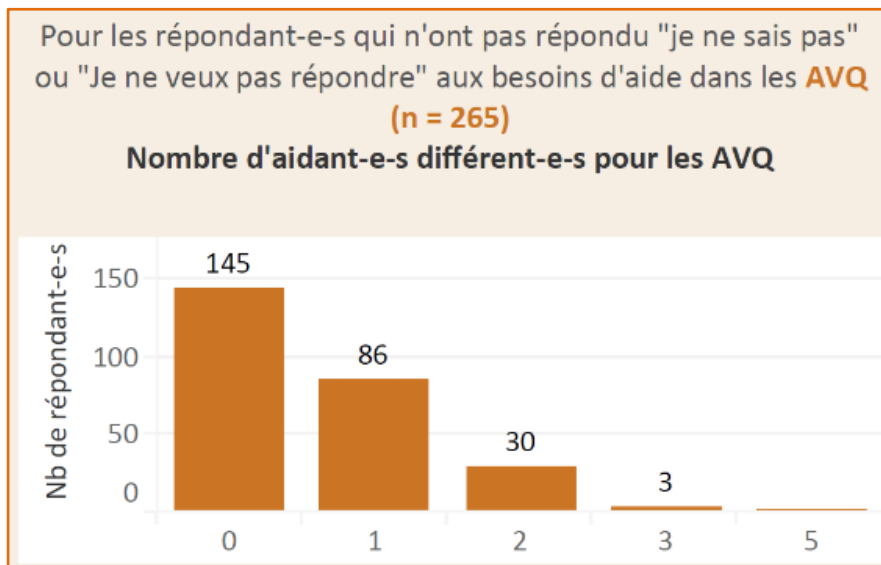
Figure 28 : Aide reçue par les répondant-e-s pour les AVQ



En dehors des 145 personnes qui n'ont accès à aucune aide pour les AVQ, c'est principalement un seul type d'aidant-e de cette liste qui fournit cette prise en charge. En effet sur le nombre de questionnaires reçus, il y en a 75 qui indiquent un seul type d'aidant-e, contre respectivement 30 qui en mentionnent 2, 3 formulaires qui en spécifient 3 et un-e répondant-e qui est soutenu-e par 5 types d'aidants.

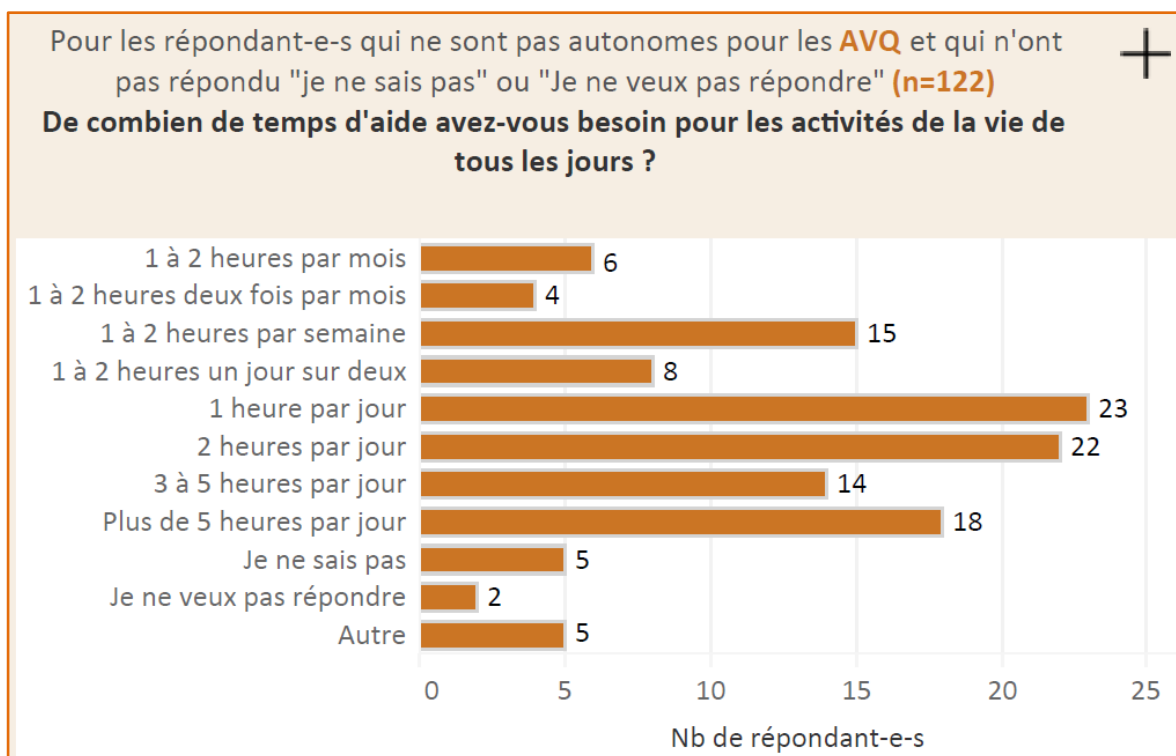
Lorsqu'on prend l'ensemble du volume d'aide pour les AVQ, voici comment il est réparti entre les répondant-e-s.

Figure 29 : Nombre de différent-e-s aidant-e-s par répondant-e pour les AVQ



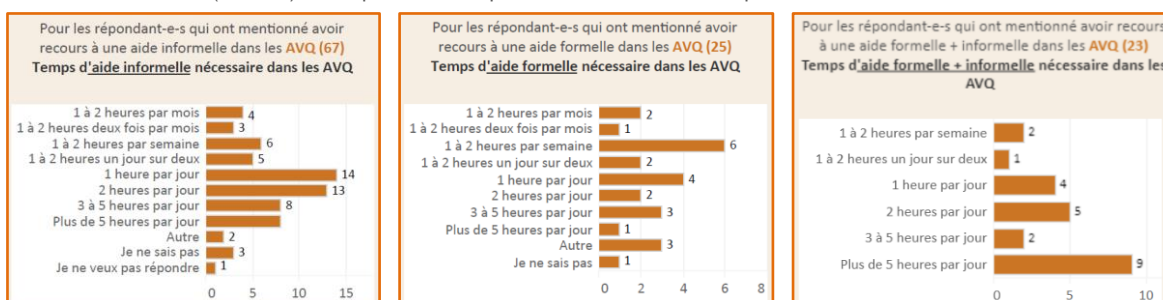
On peut par exemple constater ici qu'une majorité (ou 63%) des participant-e-s précise être aidée au moins une heure par jour. Pour 15% des individus ayant participé à l'enquête, plus de 5 heures d'aide quotidienne est nécessaire pour les AVQ.

Figure 30 : Volume d'aide reçu par les répondant-e-s pour les AVQ



En sommant le volume total identifié par les réponses ci-dessus, nous pouvons estimer que les 120 répondant-e-s non autonomes pour les AVQ reçoivent une aide annuelle qui tourne au minimum¹⁵ autour des 6'000-7'000 heures, ce que fait une moyenne de 50-58 par personne.

Figure 31 : Volume d'aide AVQ uniquement informelle (à gauche), uniquement formelle (au milieu) et conjointement informelle et formelle (à droite) des répondant-e-s qui vivent dans un domicile privé



Si on regroupe les types d'aide pour construire les catégories « aide formelle¹⁶ » et « aide informelle¹⁷ », on peut constater que les proches aidant-e-s sont quasiment deux fois plus représenté-e-s

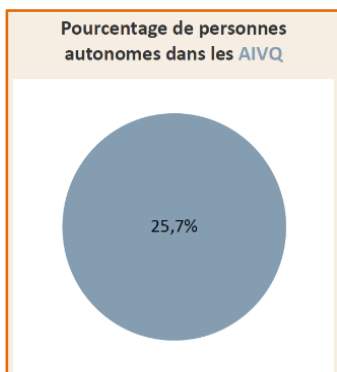
¹⁵ En effet, d'une part le volume de 5 heures a été comptabilisé pour la modalité de réponse « au moins 5 heures par jour ». D'autre part, les personnes interrogées qui ont indiqué ne pas savoir le volume d'aide pour elle bénéficiant ont été écartées de ce calcul.

¹⁶ L'aide formelle est celle qui est donnée par des professionnels qui sont donc rémunérés pour ces prestations.

¹⁷ L'aide informelle est celle qui est donnée par un proche (qui peut aussi être un voisin, un ami) qui ne fournit pas ces prestations en tant que professionnel et n'est donc pas payé pour ça.

Outre le nombre de types d'aidant-e-s, lorsqu'on se penche sur le volume d'aide nécessaire pour les AVQ et l'on se focalise uniquement sur les répondant-e-s qui ont recours à un ou l'autre type d'aide¹⁸, on peut constater que le volume de l'aide informelle est quatre fois plus important que celui de l'aide formelle¹⁹.

Figure 32 : Pourcentage de répondant-e-s autonomes dans les AIVQ



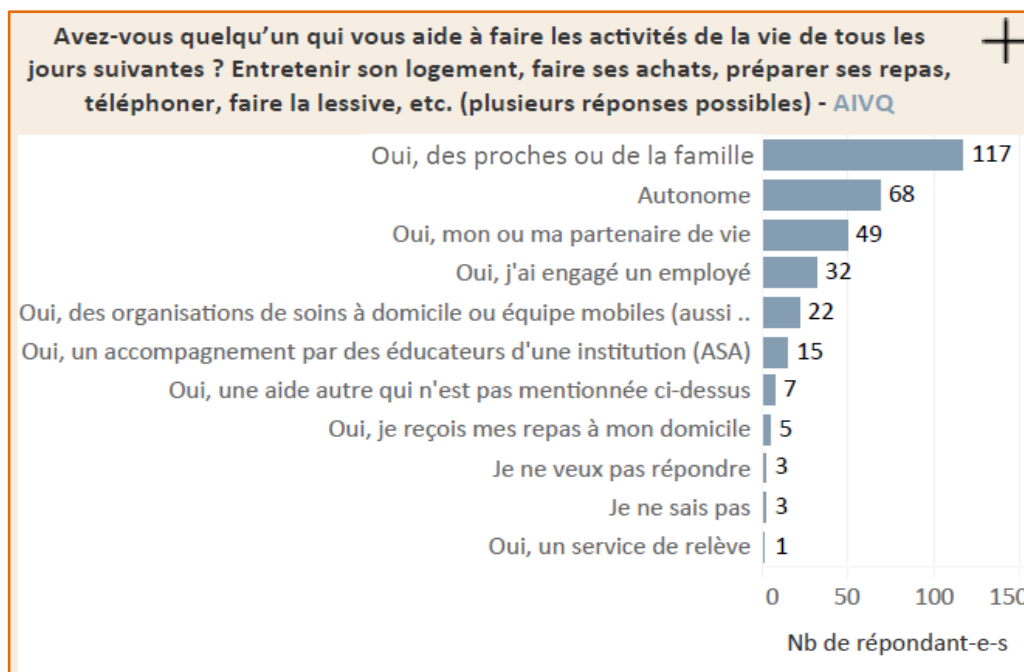
Penchons-nous à présent sur l'autonomie et l'aide disponible pour les AIVQ.

Comme nous pouvons le constater sur cette figure, il y a largement moins de répondant-e-s qui indiquent être autonomes pour les AIVQ. En effet, ce n'est même pas la moitié de ceux qui le sont pour les AVQ ou environ un quart des personnes qui ont indiqués vivre dans un domicile privé.

Parmi l'échantillon de l'enquête, il y a donc une nette majorité des personnes non autonomes qui sont soutenues par des proches aidant-e-s (aide informelle) puisque ce sont les deux types d'aides les plus mentionnées pour les AIVQ.

Il y a donc 117 des 265 répondant-e-s (ou 44%) qui précisent que ce sont des proches ou de la famille qui leur fournissent un appui pour ces activités, alors que 49 questionnaires (ou 17%) désignent le ou la partenaire de vie. Puis vient l'aide formelle, avec les services d'un-e employé-e qui est mentionné 32 fois (ou 12%), les organisations d'aide et de soins à domicile 22 fois (ou 8%), l'accompagnement à domicile par un-e éducateur-ice d'une institution sociale 15 fois (ou 6%), la livraison de repas à domicile qui est signalée à 5 reprises (2%) et le service de relève une fois (0%). La grande majorité de la population sondée n'a qu'un seul type d'aidant-e. À l'exception de la forte variation du pourcentage de personnes autonomes entre les AVQ et les AIVQ, la proportion des répondant-es qui a plus d'un différent type d'aidant-e-s est légèrement plus élevée ici, mais néanmoins comparable, avec 13% (contre 11% pour les AVQ) pour ceux qui ont 2 types d'aidant-e-s et 3% pour ceux qui en ont 3 ou plus (contre 1% pour les AVQ).

Figure 33 : Aide reçue par les répondant-e-s pour les AIVQ



¹⁸ En effet, le questionnaire recense l'ensemble du volume de soins pour les AVQ et pour les AIVQ, sans distinction du type d'aide reçue. Il n'est donc pas possible de répartir ce volume pour ceux qui reçoivent les deux types d'aide.

¹⁹ En multipliant le volume d'heure par le nombre de répondant-e-s qui l'ont mentionné, on peut estimer à entre 718 et 956 heures annuelles pour les personnes qui ont uniquement recours à l'aide formelle dans les AVQ et à entre 3'229 et 3'818 heures annuelles pour celles qui ont uniquement recours à de l'aide informelle (ceci en prenant 5 heures pour ceux qui ont indiqué avoir plus de 5 heures d'aide quotidienne).

En termes de volume, le soutien nécessaire est également plus important que pour les AVQ, même si la catégorie qui ressort le plus ici est les individus qui indiquent nécessiter d'entre une et deux heures d'aide par semaine. À nouveau ici, c'est en majorité (avec 57%) des personnes qui ont indiqué avoir besoin d'au moins une heure d'aide par jour, alors que la proportion de participant-e-s à avoir indiqué être aidé plus de 5 heures par jour pour les AIVQ est plus faible puisqu'elle représente environ 9% de l'échantillon.

Figure 34 : Volume d'aide reçu par les répondant-e-s pour les AIVQ

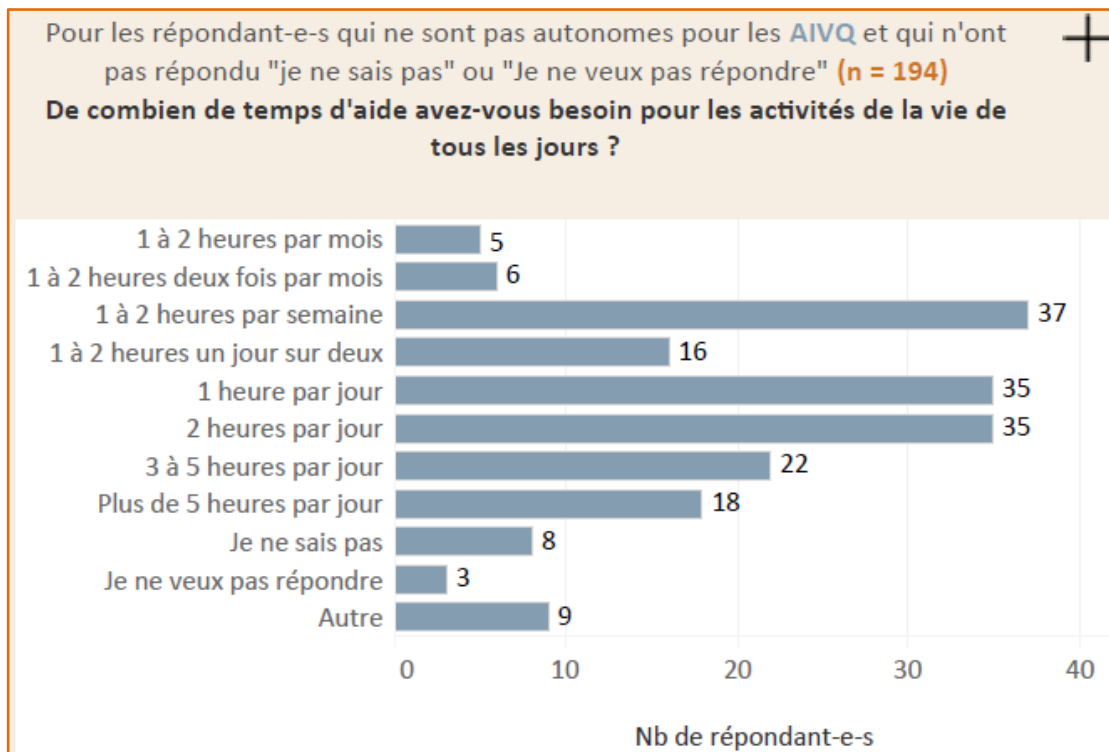
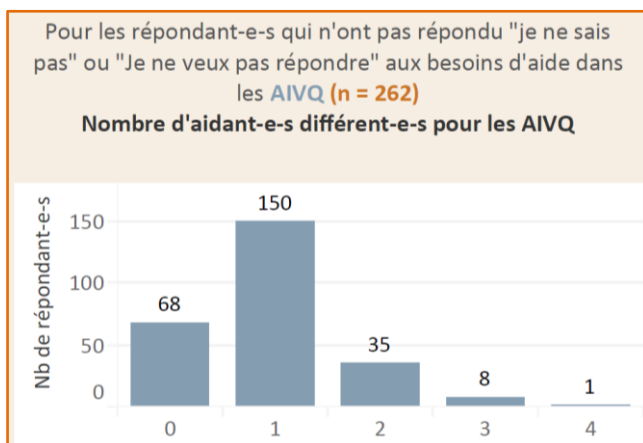


Figure 35 : Nombre de différents aidants pour les AIVQ

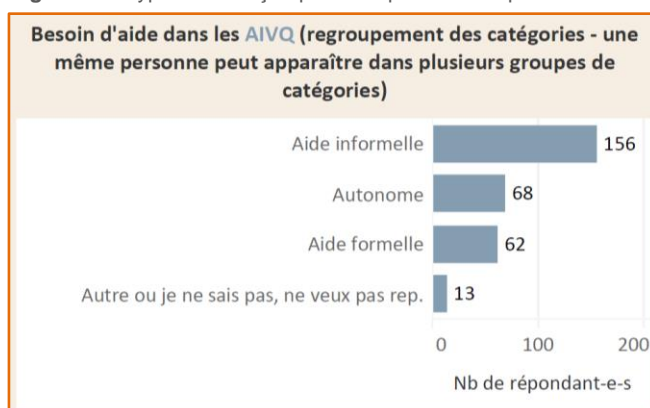


En transformant à nouveau le volume d'aide pour les AIVQ spécifié par chaque questionnaire, nous pouvons estimer que les 194 répondant-es non autonomes nécessitent au moins entre 8'235 et 9'960 heures de soutien annuel. Ce qui entre reçoivent une aide annuelle qui tourne au minimum²⁰ autour des 6'000-7'000 heures, ce que fait une moyenne de 50-58 par personne. Ce qui implique un volume annuel moyen qui varie entre 42 et 51 heures.

²⁰ En effet, d'une part le volume de 5 heures a été comptabilisé pour la modalité de réponse « au moins 5 heures par jour ». D'autre part, les personnes interrogées qui ont indiqué ne pas savoir le volume d'aide pour elle bénéficient ont été écartées de ce calcul.

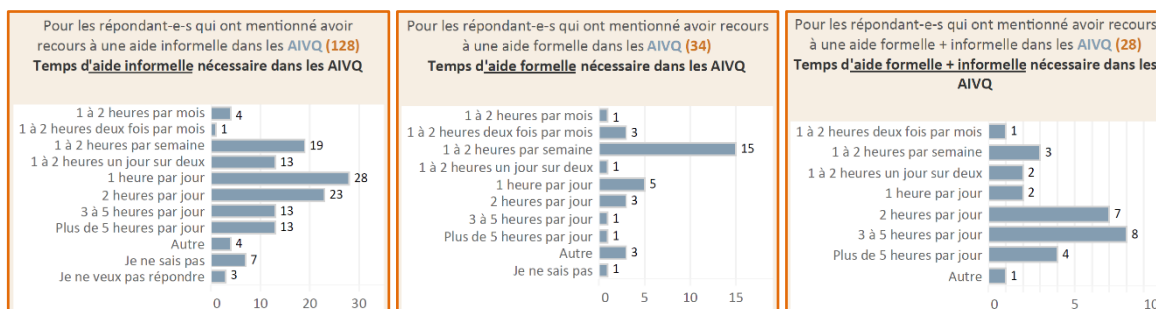
En rassemblant les différents types d'aide mentionnés, on peut voir ici que la charge qui repose sur les proches aidant-e-s est beaucoup plus élevée pour les AIVQ que pour les AVQ. Effectivement, 60% de questionnaires reçus indiquent avoir bénéficié de ce type d'aide, contre 34% pour les AVQ. Pour la part des personnes ayant recours à de l'aide formelle, la comparaison entre AIVQ et AVQ est moins inégale, avec respectivement 24% et 18% de répondant qui mentionnent y recourir.

Figure 36 : Type d'aide reçue par les répondant-e-s pour les AIVQ



Outre la catégorie d'aide informelle qui est deux fois et demie plus élevée que celle formelle, une grande différence en termes de volume est également observable. En effet, la comparaison entre les répondant-e-s qui reçoivent uniquement du soutien par l'une des deux catégories permet de constater que les bénéficiaires d'aide informelle reçoivent huit fois plus de soutien que ceux d'aide formelle.

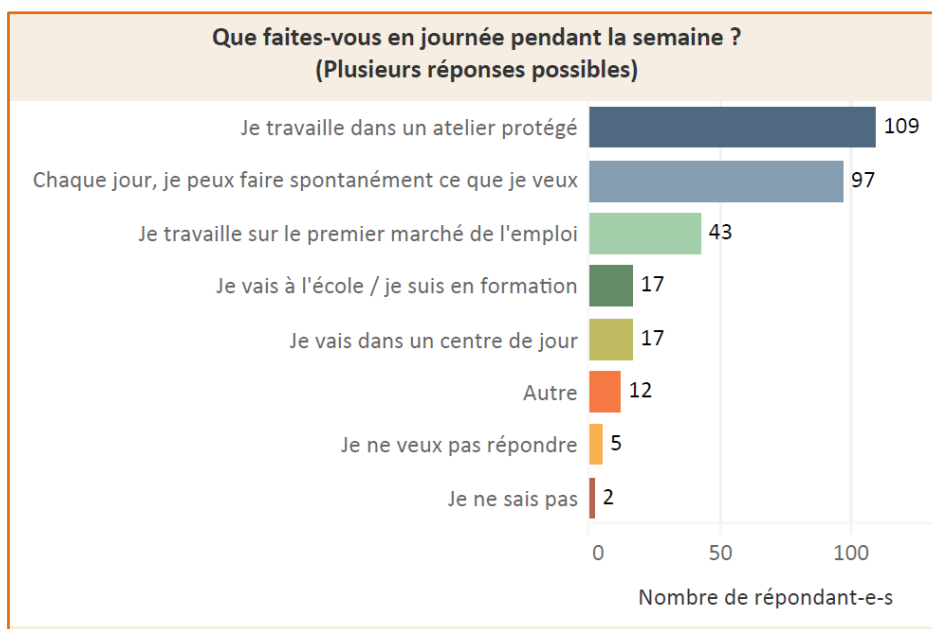
Figure 37 : Volume d'aide AIVQ uniquement informelle (à gauche), uniquement formelle (au milieu) et conjointement informelle et formelle (à droite) des répondant-e-s qui vivent dans un domicile privé



1.4. FORMATION, TRAVAIL ET ACTIVITÉS

Cette quatrième partie s'intéresse à l'occupation en journée des participant-e-s à l'enquête. Ces derniers ont en effet pu s'exprimer tant sur la situation actuelle en précisant leur niveau de satisfaction que sur leurs aspirations futures.

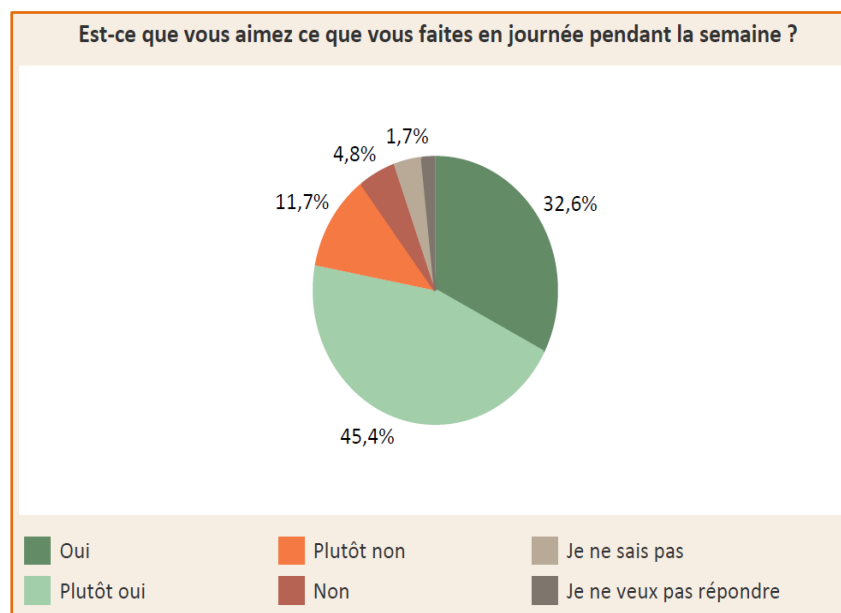
Figure 38 : Occupation en journée des répondant-e-s



Les réponses qui ont été nettement plus fréquentes sont le travail en atelier protégé et le fait de pouvoir faire chaque jour spontanément ce que l'on veut. En effet, 37% des répondant-e-s ont indiqué travailler dans un atelier protégé, alors qu'un tiers s'occupe librement. Ils sont près de 15% à occuper un emploi dans le marché premier du travail.

Avec des proportions moins importantes, environ 6% (ou 17 individus) ont indiqué être en formation ou fréquenter un centre de jour répondant-e-s. Pour les questionnaires où la case « autre » a été mentionnée, nous trouvons par exemple des gens qui s'occupent d'autres personnes (proches aidant-e-s) ou qui font du bénévolat.

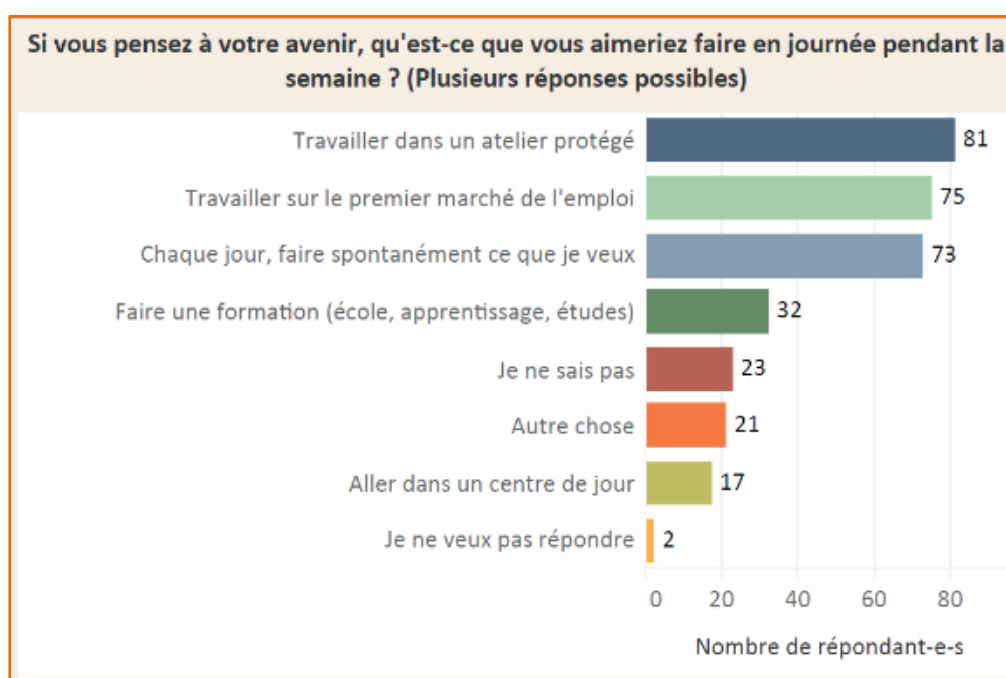
Figure 39 : Satisfaction des répondant-e-s faces aux activités faites en journée



Plus de trois quarts (78% ou 227 répondant-e-s sur 291) des participant-e-s disent être satisfait-e-s ou plutôt satisfait-e-s de ce qu'ils/elles font en journée. Au contraire, un sixième ne sont pas ou pas vraiment satisfait-e-s de ce qu'ils font en journée. Les principales causes de mécontentement sont les personnes qui ont perdu leur emploi ou qui s'ennuient la journée. La différence avec l'entier des participant-e-s représente ceux qui ne savent pas ou n'ont pas voulu s'exprimer à ce sujet.

Les aspirations des participant-e-s, en termes d'activités en journée, ont montré que deux catégories ont particulièrement augmenté par rapport à l'occupation effective actuelle. En effet, le nombre de personnes qui souhaite faire une formation ou travailler sur le marché primaire a quasiment doublé, avec une augmentation respective de 17 à 32 (ou 88% de croissance) et de 43 à 75 (ou 74% de croissance).

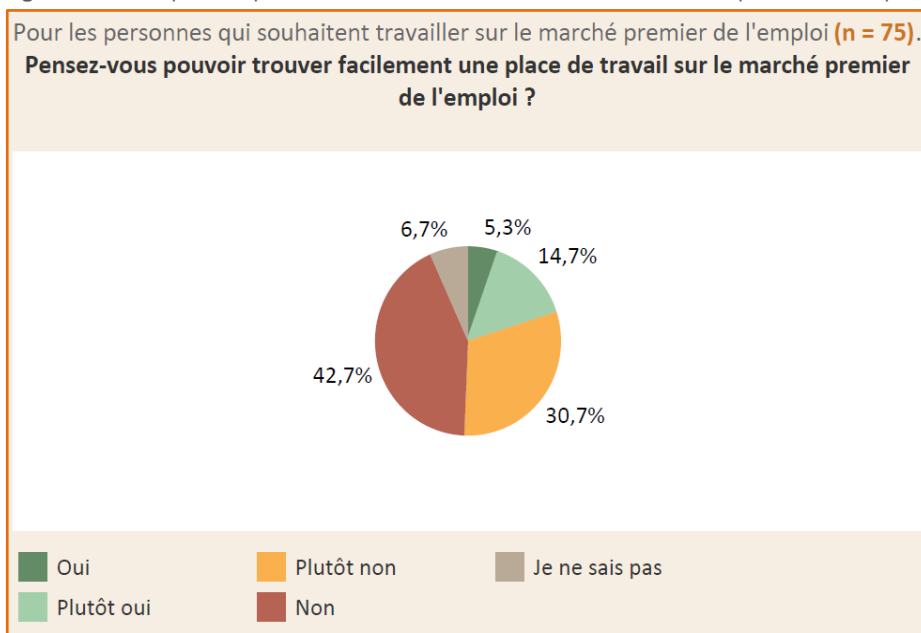
Figure 40 : Préférences des répondant-e-s quant aux l'activités en journée qu'ils souhaitent faire à l'avenir



Pour les deux autres catégories les plus représentées ici, c'est une tendance à la baisse que nous pouvons observer. Ceci, car d'une part s'il y avait 109 personnes à être employées dans un atelier protégé, elles ne sont plus que 81 à vouloir y travailler à l'avenir. D'autre part, car la proportion de

personnes qui fait chaque jour librement ce qu'elle veut passe d'un tiers (ou 97) à un quart (ou 73). Le nombre de personnes qui désire aller en centre de jour est stable. En toute logique, un fort accroissement est également constaté au niveau de la modalité de réponse « je ne sais pas », principalement en raison d'une évolution incertaine de leur état de santé.

Figure 41 : Perception de pouvoir trouver facilement un travail sur le marché premier de l'emploi

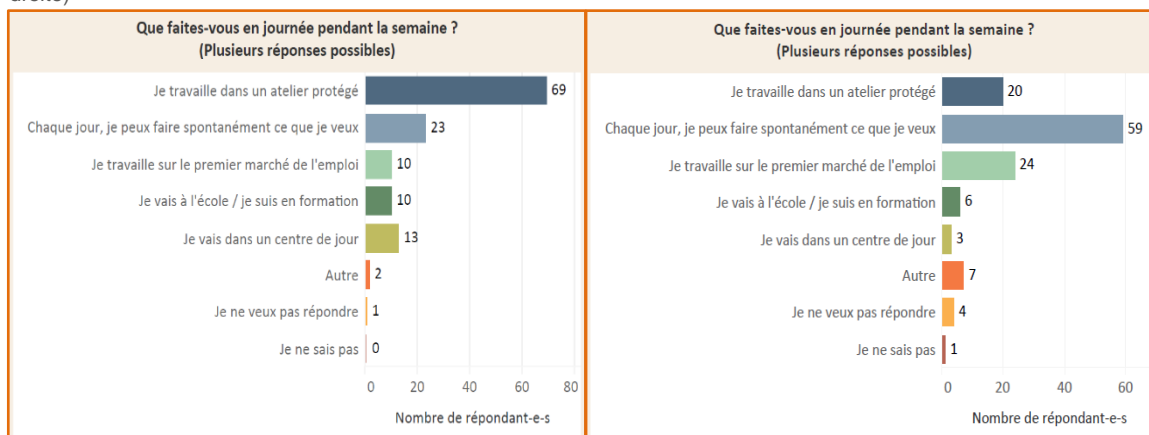


Pour les individus qui ont comme ambition le marché premier du travail, il leur a été demandé s'ils pensaient actuellement pouvoir facilement y trouver un emploi. C'est presque trois quarts des répondant-e-s (ou 55 des 75) qui a indiqué que ce n'était pas ou plutôt pas le cas, contre un cinquième qui répond par l'affirmative (soit 15 répondant-e-s).

Sur cette même thématique, nous allons à présent observer les différences les deux typologies de handicap que nous avons regroupé.

Dans le domaine du handicap mental, plus de la moitié (56% ou 69 sur 124) des répondant-e-s travaillent dans un atelier protégé, alors que ce n'est le cas que pour 17% (ou 20 sur 116) des répondant-e-s dans le domaine du handicap physique. Un rapport analogique est observé pour la fréquentation d'un centre de jour avec respectivement 10% et 3%. Dans une proportion inverse, 19% des personnes vivant avec un handicap mental font spontanément ce qu'elles veulent en journée contre 51% des personnes qui vivent avec un handicap physique. Au niveau de l'occupation d'une place de travail sur le marché premier, le pourcentage est de 8% pour le handicap mental, contre 21% pour le handicap physique. Pour les deux cohortes, la proportion de personnes en formation est équivalente autour de 5%.

Figure 42 : Occupation en journée pour les répondant-e-s vivant avec un handicap mental (à gauche) et physique (à droite)



En termes de niveau de satisfaction, les répondant-e-s qui vivent avec un handicap mental disent être plus content-e-s de ce qu'ils font en journée que les personnes vivant avec un handicap physique, puis 42% sont complètement satisfait-e-s contre 27% de ces derniers. Cette proportion est compensée par les répondant-e-s dans le domaine du handicap physique qui sont plus du double à n'être plutôt pas heureux-se-s avec ce qu'ils font en journée (avec respectivement 14% et 7%).

Figure 43 : Satisfaction au sujet de l'occupation en journée pour les répondant-e-s vivant avec un handicap mental

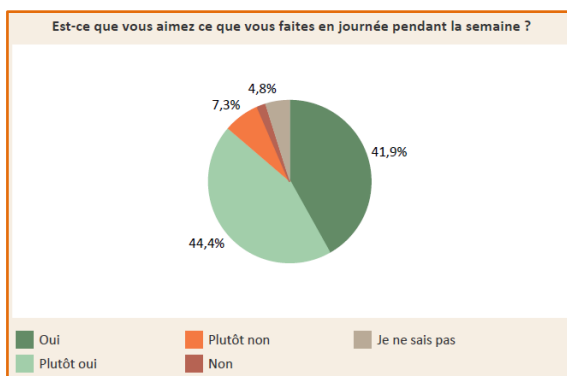
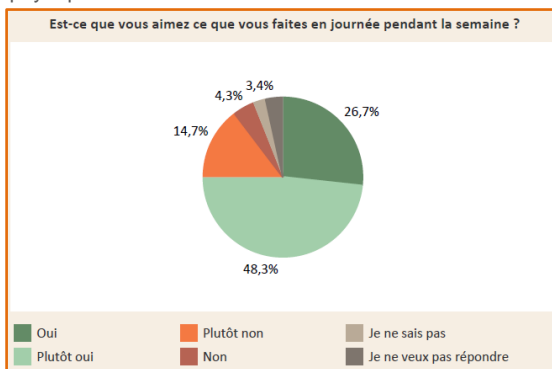


Figure 44 : Satisfaction au sujet de l'occupation en journée pour les répondant-e-s vivant avec un handicap physique



En déclinant les aspirations d'occupation en journée par type de handicap, on peut noter que les tendances sont semblables avec des intensités variables.

Ainsi, la possibilité d'intégrer à terme le marché premier du travail, qui était un des souhaits en plus forte croissance sur l'ensemble de notre échantillon, augmente pour ces deux cohortes. Nous observons une hausse de 150% (donc 2.5 fois plus de répondant-e-s vu qu'ils passent de 10 à 25) dans le domaine du handicap mental, contre 46% (de 24 à 35 individus) dans le domaine du handicap physique. Nous nous rappelons ici que l'autre ambition qui s'était la plus accrue, était la volonté de faire une formation. À ce sujet, il est intéressant de constater qu'entre ces deux cohortes, ce sont uniquement les personnes qui vivent avec un handicap mental qui ont contribué à cette croissance, avec une hausse de 40% (de 10 à 14 répondant-e-s) contre une parfaite stagnation pour les personnes vivant avec un handicap physique (de 6 à 6 répondant-e-s).

Figure 45 : Occupation en journée souhaitée à l'avenir par les répondant-e-s vivant avec un handicap physique

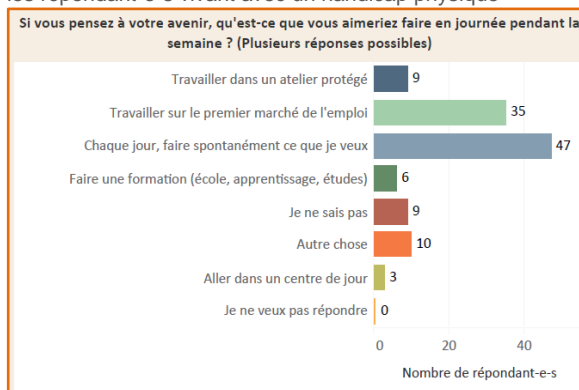
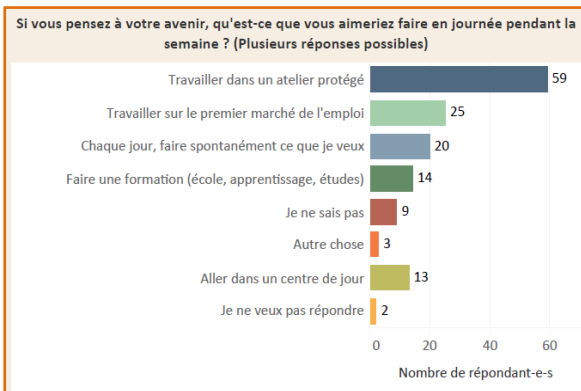


Figure 46 : Occupation en journée souhaitée à l'avenir par les répondant-e-s vivant avec un handicap mental



La baisse entre le nombre de répondant-e-s qui fait spontanément ce qu'il veut et souhaite continuer sur cette voie à l'avenir n'est pas non plus pareille entre ces deux cohortes. En effet, si elle est de plus de 20% pour les participant-e-s qui vivent avec un handicap physique (de 59 à 47 individus), elle est à 13% pour les personnes vivant avec un handicap mental. Cette même tendance, mais avec une intensité plus marquée est également observée pour les personnes qui travaillent en atelier. Si l'évolution du nombre de répondant-e-s diminue de 14% (de 69 à 59) participants dans le handicap mental, c'est un abaissement de 55% qui est vérifié dans le domaine du handicap physique (de 20 à 9 individus). Pour le désir de continuer à fréquenter un centre de jour, la tendance entre ces deux cohortes est la même que pour l'ensemble de notre échantillon, avec une proportion qui ne varie pas entre la situation actuelle et une volonté future.

Il est également important de tenir compte que pour les deux cohortes, la proportion de répondant-e-s qui ne pensent pas ou plutôt pas pouvoir trouver une place sur le marché premier est semblable, avec 76% pour le handicap mental, contre 72% pour le handicap physique.

Figure 48 : Perception de pouvoir trouver facilement un travail sur le marché premier de l'emploi pour les répondant-e-s vivant avec un handicap mental

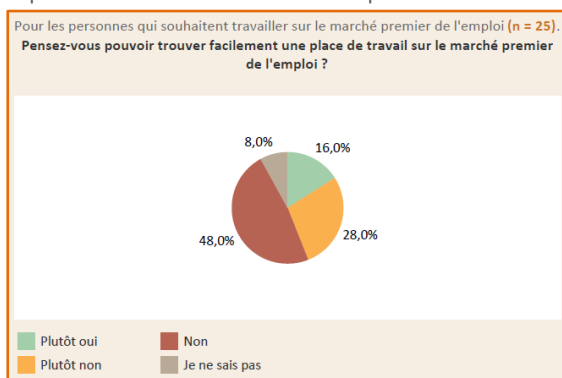
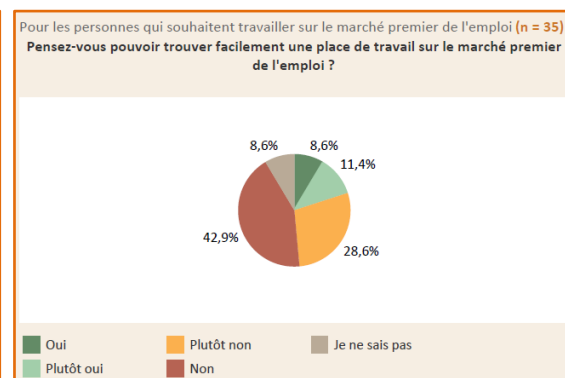


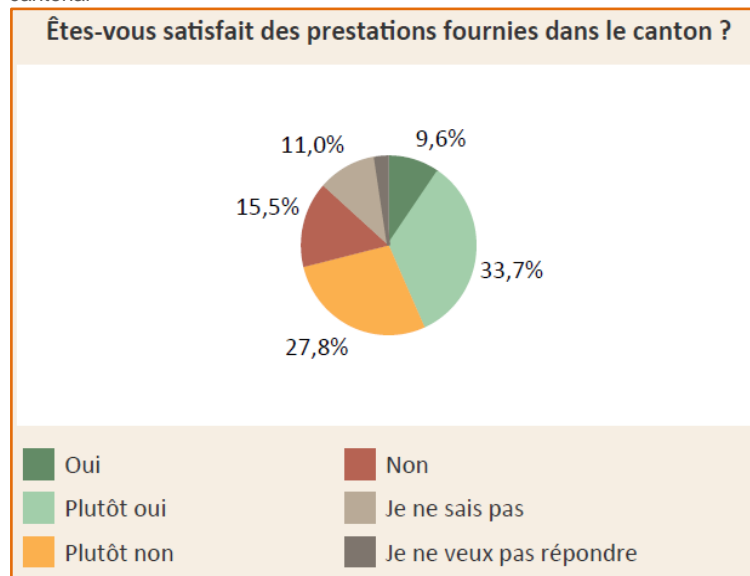
Figure 47 : Perception de pouvoir trouver facilement un travail sur le marché premier de l'emploi pour les répondant-e-s vivant avec un handicap physique



1.5. SATISFACTION FACE AU DISPOSITIF CANTONAL DE PRESTATIONS

Dans cette cinquième partie consacrée à l'enquête menée auprès des PVH, la satisfaction face au dispositif de prestations et la perception du niveau d'inclusion dans différents domaines sont présentés.

Figure 49 : Satisfaction des répondant-e-s sur le dispositif de prestations cantonal

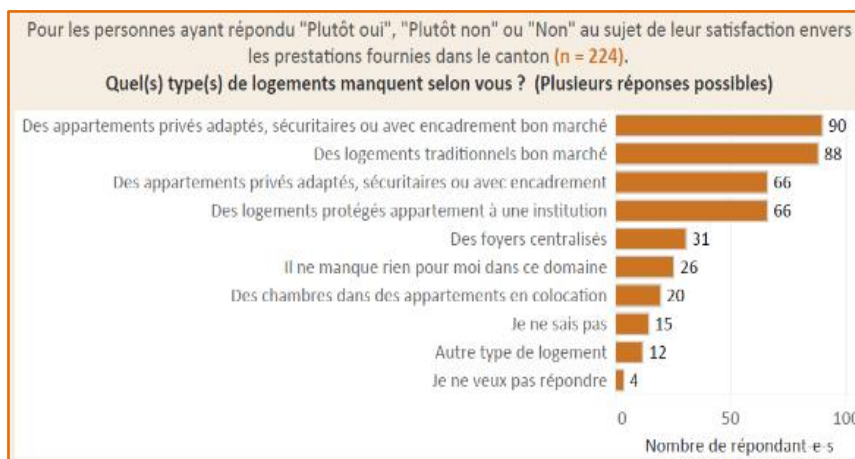


Le niveau de satisfaction face au dispositif de prestations cantonal est relativement mitigé, avec une répartition strictement égale entre les personnes satisfaites et celles insatisfaites. En effet, 126 avis se situent de chaque côté, représentant 43% de l'ensemble des répondant-e-s. Du côté négatif par contre, la part des opinions qui ne sont pas nuancées est plus importante, puisqu'il représente plus d'un tiers de avis négatifs, avec 45 réponses sur 126. Du côté des points de vue positifs, c'est un peu plus du cinquième des répondant-e-s qui est complètement satisfait, avec 28 appréciations qui vont dans ce sens. 11% des participants ne savent pas et 2,4% ne désirent pas s'exprimer à ce sujet.

Les répondant-e-s qui n'étaient pas complètement satisfait-e-s²¹ ont pu se prononcer sur ce qui manquait à leur avis dans le dispositif actuel. Les questions ont été subdivisées en trois thématiques, le logement, les activités de jour et les autres types de prestations.

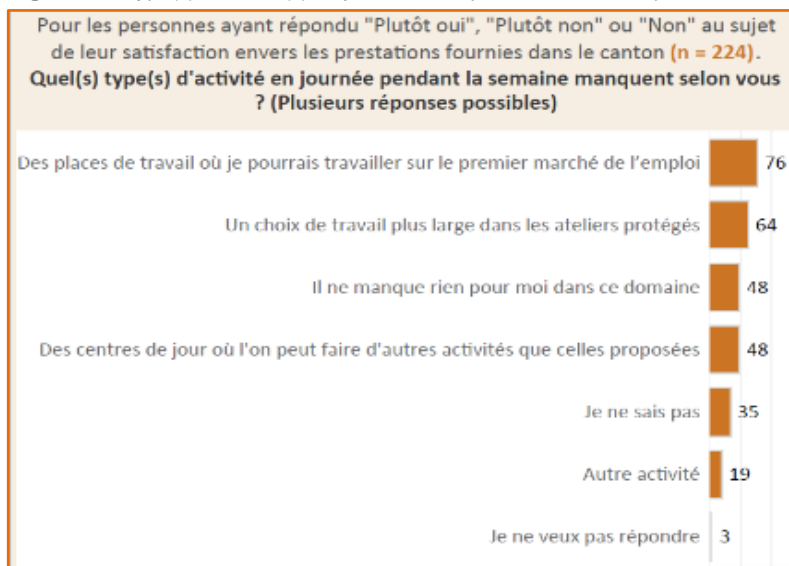
Au niveau du logement, 90 personnes (ou 40%) ont indiqué qu'il manquait de logements privés adaptés, sécuritaires ou avec encadrement bon marché, alors qu'ils sont 88 (ou 39%) à mentionner qu'à leurs yeux ce sont des appartements traditionnels bon marché qui sont en nombre insuffisant. 66 participants mentionnent simplement les appartements avec encadrement, sans notion de leur coût.

Figure 50 : Type(s) de logements manquant(s) selon les répondant-e-s



Viennent ensuite, les places en institution. Avec 66 questionnaires qui le signalent (ou 29%), les logements protégés appartenant à une institution sont en quatrième position, loin devant les logements en foyer centralisé qui sont mentionnés à 31 reprises (ou 14%). 20 répondant-e-s (ou 9%) sont d'avis que des chambres dans des colocations font défaut, alors que 26 (ou 12%) pensent qu'il ne manque rien dans le domaine du logement.

Figure 51 : Type(s) d'activité(s) en journée manquantes selon les répondant-e-s

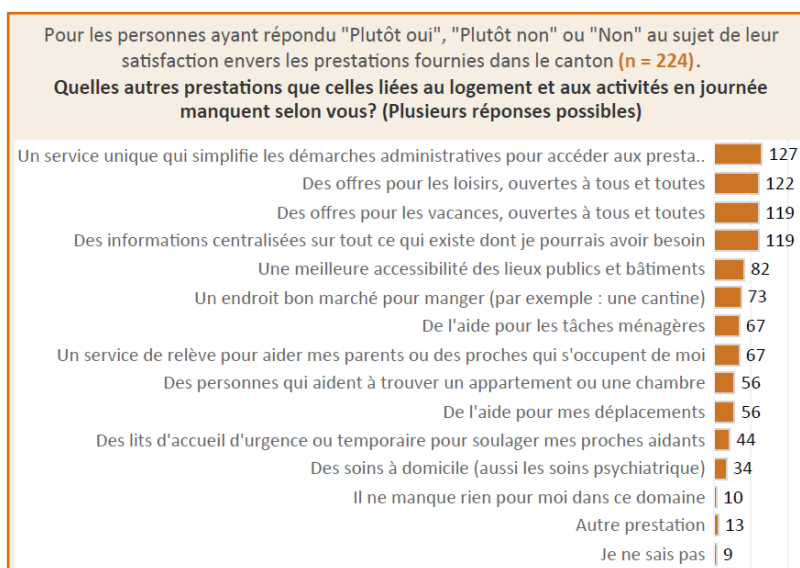


Pour ce qui traite des activités en journée, ils sont 76 (ou 34%) à estimer qu'il faudrait des places de travail pour eux dans le marché premier de l'emploi. Au niveau des places d'externat en institution, ils sont 64 (29%) à estimer que les ateliers protégés n'offrent pas une palette d'activités suffisante, alors c'est 48 fois (ou 21%) que cette réponse ressort pour les centres de jour. Pour 51 participant-e-s (ou 22%), aucune prestation ne fait défaut dans ce domaine.

²¹ Donc tous ceux qui n'ont pas coché « oui » à la question mentionnée dans le graphique.... C'est sur ce total que sont ensuite calculé les pourcentages ici.

Mais c'est surtout au niveau des autres prestations que les répondant-e-s ont relevé un manque.

Figure 52 : Autre(s) prestation(s) manquantes selon les répondant-e-s

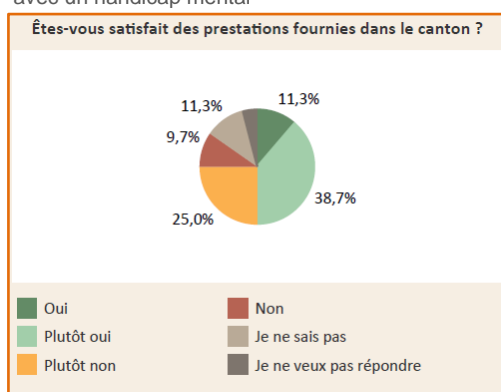


Quatre réponses ressortent le plus souvent et mettent d'accord la majorité des participants. Il y a d'une part les services du type administratif, qui permettent aux bénéficiaires d'accéder aux prestations. Avec d'une part 127 questionnaires (ou 56%), qui mentionnent la volonté d'avoir un service unique simplifiant les démarches administratives et de l'autre 119 (ou 53%) indiquent que c'est une information centralisée avec tout l'existant qui pourrait être utile. D'autre part, nous trouvons des activités de loisirs et de vacances ouvertes à tout le monde, avec respectivement 122 et 119 répondant-e-s qui les mentionnent.

En cinquième position, ce sont des problèmes d'accessibilité liés aux bâtiments et lieux publics qui sont cités et ensuite, la problématique d'un lieu pour partager un repas bon marché. Les services d'aide et de soins à domicile sont également cités, avec 67 répondant-e-s qui mentionnent tant un service de relève que de l'aide pour les tâches ménagères, 56 qui auraient besoin d'un service de transport et 34 un prestataire de soins à domicile.

En se penchant sur les deux cohortes précitées, nous allons voir s'il existe des différences en termes de satisfaction face au dispositif de prestation cantonal.

Figure 53 : Satisfaction des répondant-e-s vivant avec un handicap mental



Ainsi sur les 124 répondant-e-s qui vivent avec un handicap mental, nous pouvons constater qu'il y en a exactement la moitié qui est satisfaite du dispositif de prestations cantonal. Si on y intègre les personnes « plutôt insatisfaites » (et donc pas complètement), nous atteignons les trois quarts des observations de cette cohorte. Notons toutefois que presque un individu sur dix est insatisfait ici avec le dispositif cantonal.

En ce qui concerne les personnes avec handicap physique qui ont répondu, on remarque un état de la situation plus négatif. En effet à l'exception de ceux qui ont refusé de s'exprimer, les moins représentées (avec 6%) ici sont les personnes qui sont satisfaites par les actuelles prestations disponibles dans le canton. Avec une proportion similaire à l'autre cohorte, les répondant-e-s qui ne sont que partiellement satisfait-e-s ou insatisfait-e-s incarnent presque les deux tiers des avis. Une attention particulière doit être portée dans cette cohorte, puisqu'au-delà d'avoir relativement peu de personnes satisfaites, il y a quasiment un individu sur cinq qui n'est pas du tout satisfait avec le dispositif actuel.

Au niveau des manques recensés en matière de lieu de vie, les logements protégés appartenant à une institution sont ceux qui sont les plus mentionnés pour les personnes vivant avec un handicap mental, avec 41% (ou 37 personnes) des répondant-e-s. Puis viennent les logements privés, avec encadrement ou pas et une notion parfois de prix abordable, avec entre 30% et 32% des questionnaires qui les mentionnent. En cinquième et sixième viennent les places en foyer centralisé ainsi que des chambres dans une colocation, avec respectivement 22% et 16% des questionnaires qui les spécifient. Il est à noter ici que plus de 15% des répondant-e-s de cette cohorte pense qu'il ne manque rien dans ce domaine.

Figure 54 : Satisfaction des répondant-e-s vivant avec un handicap physique

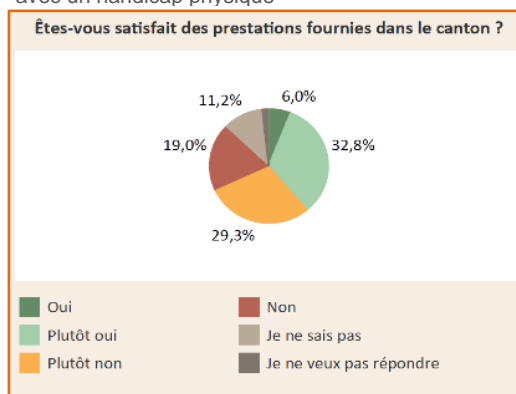
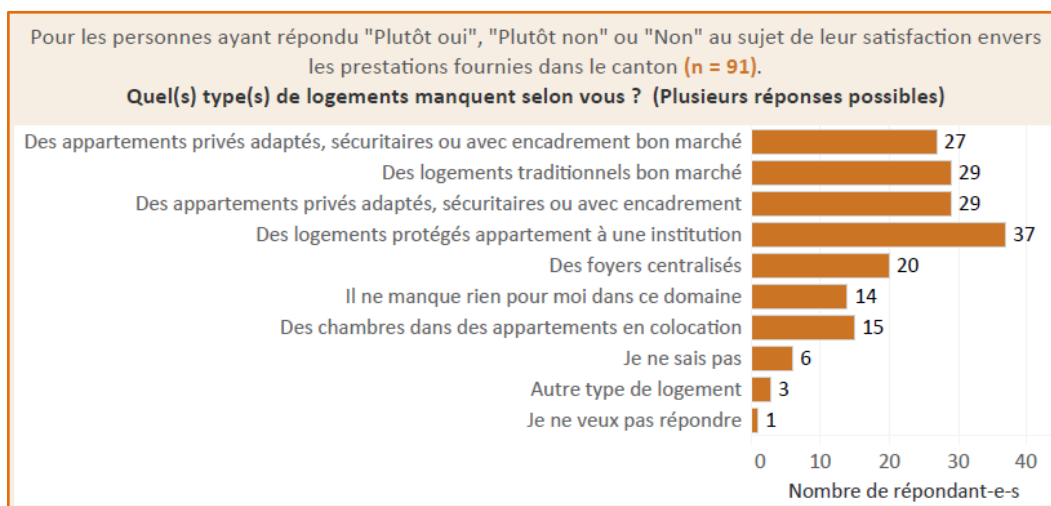
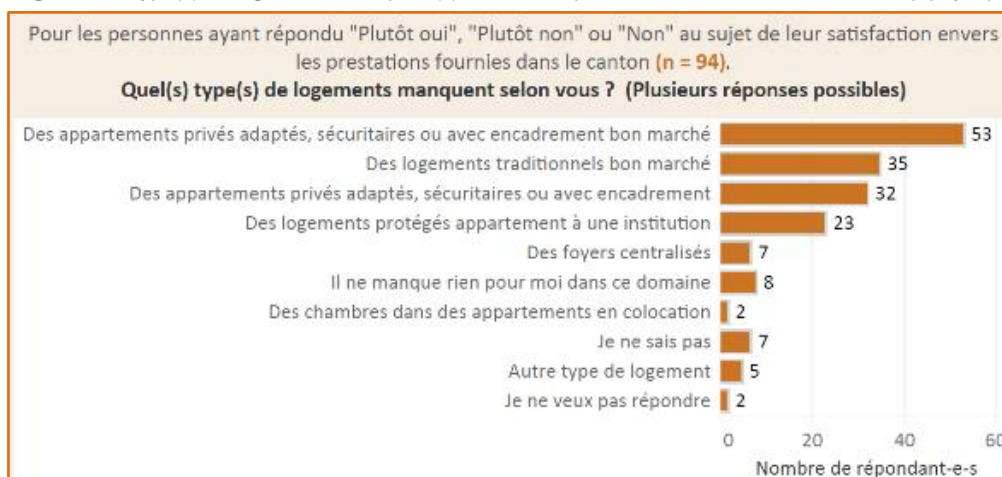


Figure 55 : Type(s) de logements manquant(s) selon les répondant-e-s vivant avec un handicap mental



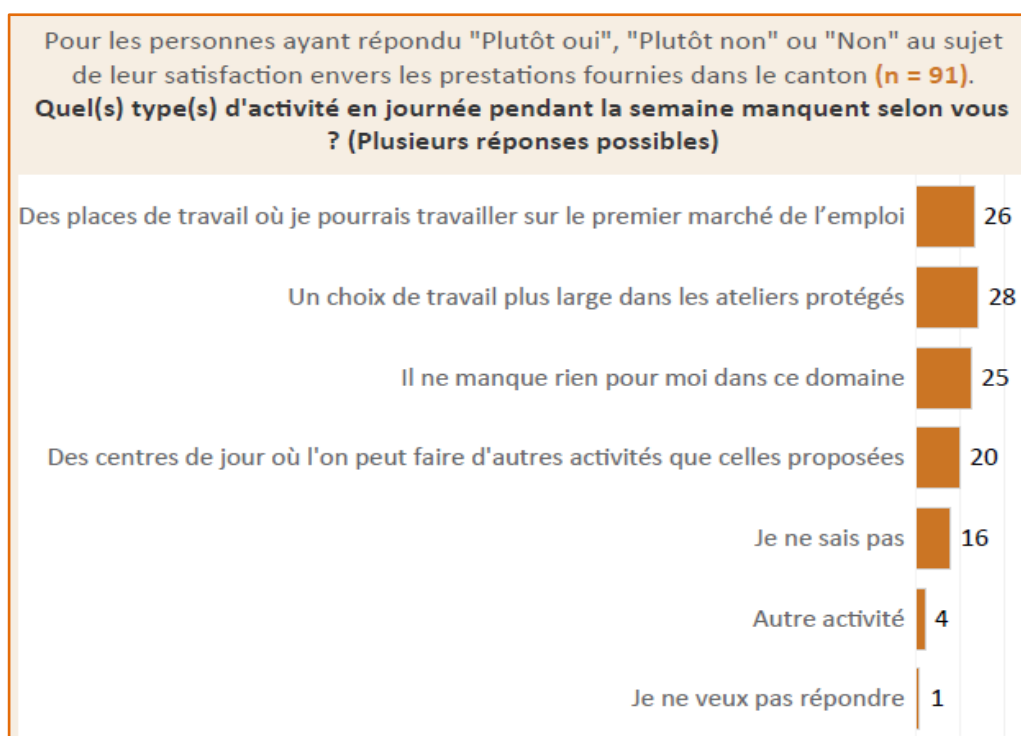
Pour les répondant-e-s qui vivent avec un handicap physique, ce dont il manque principalement en termes de lieu de vie, ce sont des logements privés avec encadrement et loyer abordables. En effet nous trouvons largement en première place, avec plus de la moitié (56%) des questionnaires reçus de cette cohorte, la mention d'appartement privés avec encadrement bon marché. Avec respectivement 37% et 34% des questionnaires remplis par cette cohorte, nous trouvons ensuite la notion de prix bas pour des logements privés traditionnels en deuxième place, puis les appartements avec encadrement mais sans distinction de prix cette fois-ci. Avec 24% des questionnaires, les logements protégés appartenant à une institution arrivent à la quatrième place cette fois. Notons ici qu'en comparaison à l'autre cohorte, seul un peu plus de 8% des répondant-e-s estime qu'il ne manque rien dans ce domaine.

Figure 56 : Type(s) de logements manquant(s) selon les répondant-e-s vivant avec un handicap physique



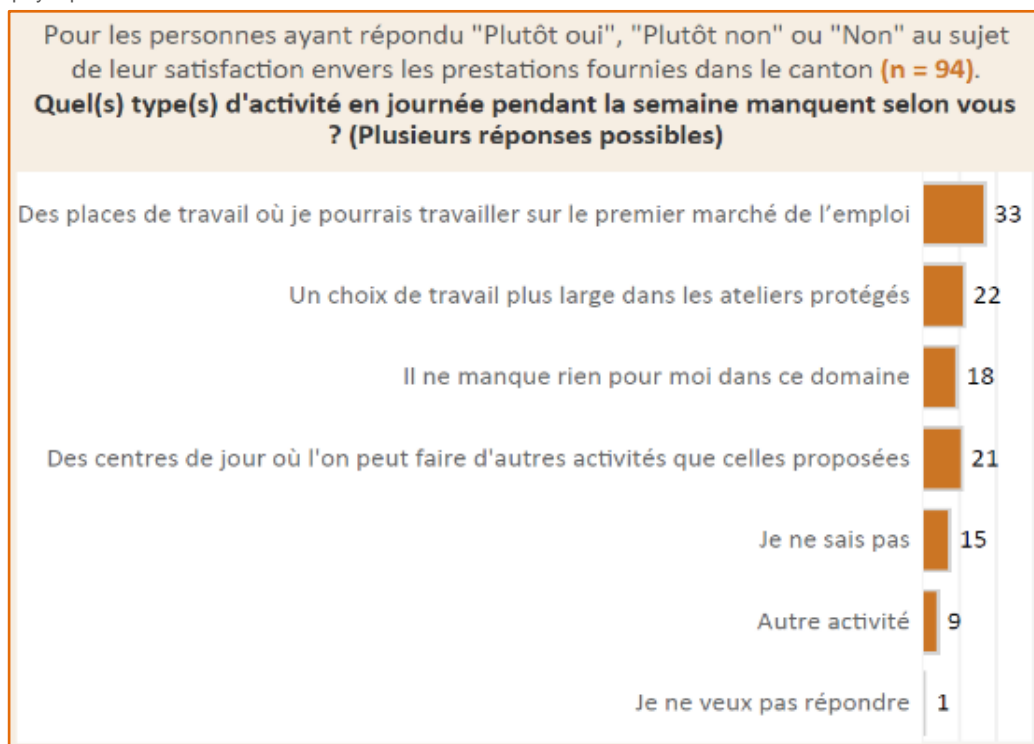
Pour ce qui est des activités en journée, la principale préoccupation des répondant-e-s vivant avec un handicap mental (avec 31% de ces questionnaires) est que le choix des activités en atelier protégé n'est pas suffisant, suivi de près (avec 29%) par l'inquiétude qu'il n'y ait pas assez de places de travail qui leur correspondent sur le marché premier de l'emploi. 20 répondant-e-s (ou 22% de ces questionnaires) jugent que le choix d'activités en centre de jour n'est pas assez varié. Notons cependant que plus d'un quart des répondant-e-s (27%) ici estime qu'il ne manque rien dans ce domaine.

Figure 57 : Type(s) d'activité(s) en journée manquante(s) selon les répondant-e-s vivant avec un handicap mental



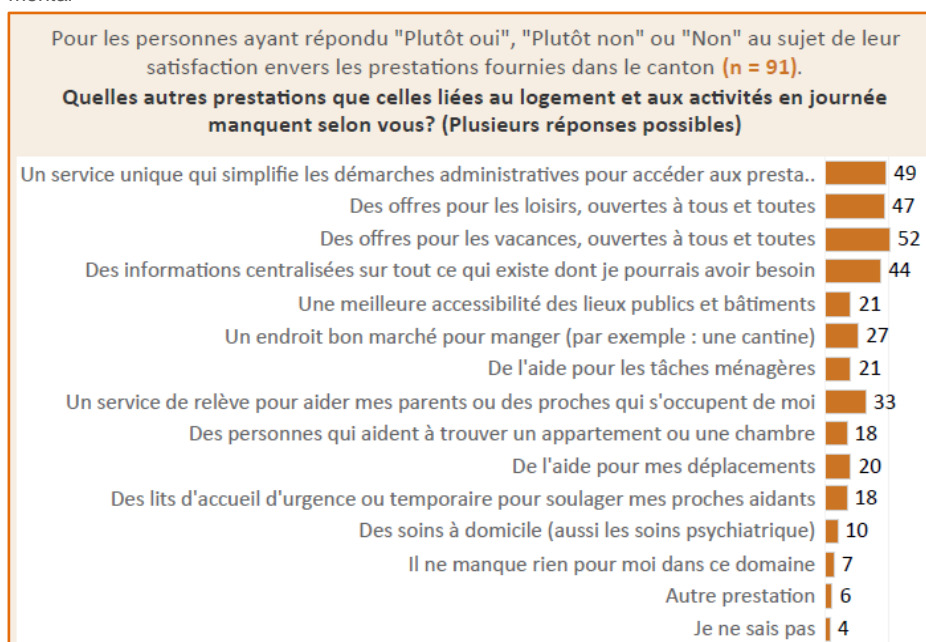
En ce qui concerne les personnes avec un handicap physique, la réaction largement plus représentée est un manque de places de travail sur le marché premier, avec plus de 35% des questionnaires reçus par cette cohorte. Vient ensuite le choix insuffisant dans les ateliers protégés et dans les centres de jour, avec respectivement 23% et 22% de ces questionnaires qui en parlent. 19% de ces participant-e-s (ou 18 sur 94) considèrent qu'il ne manque rien dans ce domaine.

Figure 58 : Type(s) d'activité(s) en journée manquante(s) selon les répondant-e-s vivant avec un handicap physique



Pour les autres offres que celles liées au logement et celles qu'on effectue tous les jours en semaine, nous observons que les prestations qui semblent le plus manquer aux yeux des personnes vivant avec un handicap mental sont comparables à l'ensemble de notre échantillon. En effet, les quatre premières propositions de la figure ci-dessous sont celles qui mettent d'accord plus de la moitié des personnes sondées de cette cohorte, avec des offres de vacances et de loisirs ouvertes à tous, qui récoltent respectivement 57% et 52% des voix. Il y a ensuite la mise en place d'un service unique

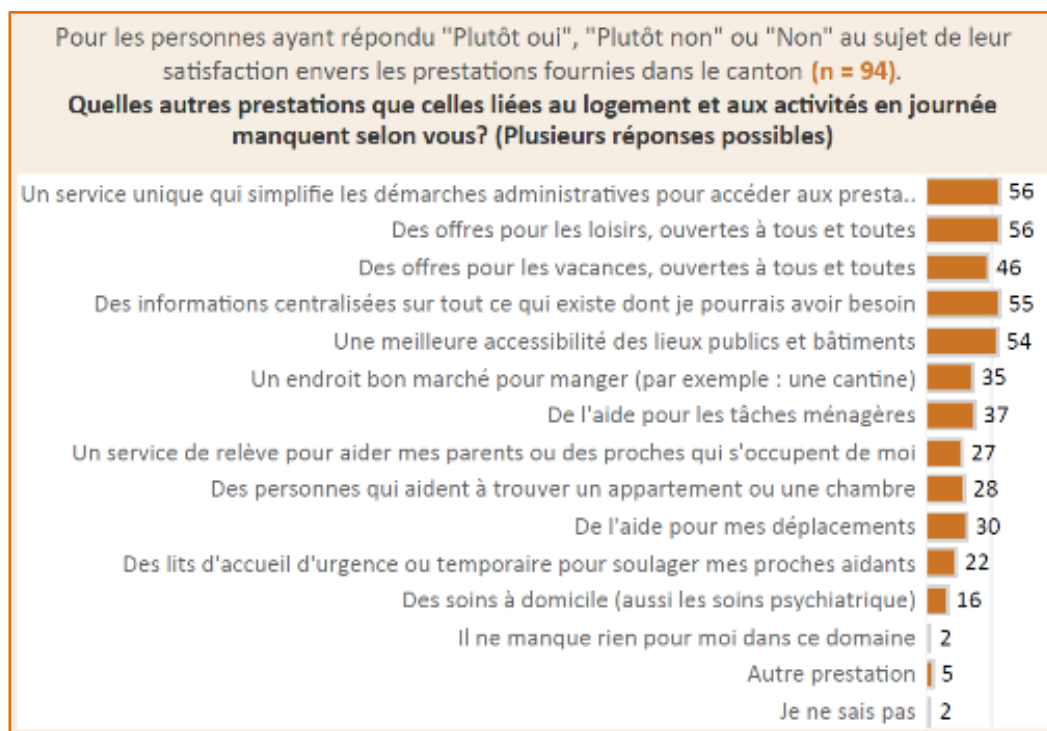
Figure 59 : Autre(s) prestation(s) manquante(s) selon les répondant-e-s vivant avec un handicap mental



qui simplifie les démarches pour accéder aux prestations avec 54% de répondant-e-s qui le mentionne et la mise en œuvre d'une plateforme servant à centraliser l'ensemble des informations en lien avec le handicap. 36% des questionnaires juge qu'un service de relève fait défaut et 30% estime qu'il manque d'endroit bon marché pour manger.

L'absence ou l'insuffisance de certaines prestations semble un peu plus importante pour les personnes vivant avec un handicap physique puisque cinq des offres proposées mettent d'accord une majorité des répondant-e-s de cette cohorte. En plus des quatre services précédents, on parle ici d'avoir une meilleure accessibilité aux bâtiments et lieux publics qui préoccupe ici le 57% des répondant-e-s. Ces participant-e-s se sentent également concerné-e-s par un meilleur accès à de l'aide-ménagère ainsi que par un endroit pas trop cher pour manger, puisqu'ils sont respectivement 39% et 37% à le préciser.

Figure 60 : Autre(s) prestation(s) manquante(s) selon les répondant-e-s vivant avec un handicap physique



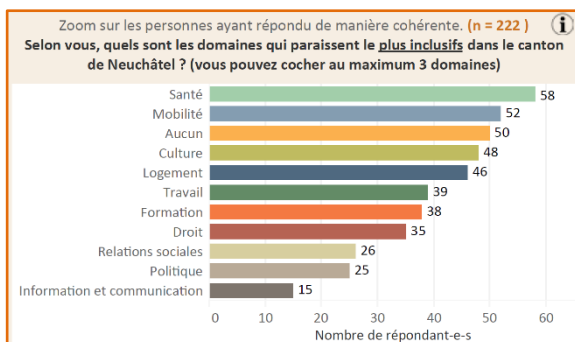
1.6. PERCEPTION DU DEGRÉ D'INCLUSION DANS LE CANTON

Dans cette sixième et dernière partie, nous avons tenté d'évaluer la participation sociale, en questionnant les répondant-e-s sur leur perception du degré d'inclusion dans les dix domaines²² illustrés par les graphiques ci-dessous. Seule une partie des réponses est illustrées ici²³, donc les pourcentages sont calculés sur cette nouvelle taille d'échantillon de 222 personnes.

²² Les domaines sont tirés de l'indice d'inclusion 2023, étude à l'échelon national mandatée par Pro Infirmis Suisse.

²³ Dans cette partie du questionnaire, ce sont d'abord les trois domaines (au maximum) les plus inclusifs puis les moins inclusif qui ont été sondés. Comme certains participants ont indiqué les mêmes domaines pour l'une et l'autre question, il a été fait abstraction de ces réponses, portant la taille de l'échantillon de 291 à 222 observations.

Figure 61 : Domaines considérés comme les plus inclusifs



Pour ce qu'il en est des domaines considérés comme les moins inclusifs, c'est largement le domaine du travail qui ressort en tête, avec près de 38% des participant-e-s qui le mentionnent. Puis avec 27% chacun, les domaines de la mobilité et du logement arrivent ex aequo à la deuxième place, suivis par le domaine de la politique qui est spécifié pour 22% des répondant-e-s.

Il est intéressant de noter que malgré le traitement des données sur cette thématique, le domaine de la mobilité est considéré par certains comme dans les plus inclusifs et par d'autres comme dans les moins inclusifs.

À titre de comparaison, l'étude menée au niveau national montre que les trois domaines considérés comme les moins inclusifs sont la politique, le travail et la mobilité.

Figure 62 : Domaines considérés comme les moins inclusifs

En termes de domaines considérés comme les plus inclusifs, nous avons en tête celui de la santé avec plus d'un quart des répondant-e-s (ou 58) qui le mentionnent. Puis vient la mobilité avec un peu moins d'un quart des participants qui l'énoncent. Il est frappant de noter qu'à la troisième place, avec près de 23% de réponses, aucun de ces domaines n'est considéré comme plus inclusif qu'un autre.

Figure 63 : Domaines considérés comme les plus inclusifs pour les répondant-e-s vivant avec un handicap mental

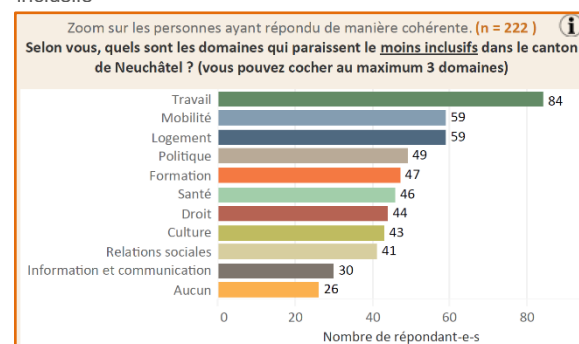
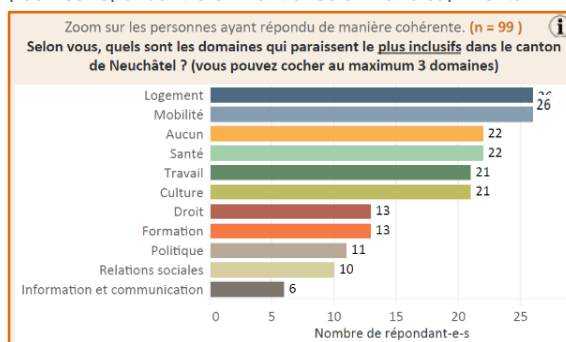


Figure 64 : Domaines considérés comme les plus inclusifs pour les répondant-e-s vivant avec un handicap physique



Nous allons à présent examiner si des différences peuvent être observées entre les deux cohortes de handicap qui ont été construites.

Comme nous pouvons le constater sur les deux figures ci-dessous, le classement des dix domaines en fonction de leur niveau d'inclusion est passablement différent entre nos deux cohortes. Ainsi, si les domaines du logement et

de la mobilité sont considérés comme les plus inclusifs par les répondant-e-s vivant avec un handicap mental, c'est le domaine de la santé et de la culture qui arrivent en tête pour les participant-e-s qui vivent avec un handicap physique. Parmi les trois premiers domaines ici, le consensus est sur la santé et le fait qu'aucun de ces domaines n'est plus inclusif qu'un autre. Le domaine le moins cité par les deux cohortes est celui de l'information et de la communication.

Figure 64 : Domaines considérés comme les plus inclusifs pour les répondant-e-s vivant avec un handicap physique

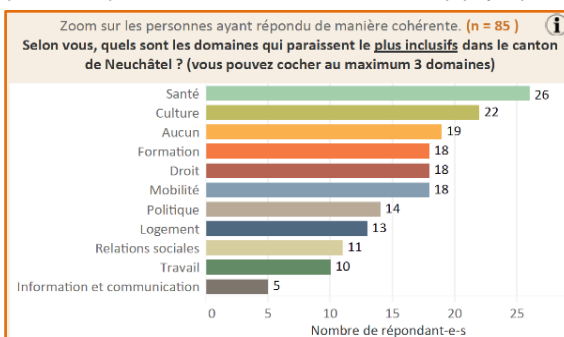
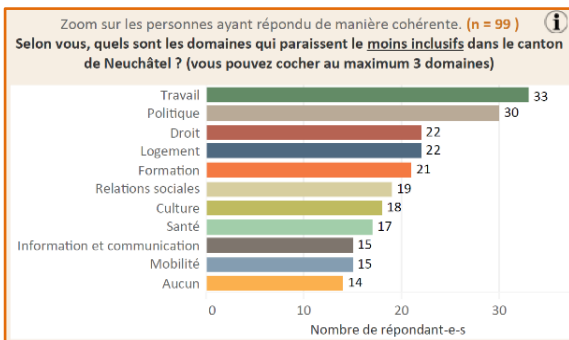


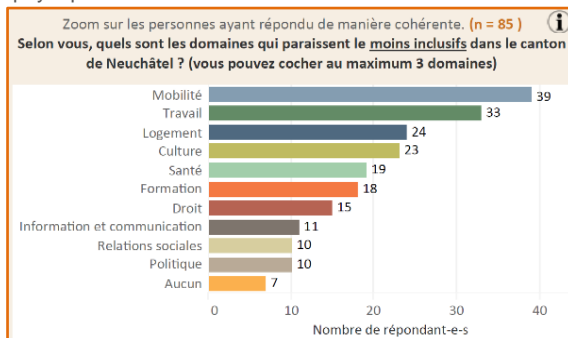
Figure 65 : Domaines considérés comme les moins inclusifs pour les répondant-e-s vivant avec un handicap mental



les personnes vivant avec un handicap physique. Les principaux points d'accord se situent au sujet des domaines du travail et du logement, avec respectivement 33% et 22% des préférences pour les personnes qui vivent avec un handicap mental contre 39% et 28% des options choisies pour les personnes vivant avec un handicap physique. La formation semble aussi être une problématique commune aux deux cohortes puisqu'elle représente environ 21% des domaines les moins inclusifs pour chacune des deux cohortes.

En regardant maintenant les domaines considérés comme les moins inclusifs, nous avons en tête le travail, la politique et le droit /logement à la troisième place pour les personnes vivant avec un handicap mental, contre la mobilité, le travail et le logement pour

Figure 66 : Domaines considérés comme les moins inclusifs pour les répondant-e-s vivant avec un handicap physique



Les personnes vivant avec un handicap physique qui ont répondu à notre enquête sont relativement moins satisfait par le dispositif de prestation dans le canton. En termes de logement sur les quatre premiers types que mentionne cette cohorte, nous trouvons les appartements privés avec encadrement ainsi que les logements protégés appartenant à une institution. Pour les appartements privés, il faudra faire une attention toute particulière à l'abordabilité de ce type de lieu de vie puisque la thématique du prix de l'appartement ressort aux deux premières places pour cette cohorte.

1.6.1. Handicap mental

Le handicap mental est un trouble généralisé habituellement perçu avant l'âge adulte, caractérisé par un déficit et un dysfonctionnement cognitif empêchant la personne de s'adapter aux exigences de la vie courante. Fondée principalement sur les processus mentaux se rapportant à la connaissance, la définition du handicap mental a été historiquement fixée à un score du quotient intellectuel (QI) inférieur à 70. Les études convergent pour parler d'un taux de prévalence de 1 à 3%²⁴ ; il est estimé qu'il concerne 1,6 garçon pour 1 fille²⁵. Enfin, 85% des personnes ayant un handicap mental présente une déficience intellectuelle légère, 10% une déficience moyenne, 3 à 4% une déficience grave et 1 à 2% une déficience profonde. Malgré les nombreuses raisons qui auraient pu faire évoluer ce taux au cours des dernières décennies (meilleurs dépistage prénatal et suivi de grossesse, améliorations des conditions socio-économiques, meilleure survie), la prévalence de la déficience intellectuelle dans la population semble être stable dans le temps.

La notion de polyhandicap est apparue à la fin des années 70 et se définit comme « *un handicap grave à expressions multiples associant toujours une déficience intellectuelle sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation*²⁶ ». Les personnes polyhandicapées souffrent souvent également d'insuffisance respiratoire chronique, de troubles nutritionnels et de l'élimination, ainsi que de fragilité cutanée. Ils sont généralement dépendant de l'assistance d'un tiers pour les actes de la vie quotidienne, communiquent peu et sont sujets à des crises d'épilepsie dans la moitié des cas. Contrairement aux handicaps associés (multihandicaps) qui s'additionnent, dans le cas des polyhandicapés, les handicaps se multiplient. La personne polyhandicapée nécessite donc à tout âge de la vie tant d'une prise en charge socio-éducative que médicale. L'accompagnement socio-éducatif vise notamment à maintenir et à développer les aptitudes intellectuelles, relationnelles et affectives. À ce jour, la littérature évoque entre 30 et 40% de cas pour lesquels l'étiologie est inconnue, 50% des situations étant d'origine prénatale (affection chromosomique ; maladie métabolique ; malformation cérébrale, infections, intoxication par médicaments, drogue ou alcool). 15% des situations auraient une cause périnatale (séquelles de grande prématurité, d'encéphalite, etc.) et 5% seraient d'origine postnatale (traumatisme, arrêt cardiaque, noyade, méningite, etc.)²⁷. Comme sa définition n'est pas encore stabilisée, il n'existe actuellement pas de consensus sur ce terme au niveau international. En Suisse, le Groupe Romand sur le Polyhandicap (GRP) s'appuie sur la définition qualifiée comme « stricte » suivante : le polyhandicap désigne la situation de vie spécifique d'une personne atteinte d'altérations cérébrales précoces (anté- ou périnatales) non évolutives, ayant pour conséquence d'importantes perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain²⁸ ». Quelle qu'en soit la cause, il existe néanmoins un consensus sur le fait que le polyhandicap associe une déficience motrice à une déficience intellectuelle sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. Le taux de prévalence varie donc en fonction de la définition considérée, avec des études qui l'estiment à entre 0.7 et 1 pour 1'000 habitant-e-s²⁹. Ce taux ne semble pas diminuer malgré les progrès réalisés en matière de dépistage en raison notamment d'une amélioration des soins et de la qualité de vie des personnes polyhandicapées³⁰.

L'autisme correspond à un trouble neuro-développemental qui se manifeste précocement chez l'enfant, à travers une intensité et des formes variables regroupées dans la classification la plus

²⁴ Chelly J, Khelifaoui M, Francis F, Chérif B, Bienvenu T, *Genetics and pathophysiology of mental retardation*, Eur J Hum Genet, 2006 ;14:701-713.

²⁵ McLaren et Bryson, 1987.

²⁶ <http://www.onisep.fr/Formation-et-handicap/Mieux-vivre-sa-scolarité/Par-type-de-handicap/Scolarité-et-polyhandicap/Definition-du-polyhandicap>

²⁷ Inserm (dir.). Handicaps rares : Contextes, enjeux et perspectives. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2013, XVIII-400 p. - (Expertise collective).

²⁸ Wolf, D. (2006). Polyhandicap : une nouvelle définition en Suisse romande. Pédagogie spécialisée, 1 : 6-12.

²⁹ Inserm (2004). Déficiences et handicaps d'origine périnatale. Dépistage et prise en charge. P 291. Paris : Inserm.

³⁰ Billette de Villemeur T, Mathieu S, Tallot M, Grimont E, Brisse C (2012). Le parcours de santé de l'enfant polyhandicapé. Archives de pédiatrie, 19(2) : 105-108.

récente (le DSM-5) sous la formule générique de trouble du spectre autistique (TSA). La CIM-10³¹ définit l'autisme comme un *groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations*³². Si ce trouble est souvent associé à une déficience intellectuelle, il est important de noter ici que ce n'est pas toujours le cas³³. Ce trouble répond en grande partie à la notion de handicap, induite par une limitation des interactions d'un individu avec son environnement. Les recherches épidémiologiques actuelles attestent une prévalence située entre 0.6% et 1% de personnes atteintes de TSA³⁴, en nette augmentation en raison du développement des compétences diagnostiques et de la spécialisation de la recherche³⁵. Sur ces dernières, Les personnes prises en charge en institution sociale ont en grande majorité également une déficience intellectuelle. Une partie d'entre elles présentent des comportements dit « défi » (nuisance, perturbation antisociale, automutilation et hétéro-agressivité), pour lesquels le canton s'est doté d'une prise en charge spécifique. Les trois populations de cette première cohorte sont regroupées ici puisque dans le canton c'est la même institution sociale, la Fondation des Perce-Neige, qui s'en occupe.

1.6.2. Handicap physique

Un handicap physique est un trouble qui affecte la motricité par la perte partielle ou totale de la capacité de mouvement. Celui-ci peut être de nature temporaire ou permanente. L'hétérogénéité de cette cohorte est encore plus importante que la précédente puisque multiples sont les maladies acquises ou génétiques, les conséquences d'accidents ou tout simplement l'avancée en âge qui peuvent conduire à une déficience physique. Pour avoir quelques exemples, nous pouvons citer la maladie de Parkinson, la poliomyélite, l'hémiplégie, la myopathie, la méningite, l'encéphalite, l'épilepsie, la spina bifida ou le cancer du système nerveux. Dans les institutions les pathologies les plus représentées sont les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les traumatismes crâniocérébraux (TCC), les scléroses en plaques (SEP) et les infirmités motrices cérébrales (IMC).

S'agissant des études épidémiologiques sur l'IMC, une étude récente menée dans le Canton de St-Gall sur des données relatives à des enfants nés entre 1995 et 2009 mentionne un taux de prévalence de 1.92 pour 1'000 naissances. Ce taux serait d'ailleurs similaire aux taux mis en évidence dans des études internationales (Stojicevic, 2016). Les enfants atteints d'IMC représenteraient même le 19% de l'ensemble de la population infantile vivant avec un handicap (Janicki, 2021). Concernant les accidents vasculaires cérébraux, ils représentent la troisième cause de mortalité la plus fréquente (après les maladies cardiovasculaires et le cancer) et la cause la plus répandue de handicaps acquis à l'âge adulte. Les symptômes varient beaucoup, selon la nature de l'AVC (ischémique ou hémorragique), l'endroit et la taille de la lésion cérébrale, ils peuvent disparaître en quelques heures ou perdurer. Les causes sont généralement liées à l'alimentation, l'hygiène de vie ou l'âge. En Suisse, environ 20'000 personnes par an sont victimes d'un accident vasculaire cérébral, dont environ 50% s'en remettent complètement, 30% restent handicapées et 20% environ décèdent³⁶. Il est toutefois à noter que le taux d'incidence est fortement corrélé à l'âge³⁷. Selon l'observatoire suisse de la santé (OBSAN)³⁸, le Canton de Neuchâtel est le quatrième canton avec le plus d'AVC sur la période 2018 à 2022³⁹. Au niveau des TCC, il est estimé qu'en moyenne en Suisse il y aurait environ 5'000 nouveaux cas par année, portant le taux d'incidence à 0.6 cas pour 1'000 habitant-e-s. Les accidents de la route sont responsables de plus de 70% de ces situations. Elles peuvent également être occasionnées par des chutes, des accidents sportifs, des

³¹ Classification Internationale des Maladies. La CIM-10 est la dixième version de cette classification publiée par l'Organisation mondiale de la santé et utilisée mondialement pour l'enregistrement des causes de morbidité et de mortalité.

³² <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr/#/F80-F89>

³³ D'ailleurs, une partie des personnes TSA ont même un QI supérieur à la moyenne (c'est par exemple le cas d'une partie des personnes Asperger).

³⁴ Dont environ un quart souffriraient d'une forme grave de TSA.

³⁵ Enfants et jeunes atteints d'un trouble envahissant du développement en Suisse. Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat (12.3672) Claude Hêche « Autisme et trouble envahissant du développement (2012).

³⁶ <https://www.fragile.ch/fr/informations-sur-les-lesions-cerebrales/faits-et-chiffres/>

³⁷ L'âge moyen des personnes touchées par une AVC est d'environ 75 ans, mais 25% des personnes concernées ont moins de 65 ans.

³⁸ <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/attaques-cerebrales>

³⁹ Le taux standardisé d'incidence de l'AVC est de 277.4 cas pour 100'000 habitant-e-s, alors que la moyenne suisse sur cette même période est de 246.6

traumatismes par armes à feu et de la violence domestique. La SEP est une maladie évolutive du système nerveux central qui peut interrompre les signaux dans le cerveau, la moelle épinière et les nerfs optiques. Il en résulte divers symptômes et handicaps. En 2022, le taux de prévalence est estimé à 1.7 cas pour 1'000 habitant-e-s (ou 15'000 personnes vivant avec une SEP)⁴⁰.

Dans le Canton de Neuchâtel, deux fondations se partageant la prise en charge des personnes vivant avec un handicap physique. Les personnes jouissant encore d'une certaine indépendance bénéficient des prestations de la Fondation Foyer Handicap, alors que les situations avec fortes dépendances sont accueillies à la Maison de Vie et de Santé, gérée pour l'accompagnement par la Fondation les Perce-Neige, avec le concours de RHNE pour les soins.

1.6.3. Handicap sensoriel

Le handicap sensoriel résulte d'une déficience physique touchant les sens, le plus souvent l'ouïe (déficience auditive) et la vue (déficience visuelle), voire les deux. Comme cette problématique entraîne fréquemment des difficultés de communication et d'inclusion dans la société, la personne vivant avec ce type de handicap est amenée à développer d'autres moyens de communications et d'information, grâce à l'apprentissage ou à l'aide de certains outils. Il existe dans d'autres cantons des prises en charges institutionnelle qui en facilitent l'accès (principalement des activités d'occupation en journée), mais il est vrai qu'une personne vivant uniquement avec un handicap sensoriel sans autre comorbidités n'est quasiment jamais hébergée dans une institution sociale sur une longue période. Vu la taille de notre canton, il n'y a donc aucune place spécifique à cette problématique dans le canton.

Une déficience auditive peut être médicale ou fonctionnelle. Dans le premier cas, elle représente les personnes qui ont du mal à suivre une conversation ordinaire ou qui portent un appareil auditif, alors que dans le deuxième les personnes interrogées ont du mal à suivre la conversation ordinaire, indépendamment du port d'un appareil auditif (la correction complète n'est pas possible mais sert déjà à limiter l'atteinte sur les activités quotidiennes ou le bien-être psychique de l'individu). Sur les personnes de 15 ans et plus vivant en ménage privé, le taux de prévalence de la déficience auditive médicale est de 8.4%, alors que celle fonctionnelle est de 5.5%. Le taux pour la déficience visuelle est de 6.2%, alors qu'il est de 1.2% pour la double déficience⁴¹.

1.6.4. Handicap psychique

Le handicap psychique se définit par l'atteinte d'une pathologie entraînant des troubles psychiques, affectifs et émotionnels qui conduisent à une perturbation de la personnalité. Les capacités intellectuelles sont indemnes et peuvent évoluer de manière satisfaisante, c'est donc la possibilité de les utiliser qui est déficiente. La prise de médicaments est souvent indispensable, associée à des techniques d'accompagnement pour pallier, voire réadapter les capacités à penser et à décider. Contrairement au handicap mental, il est principalement de cause inconnue et apparaît le plus souvent à l'âge adulte. Le handicap psychique est donc la conséquence de diverses maladies comme la schizophrénie (perte de l'unité psychique, perception erronée de la réalité, symptômes déficitaires ou négatifs avec une diminution des réactions émotionnelles, apparition de troubles cognitifs) ; le trouble bipolaire (trouble maniaco-dépressif), le trouble grave de la personnalité (par exemple « borderline ») ou certains troubles névrotiques graves comme les TOC (troubles obsessionnels compulsifs). Parlant de handicap psychique, et de surcroît nécessitant une institutionnalisation, les personnes concernées ont en principe des affections chroniques ou permanentes. Toutefois après une prise en charge adaptée, un retour à la vie en société, avec ou sans traitement psychothérapeutique ou médicamenteux, semble pouvoir être envisagé, raison pour laquelle le bénéficiaire est placé. Avant cette phase, les personnes passent souvent par une phase d'hospitalisation en psychiatrie.

⁴⁰ Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft. (2022). Über MS. Available at <https://www.multiplesklerose.ch/de/ueber-ms/#:~:text=Rund%2015'000%20Menschen%20sind,eine%20Person%20die%20Diagnose%20MS>

⁴¹ Höglinger, D., Jäggi, J. & Guggisberg, J. (2022). Déficiences auditives et visuelles en Suisse (Obsan Bulletin 03/2022). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé (OBSAN).

Le handicap psychique représente la grande majorité⁴² (avec 52%) des causes d'invalidités qui ont conduit à une rente et est une des principales causes des absences au travail. En Suisse en 2022⁴³, on peut estimer à 35% le nombre de personnes qui ont eu un problème psychique au cours des 12 mois précédents l'enquête. Il y a même 1 personne sur 8 qui indiquait qu'elle présentait des symptômes plutôt sévères, la restreignant dans les activités de la vie quotidienne ou s'accompagnant d'idées suicidaires.

1.6.5. Grande précarité sociale

Certaines personnes n'arrivent pas ou plus à assumer leurs obligations familiales, professionnelles ou sociales. Elles se trouvent dans une situation de précarité qui les prive par exemple de l'accès à un logement, d'un emploi, de relations sociales ou de l'accès aux soins. Actuellement pour cette cohorte, la priorité est donnée à l'accès au logement pour prendre en charge ce type de profils, lorsque la problématique n'est pas associée à d'autres comorbidités importantes.

1.6.6. Addictions

L'**addiction**⁴⁴ se caractérise par des comportements compulsifs qui persistent malgré les conséquences graves pour la santé et la vie sociale. C'est un phénomène qui a des composantes à la fois biologiques, psychologiques et sociales. Son apparition est due au type de substance consommée, à des prédispositions individuelles mais aussi à des facteurs sociétaux (entourage personnel, situation professionnelle et financière, perception culturelle des substances, etc.). C'est un phénomène qui peut toucher tous les membres d'une société, peu importe l'âge, le genre et la classe sociale.

Les symptômes de l'addiction sont :

- un désir irrésistible de consommer une substance (*craving*)
- une capacité réduite à contrôler sa consommation
- un syndrome de manque
- une tolérance croissante (augmentation des doses pour obtenir le même effet)
- l'abandon des autres centres d'intérêt
- la poursuite de la consommation malgré ses conséquences nocives connues.

Les produits assujettissants sont principalement le tabac, l'alcool et les substances psychotropes (légal et illégal), mais certaines personnes souffrent aussi de problèmes d'achats compulsifs, d'addiction liée au jeu (d'argent ou vidéos) ou au sexe, etc. Les problèmes engendrés par une addiction peuvent être d'ordre [physique](#), [psychologique](#), [relationnel](#), [familial](#) et [social](#). Si des institutions se sont spécialisées dans la prise en charge de l'addiction, cette dernière fait partie du plus grand domaine de la psychiatrie. Ainsi, dans les institutions accueillant des personnes souffrant de problèmes psychiques, les personnes dépendantes sont nombreuses. D'ailleurs le CNP estime qu'environ la moitié de ses patients ont des troubles psychiatriques liés à une addiction.

En Suisse, on estime que 4 % des femmes et 5 % des hommes de plus de 15 ans boivent régulièrement de façon excessive⁴⁵. Quant à la consommation de drogues, il est difficile d'avoir une indication unique. En 2022, 8,6% de la population suisse âgée de 15 à 64 ans avait déjà consommé au moins une fois une substance illégale (hors cannabis)⁴⁶. Concernant le cannabis, dans le Canton de Neuchâtel, 4.4% de la population âgée de 15 à 64 ans a consommé du cannabis au cours des

⁴² Selon la statistique 2023 (OFAS/CdC, 2024), 12% des rentes sont octroyées pour causes d'infirmités congénitales, 6% pour cause d'accident, 52% pour des maladies psychiques et 30% pour une autre cause.

⁴³ Peter, C., Tuch, A. & Schuler, D. (2023). Psychische Gesundheit – Erhebung Herbst 2022. Wie geht es der Bevölkerung in der Schweiz? Sucht sie sich bei psychischen Problemen Hilfe? (Obsan Bericht 03/2023). Neuchâtel, OBSAN.

⁴⁴ *Ibid*, p. 13

⁴⁵ OFSP, (15.04.2024) Consommation d'alcool à risque, <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/alkohol/problemkonsum.html>

⁴⁶ MonAM, (20 avril 2023), *Consommation de substances illégales* (hors cannabis ; âge : 15–64), <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicateur/monam/consommation-de-substances-illegales-hors-cannabis-age-15-64>

30 derniers jours⁴⁷. Dernier chiffre concernant la prévalence : en 2022, 31% des personnes âgées de 15 à 74 ans consomment au moins une substance à risque, dont 5.2% en consomment au moins 2⁴⁸.

En Suisse, les admissions pour le traitement d'un usage problématique d'alcool, de cannabis, de cocaïne et d'opioïdes (héroïne et morphine notamment) ont suivi une évolution différente entre 2013 et 2022 en fonction de la substance. Les admissions en traitement pour des problèmes d'alcool ont diminué jusqu'en 2018, mais sont reparties à la hausse depuis lors (indice 2013-2022 : -3,7%). Les admissions pour le traitement de la consommation de cocaïne ont sensiblement augmenté, en particulier depuis 2015 (indice 2013-2022 : +116,9%). Pour ce qui est des problèmes liés au cannabis, les admissions en traitement ont fluctué, avec une baisse considérable en 2022 (indice 2013-2022 : -7,9%). En ce qui concerne les problèmes liés aux opioïdes, elles ont dénoté une tendance à la baisse, après une légère augmentation entre 2013 et 2014 (indice 2013-2022 : -31,7%).

En 2022, près de 40 000 personnes ont entamé un traitement pour un problème d'addiction dans une structure d'aide ambulatoire (25 500 soit 64%) ou résidentielle (14 100 soit 36%). Pour la moitié d'entre elles (51%) c'était surtout dû à un problème lié à l'alcool. Les principaux motifs de traitement sont ensuite l'usage de cocaïne (11%), d'opioïdes (10%) et de cannabis (10%)⁴⁹.

Depuis 2005, entre 1500 et 1700 personnes suivent chaque année en Suisse un traitement avec prescription d'héroïne. Cette tendance est globalement stable. En 2022, les hommes sont près de trois fois plus nombreux que les femmes à suivre un tel traitement (91 hommes et 32 femmes). L'âge moyen lors du début du traitement est passé de 35 à 42 ans entre 2005 et 2020 et est de 39 ans en 2022. Les patients âgés de moins de 25 ans lors d'un premier traitement sont rares et représentent 13% en 2022⁵⁰.

En 2022, en Suisse, environ 16 000 personnes suivent un traitement par agonistes opioïdes (anciennement appelé traitement de substitution) en raison d'une dépendance aux opioïdes. Le taux a reculé de 2,6 à 1,8 traitement pour 1000 habitant-e-s entre 2000 et 2022, un recul qui s'explique principalement par le nombre en baisse de jeunes commençant un tel traitement. De fait, en 2000, les 25 à 34 ans constituaient le groupe d'âge le plus concerné, alors que plus de 20 ans plus tard, c'est celui des 45 à 54 ans⁵¹.

Concernant les traitements de substitution dans le Canton de Neuchâtel en 2022, 628 personnes étaient en traitement (452 hommes et 176 femmes). Plus de la moitié de ces personnes avaient entre 45 et 59 ans. La grande majorité (77,4%) de ces personnes prend un traitement à base de méthadone. La moitié de ces personnes ont une consommation passée par intraveineuse⁵².

1.6.7. Handicap mixte (ou sans handicap prédominant)

Une part de l'offre cantonale n'est pas strictement liée à la problématique ou au handicap du bénéficiaire, mais plutôt à ses aptitudes professionnelles. Ainsi, lorsque les capacités résiduelles de travail sont suffisantes, il existe des ateliers protégés à vocation productive avec de véritables objectifs de rendement et de productivité des travailleurs. À ces places d'occupation sont reliées certaines places d'hébergement. C'est-à-dire que les travailleurs de ces ateliers ont la possibilité d'être hébergés dans la même institution qui exploite ces ateliers. Dans ce type de structure (d'hébergement et d'occupation), on trouve donc tant des bénéficiaires qui vivent avec un handicap mental, physique, sensoriel ou psychique que des personnes en grande précarité sociale ou

⁴⁷ MonAM, (20 avril 2023), Prévalence de la consommation de cannabis, <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/monam/consommation-de-cannabis-age-15-64>

⁴⁸ MonAM, (21 avril 2023), Consommation de substances : Comportement à risque multiple (âge : 15-74), <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/monam/consommation-de-substances-comportement-a-risque-multiple-age-15-74>

⁴⁹ MonAM, (21 avril 2023), *Addiction : Évolution des admissions en traitement*, <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/monam/addiction-evolution-des-admissions-en-traitement>

⁵⁰ MonAM, (21 avril 2023), *Traitement avec prescription d'héroïne*, <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/monam/traitement-avec-prescription-dherone>

⁵¹ MonAM, (13 juin 2024), *Personnes sous traitement par agonistes opioïdes*, <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/monam/traitements-par-agonistes-opiodes>

⁵² Substitution.ch, (13 mai 2024), *Statistique annuelle 2022*, https://www.substitution.ch/fr/statistiques_annuelles.html&year=2021&canton=ne

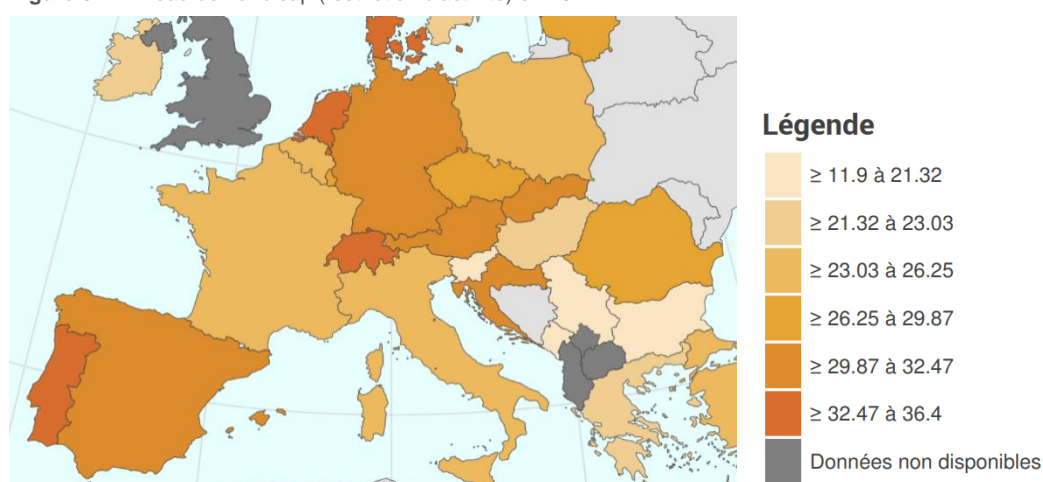
souffrant d'addiction. Le handicap le plus représenté est néanmoins le handicap psychique. Cette cohorte est donc nommée « handicap mixte » tout au long du document. Dans le Canton de Neuchâtel, le partenaire historique de l'État est la Fondation Alfaset pour cette population.

COMPARAISON DE LA SITUATION EN SUISSE AVEC D'AUTRES PAYS EUROPÉENS

Mettons à présent quelques indicateurs en perspectives avec le reste de l'Europe. Ces indicateurs sont basés sur l'enquête SILC⁵³ qui se base sur l'approche sociale de la définition du handicap. L'échantillon n'est en revanche pas suffisant pour décliner ces indicateurs par canton.

Dans un premier temps, nous allons comparer le niveau de handicap estimé en Suisse par rapport à nos pays voisins. Comme nous pouvons le constater sur la figure ci-dessous, la Suisse fait partie des pays avec le plus de personnes vivant avec un handicap en 2022, après le Danemark (36.4%), la Lettonie (35.9%), la Finlande (34.2%) et le Portugal (34.2%). En effet avec ses 33%⁵⁴ de personnes considérées comme vivant avec un handicap, elle est largement en dessus de la moyenne européenne⁵⁵ qui se situe à 27.4%.

Figure 67 : Niveau de handicap (restriction d'activité) en 2022



Source : Eurostat

L'écart en termes d'emploi entre personnes vivant avec un handicap⁵⁶ ou non est relativement variable d'un pays à l'autre en Europe. En Suisse, il est de 13.8% en 2022⁵⁷. À titre de comparaison, il est de 21.4% dans l'Union européenne des 27 États membres. Il y a néanmoins des pays comme le Danemark (9.9%) ou le Luxembourg (8.5%) qui ont des taux très bas, alors que des pays comme l'Irlande (36.6%), la Croatie (36%) ou même la Belgique (35.3%) ont des taux largement plus élevés.

⁵³ SILC (Statistics on Income and Living Conditions) est une enquête sur les revenus et les conditions de vie des ménages en Suisse. Elle a entre autres objectifs d'étudier l'exclusion sociale, au moyen d'indicateurs comparables au niveau européen. Cette enquête se déroule chaque année (les personnes sont interrogées durant plusieurs années consécutives) auprès de personnes âgées de 16 ans et plus vivant dans un ménage privé.

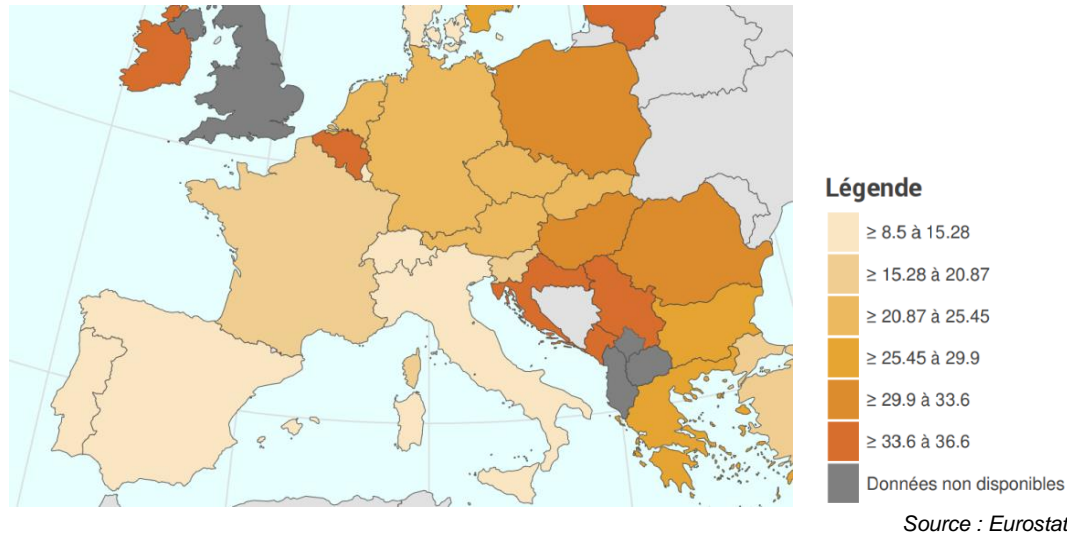
⁵⁴ Tant les personnes « fortement limitée » que celles simplement « limitées ».

⁵⁵ Union européenne des 27.

⁵⁶ Ici, sont considérées tant les personnes « fortement limitées » que les personnes simplement « limitées ».

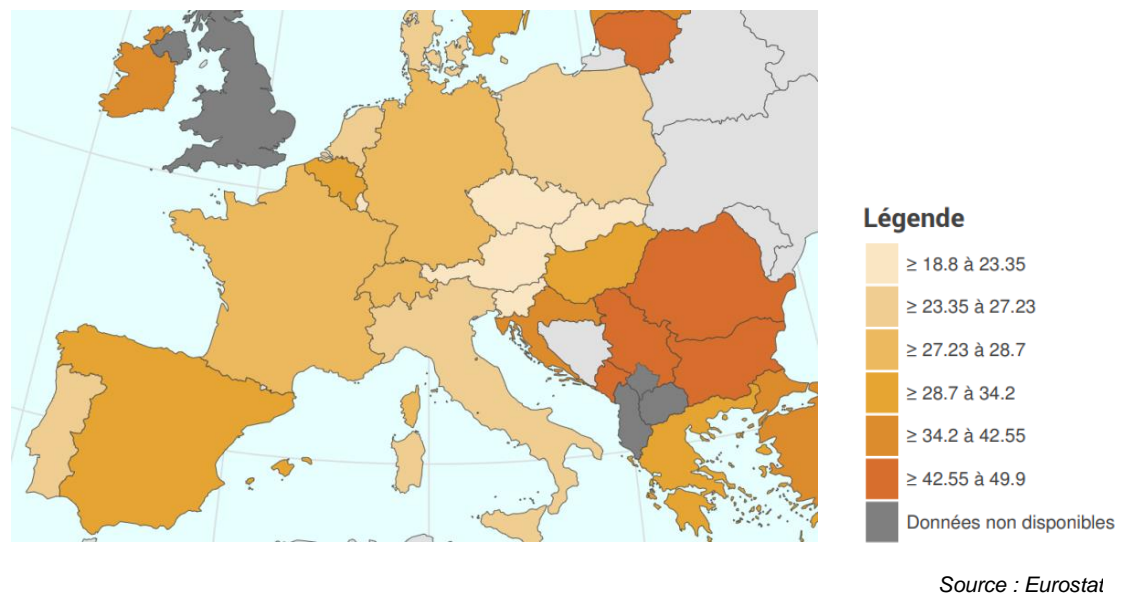
⁵⁷ Entre 2014 et 2022, il a varié entre 11.3% et 14%.

Figure 68 : Écart d'emploi entre PVH ou non en 2022



Le pourcentage des personnes vivant avec un handicap qui sont en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale est illustré sur la figure suivante. Pour 2022⁵⁸, cet indicateur est de 27.9% en Suisse, alors que la moyenne européenne⁵⁹ est de 28.8%. Des pays comme la Slovaquie (18.8%), l'Autriche (22.7%) ou le Luxembourg (23.1%) ont des taux relativement bas par rapport à d'autres comme la Bulgarie (49.9%), la Serbie (45%) ou même l'Irlande (37.2%).

Figure 69 : Pourcentage de PVH en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale en 2022



Lorsqu'on regarde la part du revenu disponible qui est consacrée au logement pour les personnes vivant avec un handicap, on voit qu'en Suisse avec 14.9%⁶⁰ elle est largement en dessous des autres pays d'Europe, puisqu'elle ne représente même pas la moitié de la moyenne européenne⁶¹ où elle est de 30.3%. La Suisse se trouve à la septième place des pays où le logement représente la plus petite part du revenu disponible à égalité avec la Tchéquie. Aux premières places, on trouve des pays comme la Grèce (0.4%), la Serbie (5.3%), le Danemark (8%) ou les Pays-Bas (11.2%). De l'autre côté du classement, nous trouvons des pays comme Malte (80.3%), Chypre (66.3%), le Portugal (45.6%), la France (42.3%) ou l'Italie (41.4%).

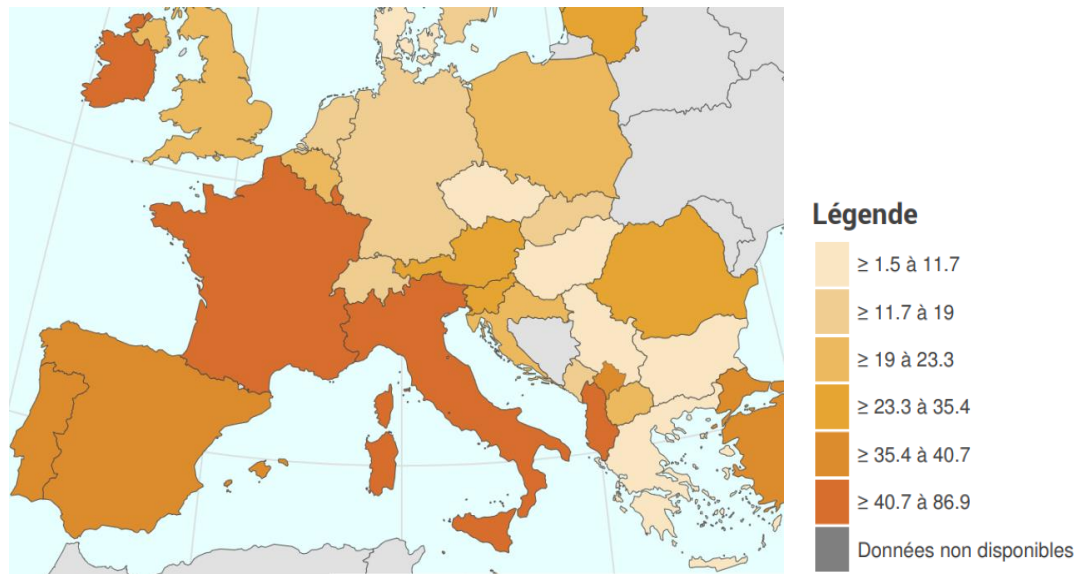
⁵⁸ Cet indicateur semble plutôt être à la hausse, puisqu'il était de 24% en 2014.

⁵⁹ C'est à nouveau l'Union européenne des 27 qui est prise à titre d'exemple ici.

⁶⁰ C'est la part en 2022. Celle-ci suit plutôt une tendance à la hausse puisqu'elle était de 11.6% en 2014.

⁶¹ Ici la moyenne européenne est composée de l'Union européenne des 27 États membres en 2022.

Figure 70 : Proportion des coûts du logement dans le revenu disponible en 2022



Source : Eurostat

Ces statistiques sont très utiles pour voir par exemple l'effet d'une politique sur un sous-groupe de population. Elles peuvent donc aider à prendre des décisions avisées et apprécier dans quelle mesure une certaine stratégie a atteint ses objectifs. C'est donc ce type d'indicateurs qui pourront nourrir les discussions pour évaluer si les personnes en situation de handicap peuvent participer pleinement, en toute autonomie et sur un pied d'égalité avec les autres personnes à la vie publique, économique et sociale du pays.

COMPARAISON DE LA SITUATION À NEUCHÂTEL AVEC LE RESTE DE LA SUISSE

À l'instar de la SILC, l'enquête suisse sur la santé (ESS) se base également en partie sur l'approche sociale du handicap. Au niveau de la Suisse elle est même la statistique la plus complète dans le domaine du handicap. D'une part puisqu'elle mesure tant sa dimension individuelle que sociale et d'autre part, puisqu'elle est disponible tant au niveau fédéral que cantonal. D'ailleurs certains indicateurs peuvent même être affinés par catégories d'âge, genre et niveau de formation (ces deux dernières catégories ne seront pas illustrées ici). En revanche, la taille limitée de l'échantillon lorsqu'il est décliné par classe d'âge et canton rend rarement le résultat de chaque sous-groupe représentatif pour l'ensemble de la population observée. Il représente néanmoins l'avis des personnes ayant participé à l'enquête.

Les figures ci-après sont donc tirés de cette enquête et permettent une mise en perspective du canton par rapport à l'ensemble de la Suisse. L'interprétation de la partie gauche de ces graphiques (déclinaison par classe d'âge) doit par contre être faite avec prudence, puisque dans la majorité des cas, elle n'est pas représentative d'une sous-population. Il faut donc considérer qu'elle n'expose que l'avis des répondant-e-s à l'enquête. Lorsque toutes les modalités de réponses de chaque sous-groupe seront statistiquement significatives, ceci sera précisé. Lorsqu'un des indicateurs présentés se base uniquement sur une question, celle-ci sera indiquée en note de bas de page. Pour des questions d'arrondis, la somme des pourcentages n'est pas toujours exactement égale à 100%.

L'autoévaluation de l'état de santé⁶² des Neuchâtelois-e-s est constamment moins bonne que pour l'ensemble de la population suisse. En effet, d'une part la proportion de répondant-e-s neuchâtelois-e-s qui indique être en bonne santé est constamment plus faible (avec 81% contre 85% en 2022), d'autre part celle qui affirme être en mauvaise santé est en permanence plus importante (avec 5% contre 3% en 2022).

⁶² La question posée dans l'enquête est : « comment est votre état de santé en général ».

Figure 71 : État de santé auto-évalué



Il est intéressant de voir que les différences sont constatées à travers toutes les classes d'âges. Ainsi à l'exception de 2007 la proportion de répondant-e-s indiquant être en bonne santé est sans cesse plus faible chez les Neuchâtelois-e-s que dans l'ensemble de la Suisse. D'ailleurs pour les classes d'âge faisant l'objet de ce rapport, il y a eu en 2022 6% de répondant-e-s âgés entre 40 et 64 ans en moins qui indiquent être en bonne santé dans le canton par rapport à l'ensemble de la Suisse et 2% pour les 15-39 ans. Au niveau des pourcentages de répondant-e-s qui indiquent être en mauvaise santé cette même année, ils sont équivalents pour les 15-39 ans, mais 3% plus élevés pour les 40-64 ans.

Nous allons à présent observer comment évoluent les problèmes de santé ou les maladies chroniques⁶³ à travers le temps dans le canton. Cet indicateur est le seul pour lequel l'ensemble des résultats de chaque sous-groupe (classes d'âge et région) est statistiquement significatif et représente donc l'avis de l'ensemble de la population considérée avec un intervalle de confiance à 95%.

Figure 72 : Problème de santé ou maladie chronique de longue durée



Au niveau de l'ensemble des classes d'âge, il semble qu'il y a moins de problème de santé chronique ou de longue durée à Neuchâtel que dans l'ensemble de la Suisse, avec pour les deux périodes environ 2% de répondant-e-s en moins qui les mentionnent dans le Canton de Neuchâtel.

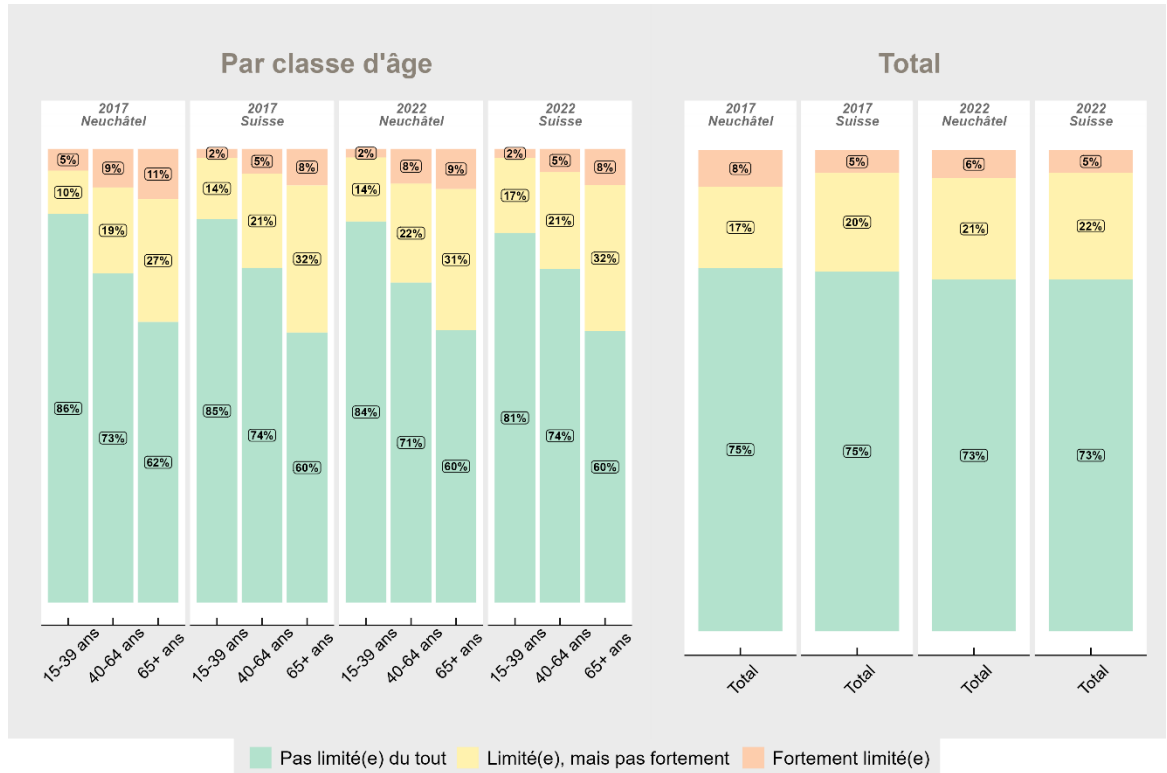
En y regardant plus près par classe d'âge, nous constatons que ce sont les répondant-e-s entre 40 et 64 ans qui sont les plus concerné-e-s, puisque c'est la seule classe d'âge qui mentionne cette problématique plus souvent que l'ensemble de la Suisse sur les deux périodes considérées.

Regardons à présent quelle est l'intensité de ces problèmes de santé⁶⁴.

⁶³ Le questionnaire sonde les répondant-e-s de la manière suivante : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé chronique ou de longue durée ? On entend par là une maladie ou un problème de santé qui a duré ou qui durera probablement 6 mois ou plus.

⁶⁴ La question posée ici est : Depuis au moins 6 mois, dans quelle mesure êtes-vous limité(e) par un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ?

Figure 73 : Intensité des problèmes de santé de longue durée

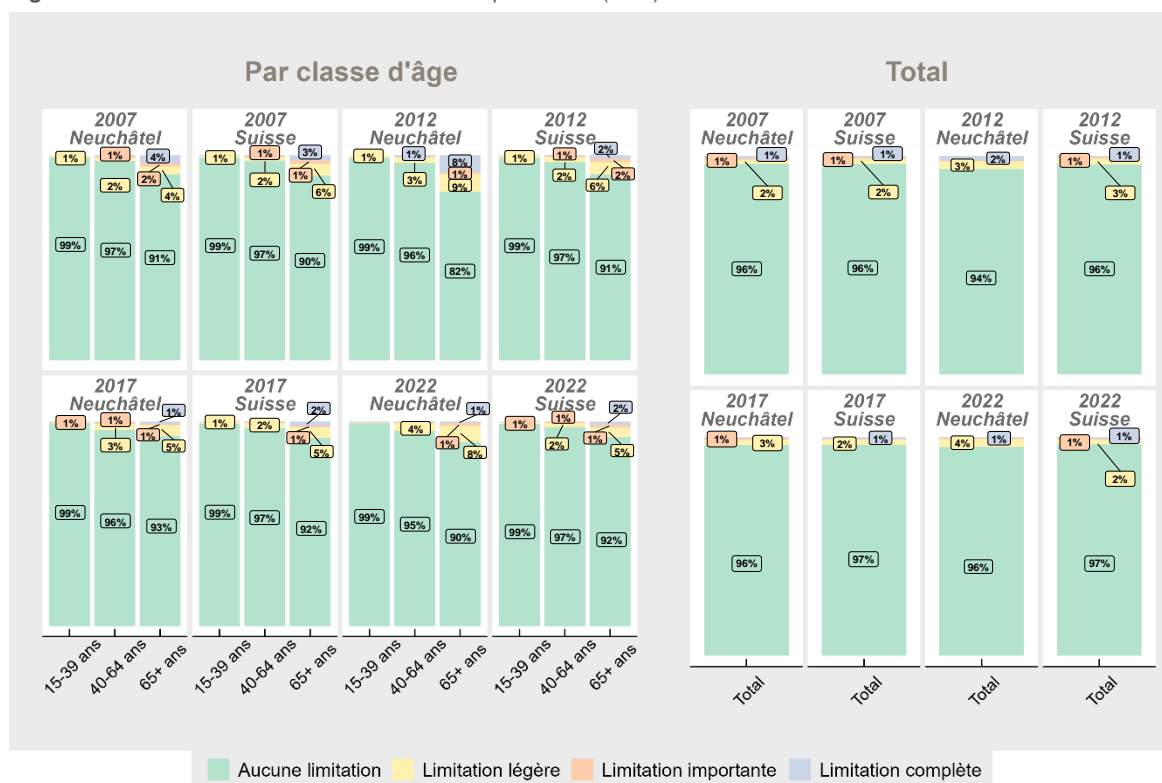


Concernant les personnes qui ne sont pas limitées, les proportions toutes classes d'âge confondues est relativement équivalente. C'est plutôt pour les personnes fortement limitées qu'une différence apparaît. En effet nous pouvons apercevoir que sur les deux périodes disponibles les personnes fortement limitées sont plus représentées à Neuchâtel que dans l'ensemble de la Suisse. La distinction par classe d'âge relève que les répondant-e-s de chacune d'entre elles indiquent proportionnellement être plus fortement limité(e) que l'ensemble de la Suisse.

Les activités de la vie quotidienne⁶⁵ (AVQ) correspondent aux activités élémentaires de la vie. Elles sont nécessaires pour prendre soin de son corps et sont jugées nécessaires pour vivre, accéder au bien-être et participer à la vie sociale. Être limité dans leurs accomplissement signifie une perte d'autonomie qui impacte aussi l'activité professionnelle, l'entourage social et la qualité de la vie de la personne en général. Un soutien externe s'avère nécessaire dans la plupart des cas.

⁶⁵ Prendre un bain ou une douche, s'habiller ou se déshabiller, aller aux toilettes, sortir du lit ou se lever d'un fauteuil, manger.

Figure 74 : Limitations dans les activités de la vie quotidienne (AVQ)



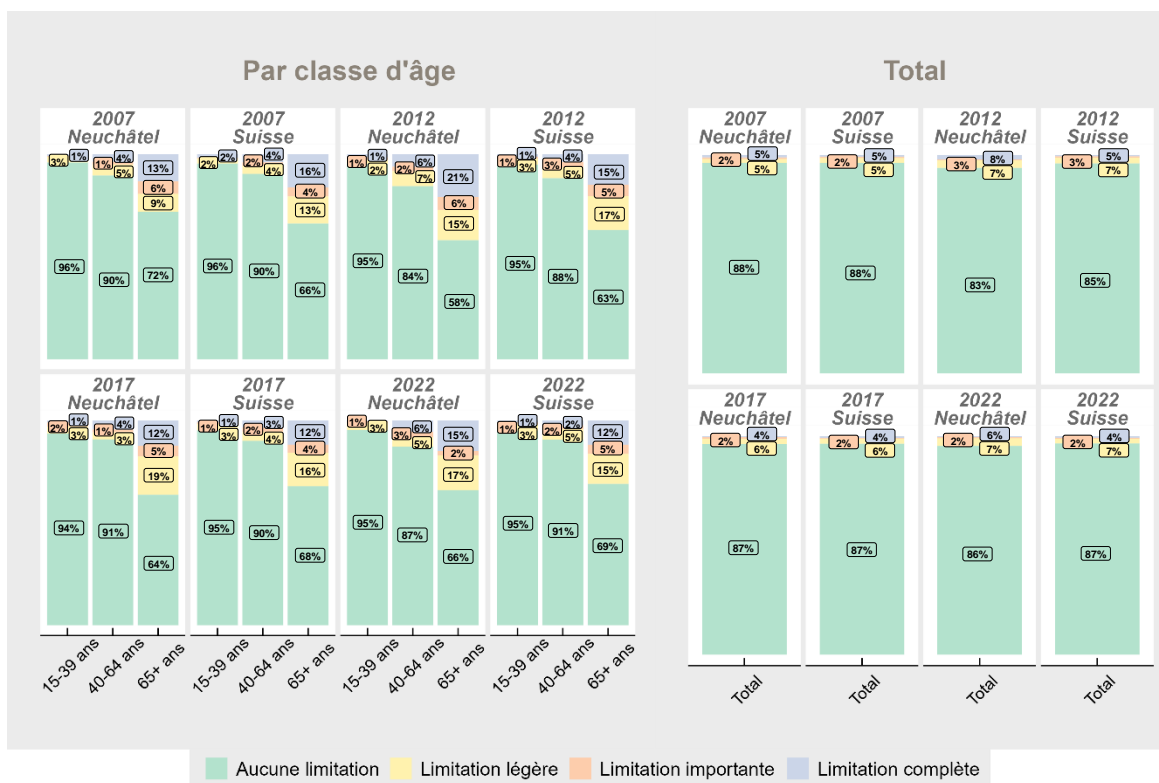
Les répondant-e-s neuchâtelois-e-s sans aucune limitation pour les AVQ⁶⁶ sont légèrement moins présents que dans l'ensemble de la Suisse. En revanche, il semblerait qu'il y ait également moins des réponses neuchâteloises qui mentionnent une limitation importante ou complète. Même si ces données ne sont pas représentatives, il est intéressant de constater que les répondant-e-s neuchâtelois-e-s âgé-e-s entre 15 et 64 ans semblent plus limités que ceux pour l'ensemble de la Suisse en 2017, alors que c'est le contraire en 2022.

Les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) sont des tâches et des activités plus complexes qui demandent un peu plus de réflexion, de planification et de compétences organisationnelles, comme préparer ses repas, prendre ses médicaments, faire la lessive, téléphoner, faire des achats, réaliser de petits ou de gros travaux ménagers, tenir ses comptes, téléphone, utiliser les transports publics.

En comparaison avec le précédent indicateur, il y a donc sans surprise plus de répondant-e-s qui indiquent ne pas être autonome pour ces activités-ci.

⁶⁶ Dans l'enquête, la question est posée de la manière suivante : « Depuis au moins 6 mois, dans quelle mesure êtes-vous limité(e) par un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ? » La liste des activités précitées était ensuite énumérée.

Figure 75 : Limitations dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)



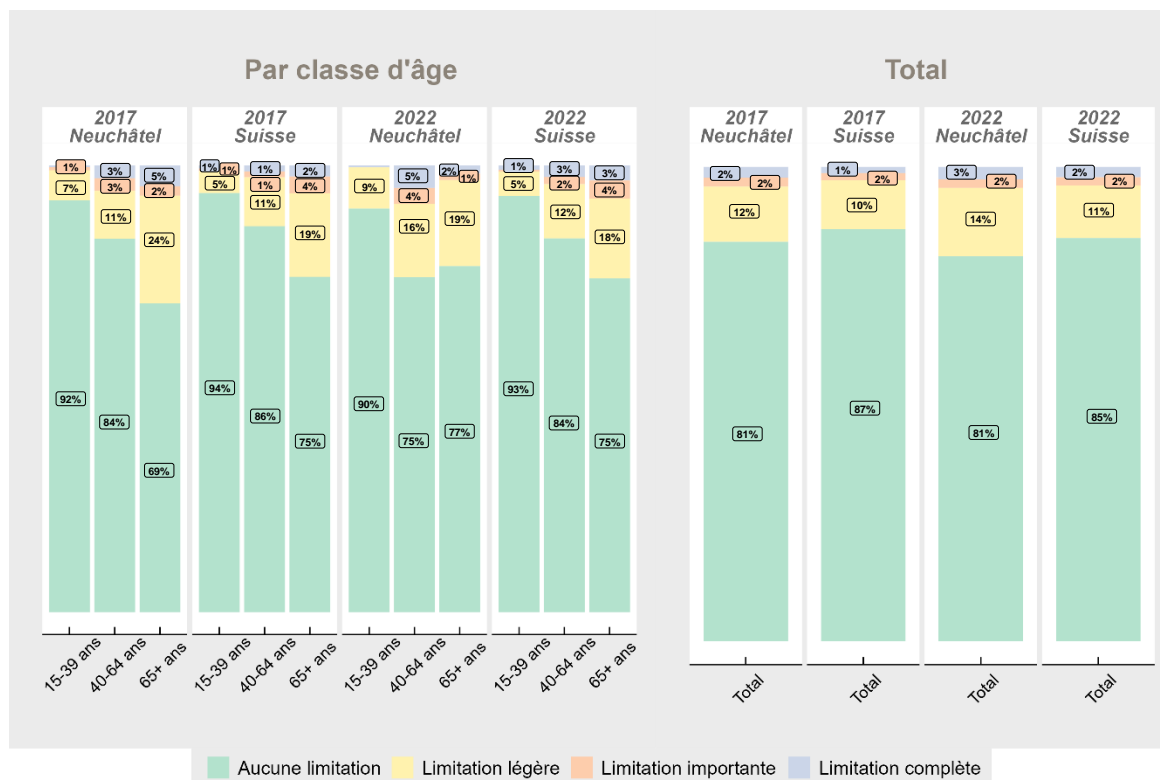
Lorsqu'on observe les modalités de réponses des participants toute classe d'âge confondue, nous constatons qu'à nouveau les Neuchâtelois-e-s semblent être légèrement moins autonomes que l'ensemble de la Suisse et ont une proportion de répondant-e-s complètement limité-e-s sommairement plus importante.

En regardant les réponses par classe d'âge, il est étonnant de voir que si les séniors étaient plus autonomes que l'ensemble de la Suisse en 2007, ils sont depuis systématique plus dépendants que la moyenne suisse. Pour les répondant-e-s âgés entre 40 et 64 ans, ils sont 87% à être autonomes et 6% à être complètement limités, contre respectivement 91% et 2% pour l'ensemble de la Suisse. Aucune tendance unilatérale n'est cependant remarquée et il faudra donc voir comment évolue cet indicateur à l'avenir.

L'indicateur suivant va permettre d'observer si les limitations sont liées à certains aspects fonctionnels⁶⁷ des répondant-e-s.

⁶⁷ Les aspects abordés par cette question sont porte ici sur les limites en termes de capacité à voir, entendre parler et marcher.

Figure 76 : Limitations fonctionnelles (voir, entendre, parler, marcher)



Les répondant-e-s neuchâtelois-e-s indiquent en moyenne être plus limités à ces égards que la moyenne suisse. En effet, alors qu'ils sont 81% à indiquer ne pas être limité sur les deux exercices, ils sont 87% en 2017 et 85% en 2022 pour l'ensemble de la Suisse. Au niveau des personnes fortement limitées, le pourcentage est toujours plus grand à Neuchâtel que dans l'ensemble de la population.

À l'exception des séniors en 2022, toutes les classes d'âge des répondant-e-s neuchâtelois-e-s sont concernées par une plus faible partie de personnes complètement autonomes. Et ceux âgé-e-s entre 40 et 64 ans sont proportionnellement plus nombreux à être complètement limités.

Certains aspects psychiques de l'état de santé sont également questionnés dans cette enquête. L'indicateur suivant porte sur l'existence récente d'une prise en charge pour des raisons d'ordre psychiques⁶⁸.

⁶⁸ La question posée ici est : « avez-vous été en traitement pour des problèmes psychiques au cours des 12 derniers mois ? ».

Figure 77 : Traitement pour problématique psychique



Cet indicateur montre que les recours aux services de santé psychiques sont constamment en croissance depuis plusieurs années. Ainsi, si 5% de la population suisse avait suivi un tel traitement en 2007, la proportion remonte à 8% en 2022. Même si l'écart ne varie qu'entre 1% et 2%, il apparaît qu'il y a en moyenne systématiquement plus de Neuchâtelois-e-s qui ont suivi un traitement pour problématiques psychiques que l'ensemble.

Il est intéressant de constater que les classes d'âge n'ont pas toutes évoluées de la même manière, avec des tendances relativement unilatérales. Ainsi, les répondant-e-s les plus jeunes indiquent y être plus confrontés que la moyenne suisse, avec un écart qui tend à disparaître. Cette même tendance à la baisse est observée chez les seniors qui passent sous la moyenne Suisse en 2022. Ceux âgés de 40 à 64 ans suivent une tendance inverse puisque jusqu'en 2012 ils sont proportionnellement moins concernés que l'ensemble de la Suisse mais la hausse subie leur fait dépasser la moyenne Suisse dès 2017.

Le fait d'avoir des contacts sociaux et de se sentir relié à d'autres personnes et soutenu par elles est essentiel au bien-être et donc à sa santé, tant mentale que physique. Selon Bachmann (2014)⁶⁹, le soutien social a un effet significatif sur la mortalité et l'espérance de vie, ainsi que sur le risque de maladie, les chances de guérison et la durée de la guérison. L'indicateur⁷⁰ présenté ici montre la proportion de personnes qui bénéficient d'un fort soutien social dans leur vie.

⁶⁹ Bachmann, N. (2014). Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa. Neuchâtel : Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

⁷⁰ Cet indice est basé sur l'échelle dite "d'Oslo" (Brevik & Dalgard, 1996 ; Dalgard et al., 1995).

Figure 78 : Soutien social disponible

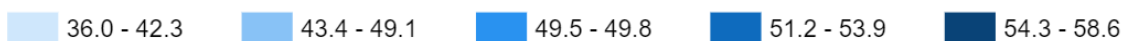
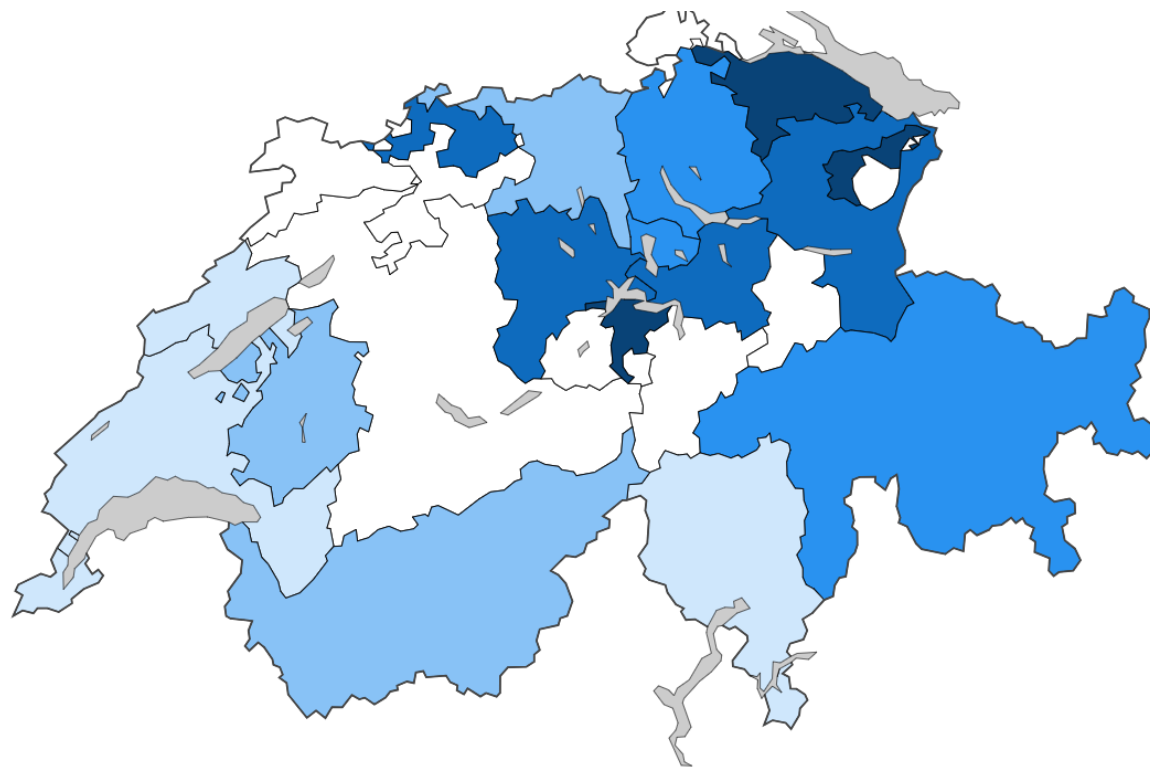


En comparaison, les résident-e-s neuchâtelois-e-s disposent en moyenne d'un réseau social plus faible que l'ensemble de la Suisse. En effet, d'un côté les Neuchâtelois-e-s avec un appui potentiel fort sont moins nombreux d'entre 4 et 5%, avec un écart qui augmente avec l'ensemble de la Suisse. De l'autre côté ceux qui ont un soutien social considéré comme faible sont plus nombreux d'entre 1 et 2%. En y regardant de plus près par classe d'âge, les répondant-e-s des trois catégories sont proportionnellement moins nombreux à avoir un soutien social fort par rapport à l'ensemble de la Suisse.

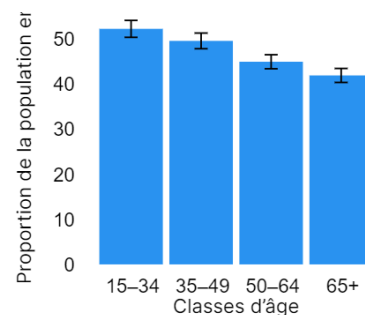
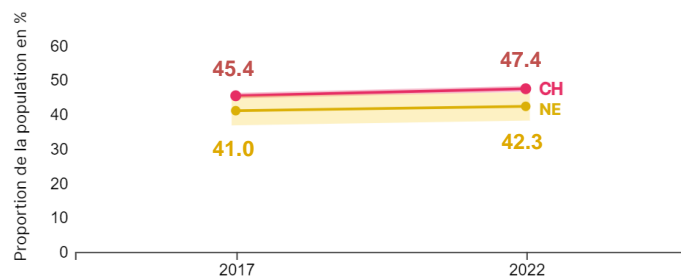
Cet indicateur peut être comparé avec la majorité des autres cantons suisses⁷¹.

⁷¹ Ici, la valeur de l'indicateur pour les cantons n'ayant pas demandé de sur-échantillonnage pour l'enquête suisse sur la santé n'est pas montré (cantons en blancs sur la carte).

Figure 79 : Proportion de la population vivant en ménage privé ayant un soutien social élevé



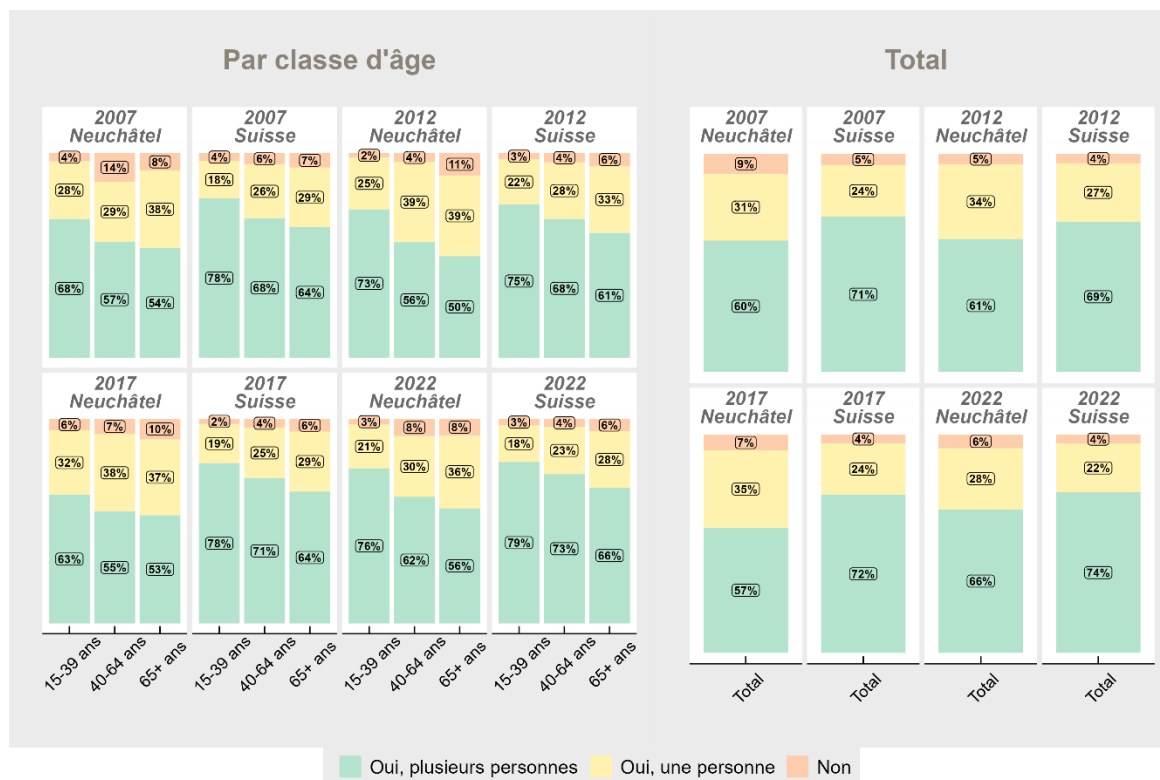
Proportion de la population en % (en quantiles)



© Obsan 2024

Avec 42.3% en 2022, Neuchâtel est le quatrième canton avec proportionnellement le moins de réseau social disponible par rapport aux 18 autres cantons illustrés. Il se trouve après les Cantons du Tessin (36%), de Genève (36.9%) et de Vaud (40.5%). Pour l'ensemble de la Suisse, nous observons un réseau disponible inversement lié à l'âge.

Figure 80 : Présence d'un proche à qui parler de ses problèmes personnels



Dans le cadre du développement durable, il importe de renforcer la cohésion et la participation sociale des individus. Ces éléments sont des conditions essentielles à la satisfaction et au bien-être individuel. Les relations avec une personne de confiance sont donc un facteur important du bien-être et doivent donc être développées pour favoriser le bien-être collectif.

En comparant à nouveau la situation de Neuchâtel à l'ensemble de la Suisse, l'indicateur⁷² montre que la présence d'une personne proche à qui se confier est largement plus faible dans le canton. Ainsi, non seulement les Neuchâtelois-e-s qui disposent de plusieurs personnes sont proportionnellement moins nombreux et nombreuses (avec une différence qui varie entre 8% et 15%), mais ceux et celles qui n'ont personne sur qui compter sont relativement plus importants (entre 1 et 4%) que dans l'ensemble de la Suisse.

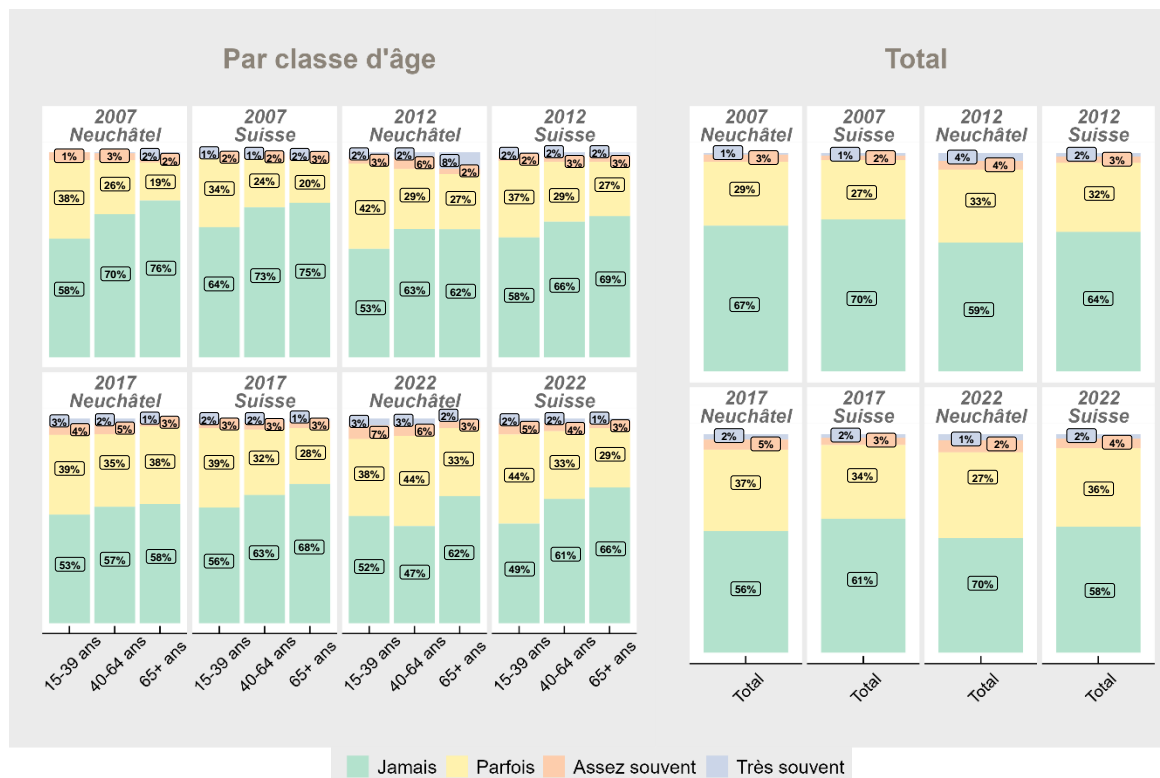
En examinant de plus près par classes d'âge, le constat est que les répondant-e-s de tous les groupes sont moins nombreux à avoir plusieurs personnes de confiance à disposition. Alors que ceux et celles qui n'en ont pas du tout sont systématiquement plus nombreux, à l'exception des 15-39 ans en 2012.

Le prochain indicateur renseigne sur un manque de ressources sociales ou un besoin insatisfait de contacts sociaux, s'exprimant par un sentiment de solitude. En effet, pour améliorer le bien-être des personnes une diminution du sentiment de solitude est visé.

Entre 2007 et 2017, la part des Neuchâtelois-e-s qui exprime n'éprouver aucun sentiment de solitude est plus faible que pour l'ensemble de la Suisse. Néanmoins, il est réjouissant de voir que sur la dernière période cette tendance s'est inversée avec 12% de Neuchâtelois-e-s en plus qui ne se sentent jamais seul-e-s en 2022 par rapport à l'ensemble de la Suisse. Il n'y a pas de tendance claire en considérant les différences par classes d'âge.

⁷² La question sur laquelle repose cet indicateur est : « Y a-t-il, parmi vos proches, une personne à qui vous puissiez vraiment parler n'importe quand de problèmes très personnels ? ».

Figure 81 : Sentiment de solitude



L'aide formelle⁷³ est composée de tous les services d'aide et de soins à domicile rémunérés pour fournir leurs prestations. En cas de problèmes de santé, ils peuvent en partie pallier à la perte d'autonomie d'une personne. L'indicateur suivant illustre les recours de la population à ce type de prise en charge.

Ainsi même si la différence n'est que de 1%, la proportion de répondant-e-s Neuchâtelois-e-s qui indique avoir recours à ce type de prestation est systématiquement plus élevée que l'ensemble de la Suisse. Cet écart semble même s'accroître puisqu'il passe à 2% en 2022. Cette différence concerne l'ensemble des classes d'âge observées.

⁷³ La question dans l'enquête est la suivante : « au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu recours, pour vous-même, à un service de soins à domicile ? C'est-à-dire à une infirmière, une organisation de soins à domicile, une aide pour le ménage, un service de repas ou de transports.

Figure 82 : Aide formelle reçue



L'aide informelle est composée des prestations effectuées par les proches aidant-e-s (famille, voisins, connaissance), acteur-trice-s non rémunéré-e-s pour ces prises en charge. Ces prestations non professionnelles contribuent à fournir l'aide et les soins dont une partie de la population a besoin pour l'accomplissement des tâches ordinaire de la vie. Cette prise en charge peut coexister avec les prestations de services professionnels d'aide et de soins à domicile.

Figure 83 : Aide informelle reçue

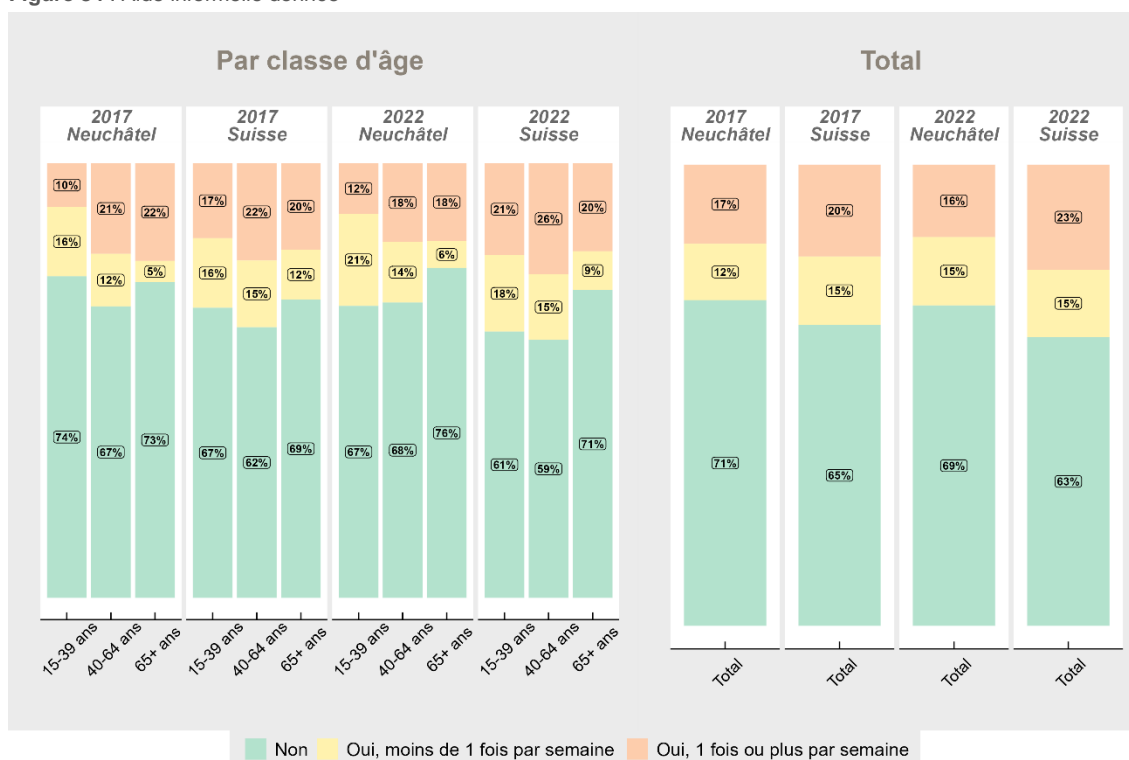


Cet indicateur⁷⁴ montre que ce type d'aide ne diffère pas sensiblement entre les répondant-e-s du Canton de Neuchâtel et ceux de l'ensemble de la Suisse. Aucune tendance uniforme n'est également observée au niveau des différentes classes d'âge.

Le dernier indicateur illustré ici porte sur l'aide informelle qui est donnée bénévolement par le répondant. En regardant l'ensemble des classes d'âge dans un premier temps, nous observons qu'il y a systématiquement plus de Neuchâtelois-e-s qui n'apporte aucune aide informelle. D'un autre côté, ces derniers sont constamment moins nombreux que l'ensemble de la Suisse à fournir une aide hebdomadaire à une autre personne.

La proportion plus importante de répondant-e-s n'offrant aucune aide informelle est observée à travers toutes les classes d'âge, alors que celle plus faible de répondant-e-s apportant une aide hebdomadaire est surtout constatée chez les personnes de moins de 65 ans.

Figure 84 : Aide informelle donnée



⁷⁴ La question posée dans l'enquête est : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, pour des raisons de santé, reçu pour vous-même de l'aide de votre conjoint/partenaire, de parents, connaissances ou voisins, par exemple une aide pour faire les commissions, pour les soins, pour le repas ou pour les tâches administratives ? ».

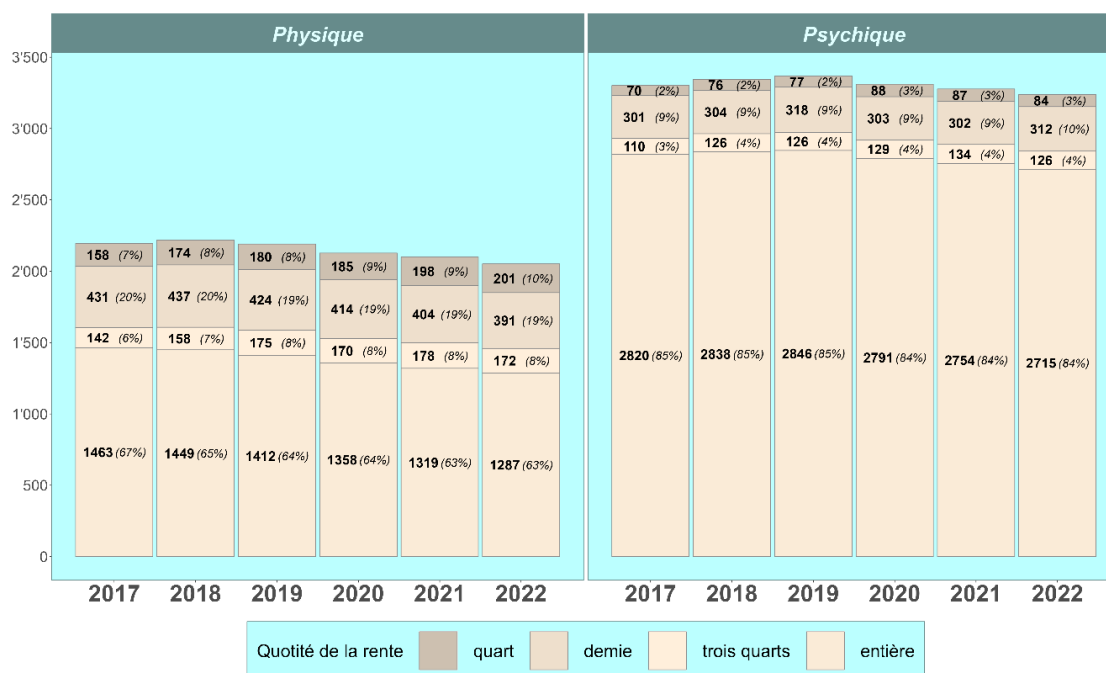
DONNÉES DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ

Pour contribuer à une planification réaliste de l'offre nécessaire en matière de prestations cantonales, il convient de partir de données administratives et factuelles qui évitent au mieux les biais. En effet ni l'offre ni la demande ne sont des indicateurs fiables à eux seuls, puisque l'offre est limitée par le contexte politique et économique, et la demande est contrainte de s'y ajuster. L'utilisation d'une population similaire à celle des personnes prises en charge, dont certains paramètres sont relativement comparables, est donc utile pour prévoir l'évolution des places nécessaires dans le canton : appelée population-sœur, elle se compose des bénéficiaires d'une rente entière de l'AI dont le nombre, distribué par quotité, ainsi que les allocations d'impotence (API), octroyées par degré d'impotence, ont été transmis par l'OAI pour la période allant de 2000 à 2022. Pour le présent rapport, trois autres prestations qui peuvent être déclinées par handicap ont été transmises par l'office cantonal d'invalidité. Elles sont illustrées dans ce chapitre.

Dans un premier temps, nous allons passer en revue les rentier-ère-s, par type de handicap et par quotité de rente. Gardons en tête que ce sont ces détenteur-trice-s d'une rente entière qui formeront la population-sœur pour la méthodologie utilisée.

La figure ci-dessous montre les deux catégories de handicap pour lesquelles le nombre de rentes est le plus important. C'est donc la catégorie du handicap psychique qui représente la plus grande part de rentier-ère, avec 55% de l'ensemble des rentes octroyées en 2022. La proportion de rentes entière est relativement stable entre 2018 et 2022 (même si elle semble plutôt suivre une tendance à la baisse) puisqu'elle se situe entre 84% et 85%. La part des autres quotités de rente est également assez constante, même si cette fois c'est plutôt une tendance à la hausse qui est suivie. En 2022, les rentes pour handicap physique constituent 35% du volume total pour cette prestation. Nous pouvons constater cette fois que la quotité à 100% est bien plus faible que pour le handicap psychique, avec une proportion qui passe sous les deux tiers entre 2018 et 2022. Cette baisse est également bien plus marquée que pour le handicap psychique. Ce sont plutôt les quarts et les trois-quarts de rente qui voient leur part croître ici.

Figure 85 : Nombre de bénéficiaires d'une rente AI par quotité et handicap (physique et psychique)

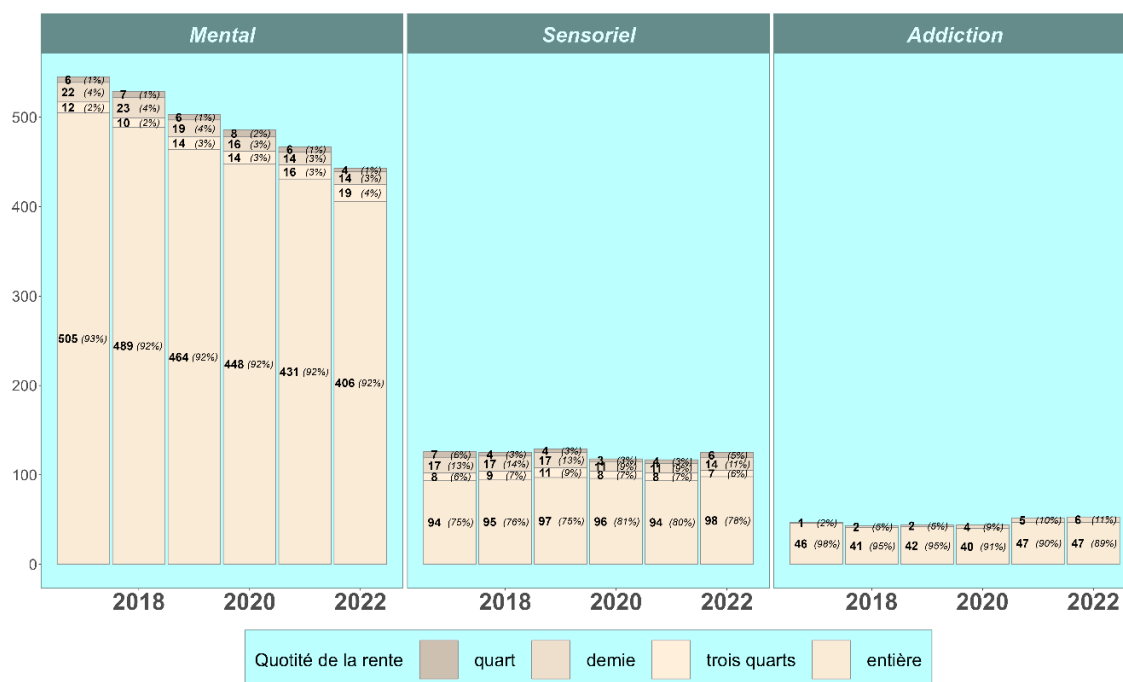


Sources: Statistiques de l'OAI et propres calculs du SAHA

Les rentes octroyées aux personnes vivant avec un handicap mental sont bien moins nombreuses que nos deux catégories précédentes. Ainsi en 2022, elles représentent environ 7% de l'ensemble des rentes. Pour cette catégorie, non seulement le nombre de rentes diminue de manière importante (de quasiment 100 unités en 6 ans), mais la part de ce type de rentier est également en recul en passant d'environ 9% en 2017 à 7% en 2022. La fraction de rente entière est en revanche la plus élevée puisqu'il dépasse les 90%.

Les détenteurs-trices de rente vivant avec un handicap sensoriel représentaient 2% de l'ensemble des rentiers en 2022 et tant le nombre que leur part semble plutôt stable entre 2017 et 2022. Pour cette catégorie, la quotité à 100% représente entre 75% et 81% des rentier-ère-s. Au niveau des rentier-ère-s qui souffrent d'addiction, leur part est la plus faible puisqu'elle est constamment autour des 1%. La proportion de détenteurs d'une rente entière est particulièrement élevée ici également (même si clairement en baisse), puisqu'elle varie entre 89% et 98%.

Figure 86 : Nombre de bénéficiaires d'une rente AI par quotité et handicap (mental, sensoriel et addiction)



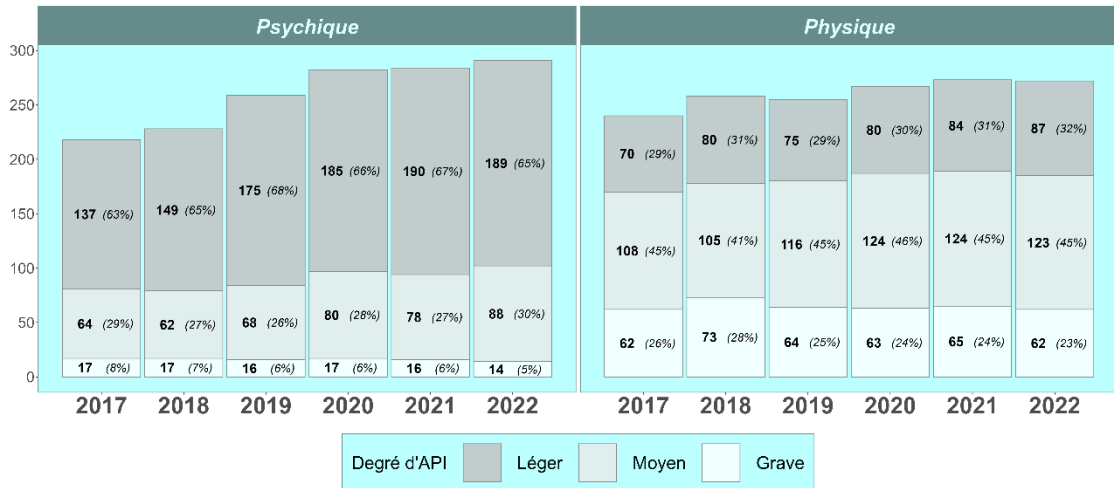
Sources: Statistiques de l'OAI et propres calculs du SAHA

Dans un deuxième temps, nous allons nous pencher sur l'allocation pour impotent-e (API). Cet indicateur est particulièrement important puisqu'il représente le nombre de personnes dépendantes dans les activités ordinaires de la vie ou qui n'arrivent pas à établir des liens sociaux et risquent de s'isoler durablement. Il est nécessaire de préciser que seules les API des rentier-ère-s ont été considérées ici. Il est en effet possible d'en percevoir une sans rente AI, mais ces situations sont négligeables.

Ce sont à nouveau les catégories du handicap psychique et physique qui sont les plus représentées. Mais cette fois, les proportions sont beaucoup équivalentes. D'ailleurs, la part des API octroyées pour handicap physique était plus importante que celle pour handicap psychique en 2017, avec respectivement 30% et 27%. Celle-ci s'est ensuite inversée entre 2017 et 2022, puisque 33% des API sont octroyées à des personnes vivant avec un handicap psychique et 31% à celles vivant avec un handicap physique. Les deux catégories affichent un nombre croissant d'API, même si le taux est plus rapide dans le domaine du handicap psychique.

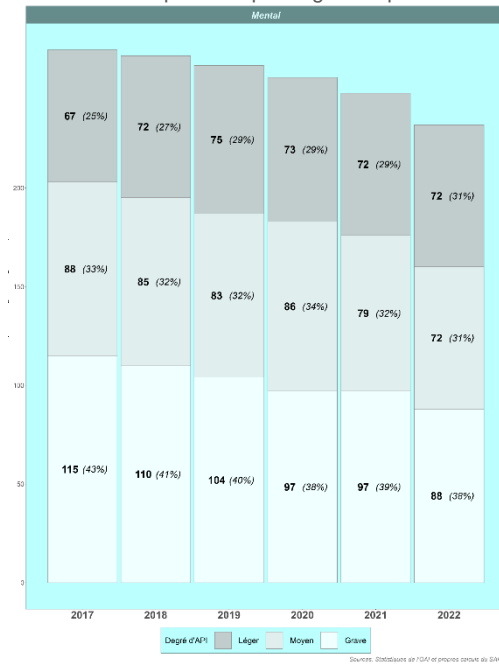
Les degrés d'impotence sont néanmoins différents entre ces deux cohortes. D'un côté, le deux tiers des bénéficiaires ont un degré faible pour le handicap psychique, alors que cette part est d'un peu moins d'un tiers pour le handicap physique. De l'autre si on se focalise sur les API de degré grave, elles sont entre 3 et 4 fois plus importantes pour les personnes vivant avec un handicap physique. D'ailleurs ce degré d'impotence est en recul pour ces deux cohortes.

Figure 87 : Nombre de bénéficiaires d'API par degré d'impotence et handicap (psychique, physique)



Sources: Statistiques de l'OAI et propres calculs du SAHA

Figure 89 : Nombre de bénéficiaires d'API vivant avec un handicap mental par degré d'impotence



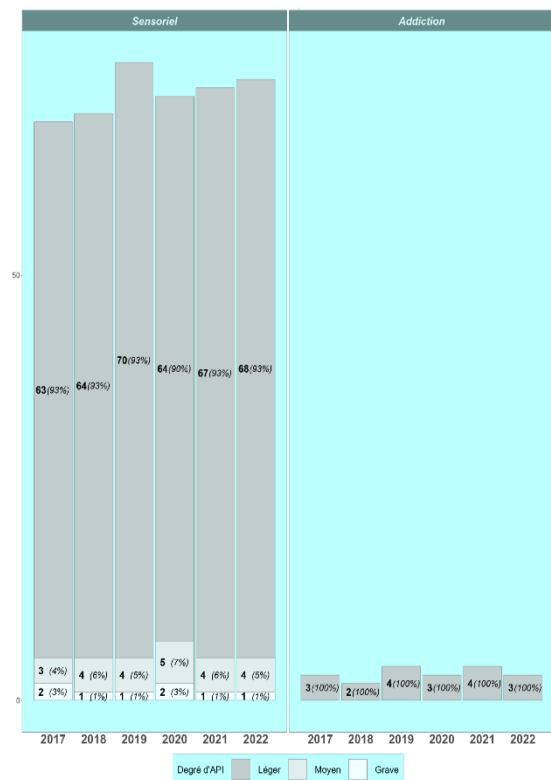
Sources: Statistiques de l'OAI et propres calculs du SAHA

qui varie entre 38% et 43% des cas. Ici à nouveau le degré grave est en repli.

En se penchant sur ces deux dernières cohortes, nous pouvons constater qu'elles sont moins concernées par les API. Si les personnes vivant avec un handicap sensoriel représentent quand même entre 8% et 9% de l'ensemble des API, les personnes souffrant d'addiction n'incarnent même pas le 1%. Le degré léger d'impotence est le plus représenté puisque c'est le 100% des cas dans l'addiction et plus de 90% pour le handicap sensoriel.

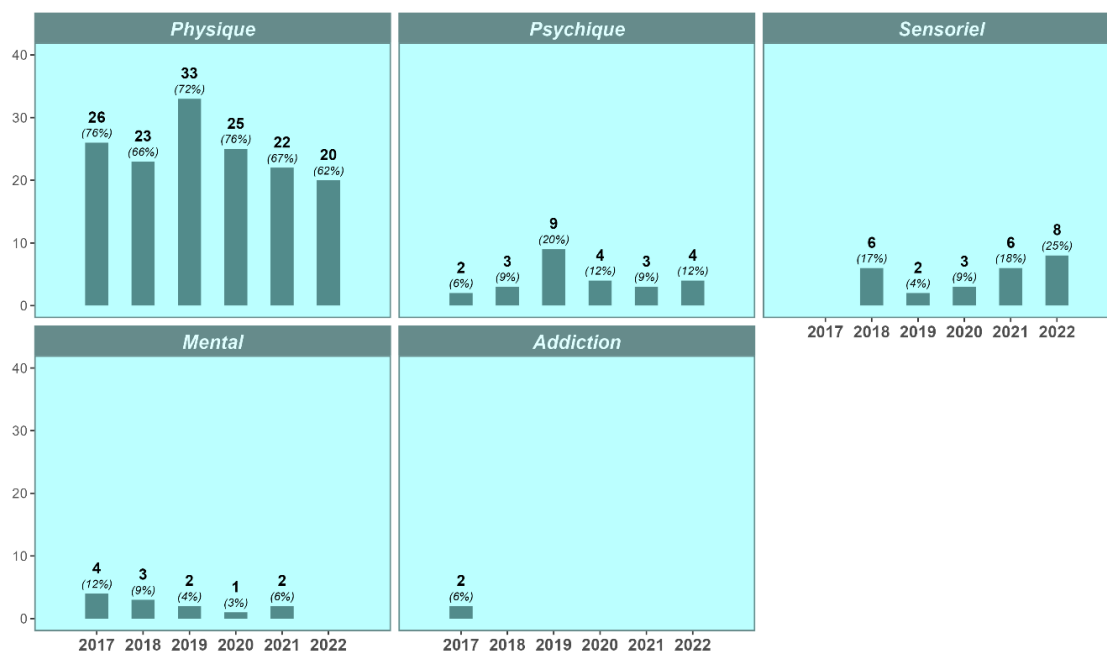
En 2017, les API pour personnes vivant avec un handicap mental sont les plus importantes, puisqu'elles représentent plus d'un tiers de l'ensemble des cohortes. Néanmoins, tant le nombre d'API que la proportion de cette cohorte dans l'ensemble des API sont en baisse. De la cohorte la plus représentée en 2017, elle finit en 2022 en troisième place avec 27% de l'ensemble des bénéficiaires, derrière le handicap psychique (33%) et le handicap physique (31%). Contrairement aux deux premières cohortes, le degré le plus représenté est le grave, avec un taux

Figure 88 : Nombre de bénéficiaires d'API par degré d'impotence et handicap (handicap sensoriel et addiction)



Sources: Statistiques de l'OAI et propres calculs du SAHA

Figure 90 : Nombre de nouveaux bénéficiaires de la contribution d'assistance par handicap

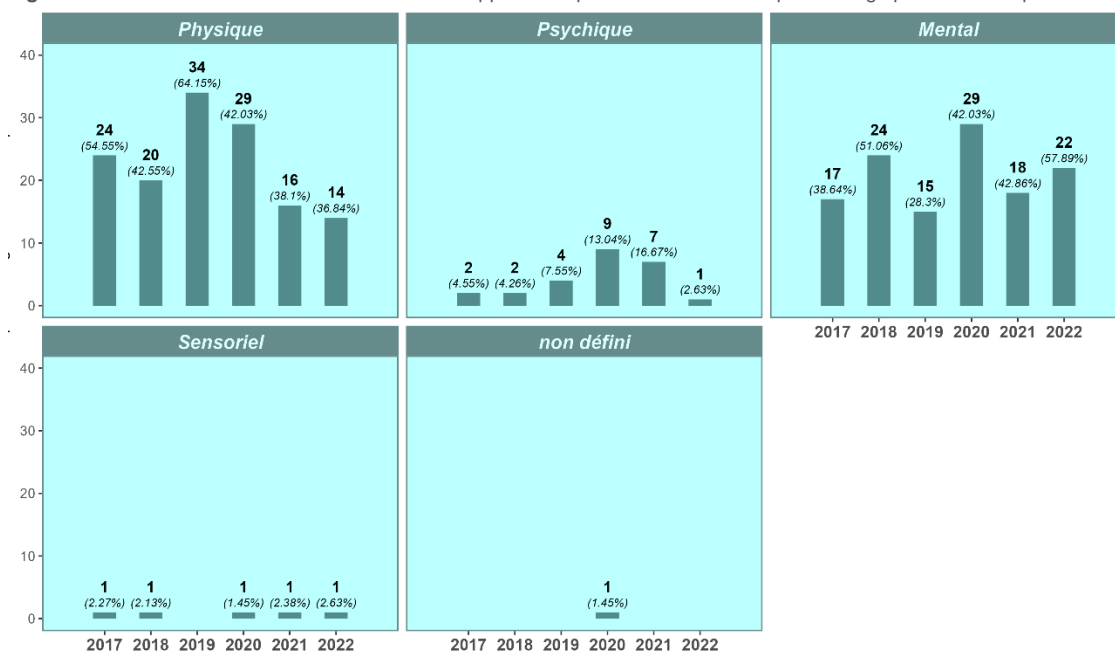


Sources: Statistiques de l'OAI et propres calculs du SAHA

Regardons à présent à quelles cohortes sont attribuées les nouvelles contributions d'assistance dans le canton. La cohorte la plus concernée par cet octroi est celle du handicap physique. En effet, entre 62% et 76% des octrois sont destinés à cette dernière. En nombres absolus, une nette tendance à la baisse est néanmoins observée depuis 2019, puisque celles-ci passent diminuent de 33 à 20 unités (soit un recul de quasiment 40%). Le handicap psychique, avec une part oscillante entre 6% et 20% représente une proportion plus faible des nouvelles contributions d'assistance. Aucune véritable tendance n'est décelée sur ces périodes. Le pourcentage lié aux personnes vivant avec un handicap sensoriel varie lui entre 4% et 25%, avec une nette tendance à la hausse, tant en termes absolus qu'en termes de pourcentage de l'ensemble des octrois. En ce qui concerne les personnes vivant avec un handicap mental, les proportions sont plus faibles et paraissent plutôt suivre une tendance à la baisse. Cette prestation est négligeable dans le domaine des addictions puisqu'elle ne concerne que l'année 2017.

La figure ci-dessous montre le nombre de nouveaux/nouvelles bénéficiaires de suppléments pour soins intenses dans le canton. Si les nouveaux octrois ont progressé entre 2017 et 2020 (de 44 à 69), ils reculent ensuite pour atteindre un niveau inférieur à 2017 en 2022 (avec 39 nouveaux/nouvelles bénéficiaires). Cette prestation concerne surtout les personnes qui vivent avec un handicap physique ou mental, puisqu'elles représentent entre 81% et 95% des nouveaux bénéficiaires. Aucune des cohortes ne semble suivre de tendance uniforme.

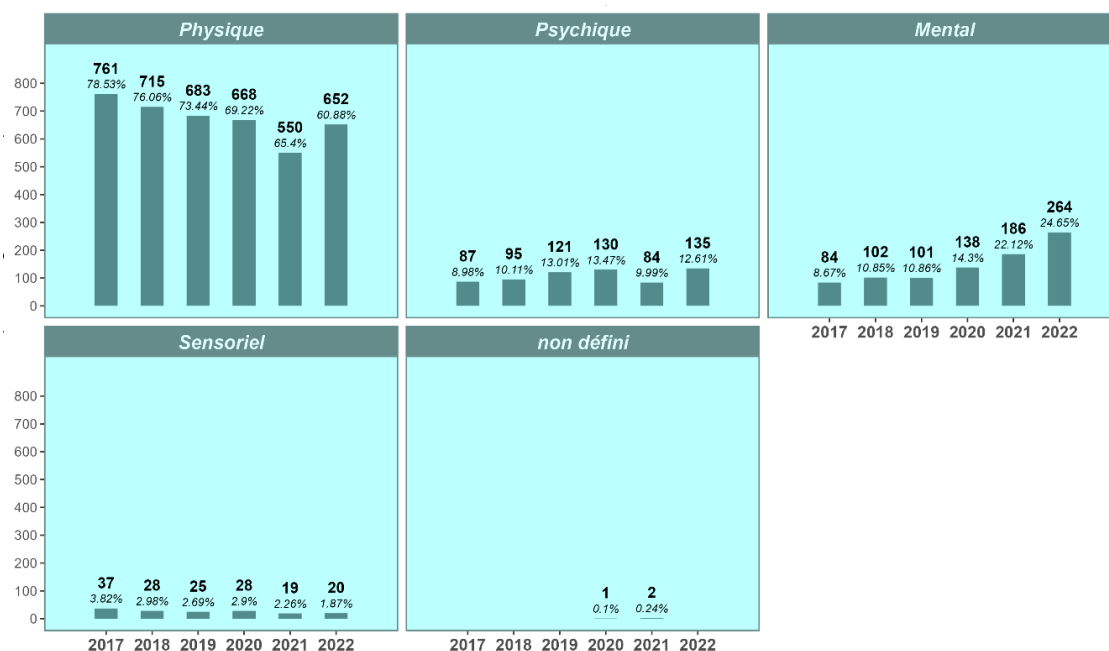
Figure 91 : Nombre de nouveaux bénéficiaires de suppléments pour soins intensifs et pourcentage par cohorte et par année



Sources: Statistiques de l'OAI et propres calculs du SAHA

Penchons-nous à présent sur les mesures médicales de l'AI. Ici à nouveau ce sont largement les personnes qui vivent avec un handicap physique qui sont les plus concernées par l'octroi d'une de ces nouvelles mesures. En effet, elles représentent entre 61% et 79% de ces situations, avec une tendance à la baisse tant en termes absolus qu'en pourcentage. La deuxième cohorte la plus représentée pour ce type de prestation est celle du handicap mental qui voit non seulement le nombre de mesures tripler en passant de 84 à 264 entre 2017 et 2022, mais également les parts croître de 9% à 25%. Le handicap psychique est la troisième cohorte la plus concernée, avec des chiffres qui sont plus stables ici. Ainsi, les nouveaux octrois varient entre 84 et 135 (ou leurs proportions entre 9% et 13%). Dans le handicap sensoriel, la situation est plus marginale avec néanmoins une nette tendance à la baisse tant en termes de nouvelles attributions qu'en termes de pourcentage. La situation est à nouveau négligeable dans le domaine des addictions.

Figure 92 : Nombre de nouveaux bénéficiaires de mesures médicales et pourcentage par cohorte et par année

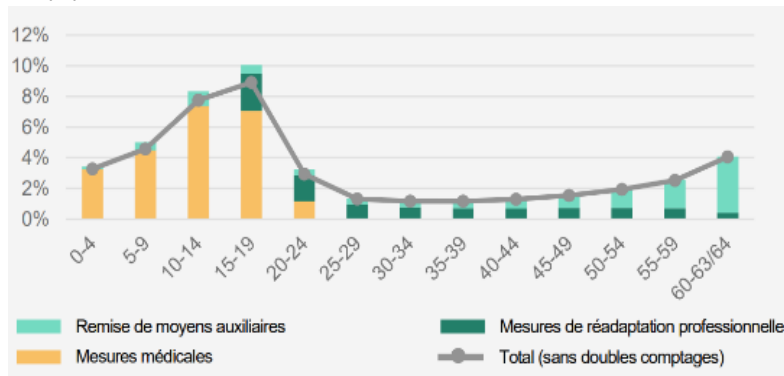


Sources: Statistiques de l'OAI et propres calculs du SAHA

MESURES DE L'AI

L'objectif premier de l'assurance invalidité (AI) est de permettre aux assurés invalides⁷⁵ de subvenir eux-mêmes totalement ou partiellement à leurs besoins grâce à l'octroi de mesures de réadaptation. Lorsqu'une (ré)insertion n'est pas envisageable ou qu'elle ne l'est qu'en partie, le même but peut être atteint grâce à l'octroi d'une rente qui sert à compenser les conséquences économiques durables de l'invalidité.

Figure 93 : Pourcentage de bénéficiaires de mesures de réadaptation par rapport à la population assurée en 2023



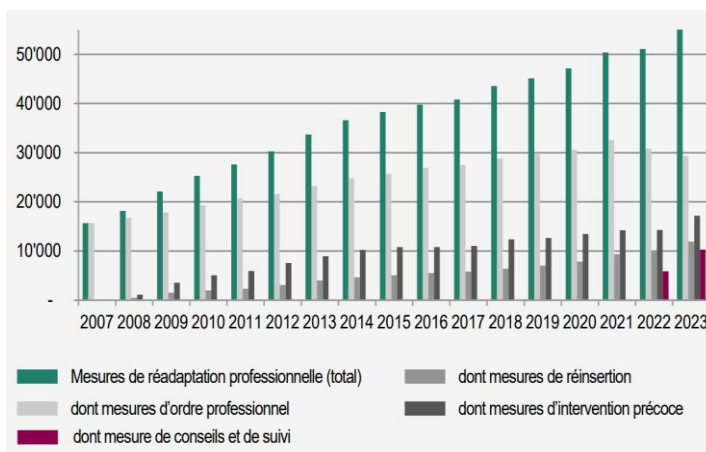
Source : registre des bénéficiaires de prestations en nature AI

Afin d'identifier en amont les futures potentielles incapacités de travail, les mesures de détection précoce déterminent si une situation doit faire l'objet d'une demande AI. Pour que l'assuré puisse continuer à exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, plusieurs mesures de réadaptation sont proposées. Les « mesures médicales », prennent en charge tous les frais requis pour traiter une infirmité congénitale jusqu'à l'âge de 20 ans. En vue d'une

réinsertion professionnelle pour les assurés souffrant de problèmes psychiques, il existe une mesure limitée à une année maximum pour viser un retour sur le marché premier du travail. Les autres mesures d'ordre professionnelles sont la participation aux coûts de formation⁷⁶, l'orientation professionnelle et le placement. Enfin, les moyens auxiliaires doivent permettre à l'assuré de pouvoir continuer à exercer son activité lucrative, accomplir ses travaux habituels (comme les tâches ménagères par exemple) ou même aspirer à développer un maximum d'autonomie personnelle dans la vie de tous les jours.

Ces deux graphiques permettent d'illustrer le recours aux différentes prestations de réadaptation de l'AI. Sur la Figure 94, on voit bien que ce sont essentiellement des mesures médicales qui sont données entre les 20 premières années de vie⁷⁷ des assurés. Les mesures de réadaptation professionnelles sont ensuite celles qui sont les plus représentées entre 15 et 40 ans. À partir de 40-50 ans, ce sont les moyens auxiliaires auxquels les assurés ont le plus recours comme prestation de réadaptation. Dans son ensemble, le nombre de mesures qui ciblent la réadaptation professionnelle n'a cessé de croître depuis 2007.

Figure 94 : Évolution du nombre de mesure visant l'intégration professionnelle



Source : registre des bénéficiaires de prestations en nature AI

Certaines institutions sociales dans le canton bénéficient d'un équipement adéquat au sein des ateliers protégés pour fournir certaines de ces mesures de réadaptation. Ces places font l'objet de

⁷⁵ Il y a invalidité lorsqu'une personne ne peut pas exercer d'activité lucrative ou ne peut le faire que partiellement (ou qu'elle est incapable d'accomplir ses travaux habituels) en raison d'une atteinte dans sa santé physique, psychique ou mentale.

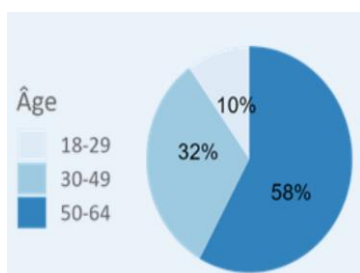
⁷⁶ Que ce soit une formation initiale, une formation accélérée, une formation supérieure, la préparation professionnelle à un travail auxiliaire ou à une activité en atelier protégé par exemple.

⁷⁷ Jusqu'en 2021, les mesures médicales étaient limitées à la tranche d'âge 0-20 ans. Depuis 2022, il est possible sous certaines conditions, de continuer à en bénéficier jusqu'à son 25^e anniversaire au maximum.

contrats avec l'office cantonal neuchâtelois d'assurance invalidité (OAI), mais ne font pas partie de la présente planification.

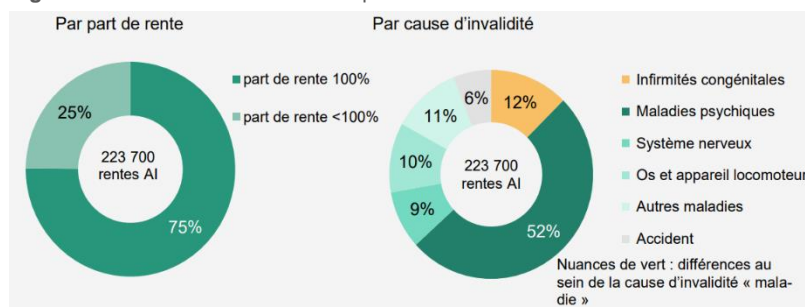
Lorsque la réinsertion n'a pas abouti (ou pas complètement), les mesures financières viennent pour contrebalancer les pertes économiques. La principale prestation en termes de volume est la rente qui jusqu'à fin 2021 se déclinait en quatre quotités, puis est passée à un système linéaire à partir du premier janvier 2022⁷⁸. Comme pour la plupart des autres prestations de l'AI, chaque octroi de rente recense la problématique principale du bénéficiaire⁷⁹. C'est grâce à cette information que certaines prestations AI pourront être déclinées par type de handicap dans la suite du document. En effet, l'algorithme de Wernli permet de classer chacun de ces bénéficiaires dans une catégorie de handicap. En termes de type d'infirmité et de classes d'âge, regardons comment se répartissent les rentes en décembre 2023.

Figure 96 : Classes d'âge des rentiers



Source : comptes d'exploitation et registre des rentes (OFAS/CdC)

Figure 95 : Bénéficiaires de rente AI par infirmité en décembre 2023



Source : registre central des rentes AVS/AI

L'allocation pour impotent-e (API), composée de trois degrés d'impotence (faible, moyen ou grave), est fournie lorsqu'un assuré a besoin de l'aide d'autrui dans les actes ordinaires de la vie⁸⁰. Le montant diffère en fonction du degré d'impotence et du lieu de vie du bénéficiaire⁸¹. Un supplément peut venir compléter cette allocation lorsque l'aide nécessaire pour les actes ordinaires de la vie dépasse les 4 heures quotidiennes. La contribution d'assistance est une prestation financière qui peut être fournie aux bénéficiaires d'une API nécessitant de l'aide régulière et qui vivent ou veulent vivre dans un domicile privé. Le principal objectif est le renforcement de l'autonomie et la responsabilisation du bénéficiaire qui peut donc par exemple devenir employeur de ses proches aidant-e-s, lorsque ceux-ci ne sont pas mariés (ou partenaires enregistrés) et qu'ils ne sont pas parents en ligne directs⁸².

⁷⁸ Dans les deux systèmes la rente n'est octroyée qu'à partir d'un taux d'invalidité de 40%. Dans l'ancien système (par paliers), il existait quatre quotités de rente. Un bénéficiaire percevait donc un quart de rente si son taux d'invalidité était entre 40%-50%, une demi-rente si son taux d'invalidité se situait entre 50%-60%, un trois quarts de rente pour une invalidité comprise entre 60%-70% et une rente entière pour un taux d'invalidité dépassant les 70%. Dans le système actuel (rentes linéaires), la quotité de la rente correspond exactement au taux d'invalidité lorsque celui-ci se situe entre 50 et 69 %. Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49 %, la rente s'échelonne de 25 à 47.5 %. Comme dans l'ancien système, le bénéficiaire perçoit une rente entière à partir d'un tût d'invalidité de 70%.

⁷⁹ La « problématique principale » est déclinée en « code d'infirmité » et un « code d'atteinte fonctionnelle » selon le document « codes pour la statistique des infirmités et de prestations (OFAS, 2009).

⁸⁰ Ici, une personne est considérée comme impotente lorsque d'une part elle a besoin pour des raisons de santé de l'aide d'autrui pour accomplir les actes ordinaires de la vie (se vêtir, se dévêtir, se lever, s'asseoir, manger, ...) ou qu'elle nécessite d'une surveillance personnelle. D'autre part, elle est également considérée comme impotente lorsque qu'elle n'arrive pas à établir des liens sociaux et risque sérieusement de s'isoler du monde extérieur (pour toucher cette prestation, les personnes atteintes uniquement dans leur santé psychique doivent bénéficier d'une rente).

⁸¹ Contrairement à la rente, l'API ne dépend pas du revenu. Au 1^{er} janvier 2024, les montants mensuels pour une personne vivant dans un home étaient de 123 francs (degré faible), de 306 francs (degré moyen) et de 490 francs (degré grave), alors qu'ils sont respectivement de 490 francs, 1'225 et 1'960 francs pour une personne vivant dans son domicile privé.

⁸² Au 1^{er} janvier 2024, la contribution d'assistance se montait à 34.30 francs de l'heure et à 51.50 francs de l'heure si en raison du handicap de l'assuré, l'assistant doit disposer de qualifications particulières. Le montant pour les prestations de nuit est calculé au cas par cas en fonction de l'intensité de l'aide nécessaire. Il s'élève toutefois à 164.35 francs par nuit au maximum.

La part du nombre de rentiers dans la population diminue dans chaque canton entre 2008 et 2023. Sur les trois périodes observées, Neuchâtel est le quatrième canton avec le plus de rentiers par rapport à sa population d'assuré-e-s. Ce taux passe de 6.02% en 2008, à 5.21% en 2015 et à 5.17% en 2023. Pour l'ensemble de la Suisse ce dernier est passé de 5.01% en 2008, à 4.2% en 2015 et à 4.07% en 2023.

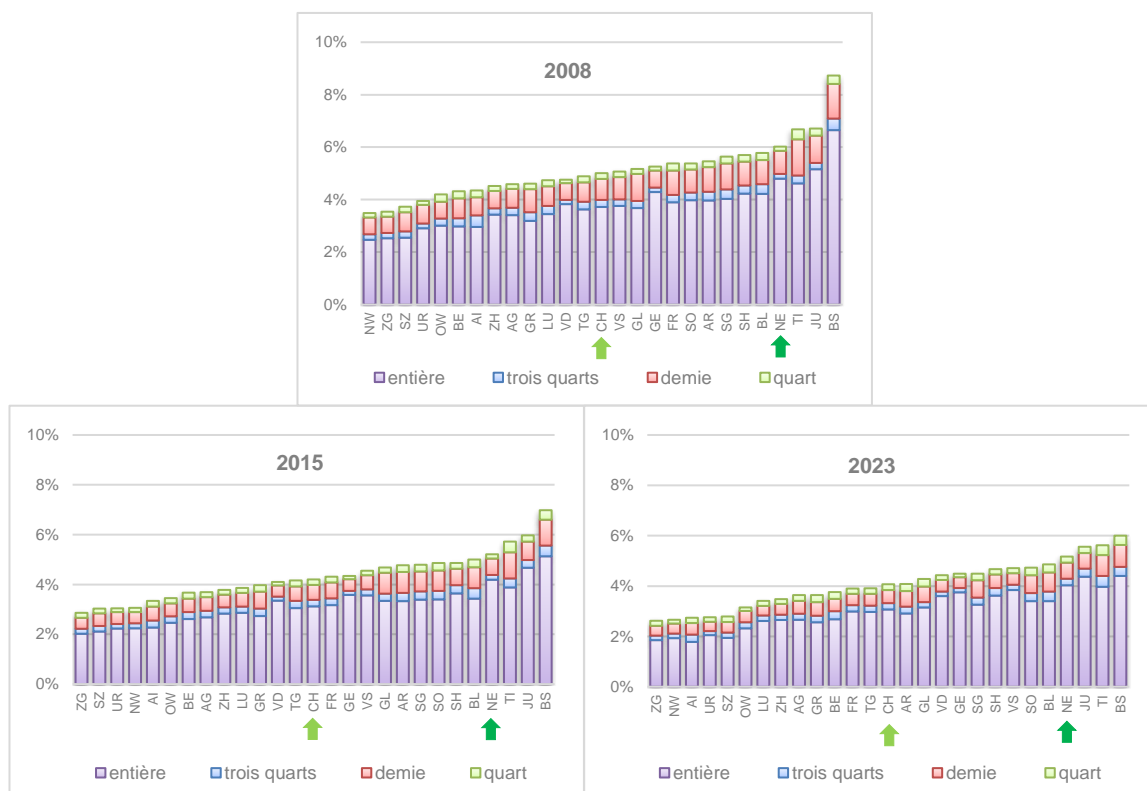
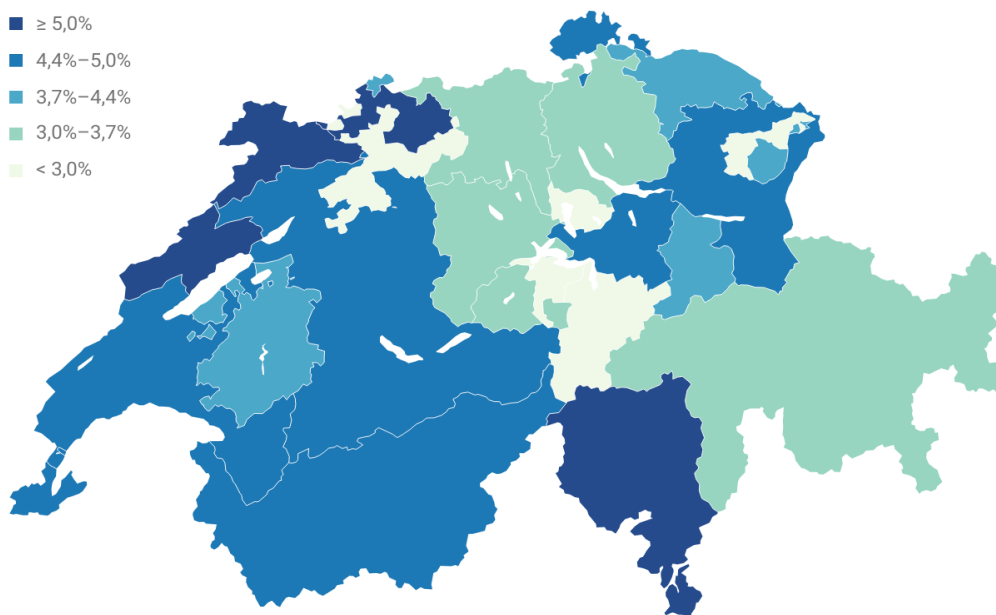


Figure 97 : Part de rentier-ère-s dans la population d'assurés en 2008, 2015 et 2023 (source : OFS)

La Figure 98 cartographie la part des nouveaux/nouvelles rentier-ère-s dans chaque population cantonale.

Figure 98 : Proportion de bénéficiaires de rente AI par canton au regard de la population assurée en décembre 2023. (source : OFAS)



Ces trois graphiques illustrent le taux de nouveaux/nouvelles rentier-ère-s (en décembre) pour 2008, 2015 et 2023. De manière générale, ce dernier a légèrement progressé en Suisse ces 15 dernières années puisqu'il passe de 0.34 à 0.37%. Dans le Canton de Neuchâtel, il reste relativement stable, avec 0.39% en 2008 puis 0.40% en 2015 et en 2023. Ce taux est néanmoins très variable d'un canton à l'autre puisqu'il a par exemple augmenté de plus de 25% dans les Cantons d'Argovie, de Glaris, du Tessin et de Vaud, alors qu'il diminuait de plus de 30% dans les Cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures, de Bâle-Ville, de Nidwald et de Thurgovie. En cartographiant cet indicateur, l'illustration est la suivante :

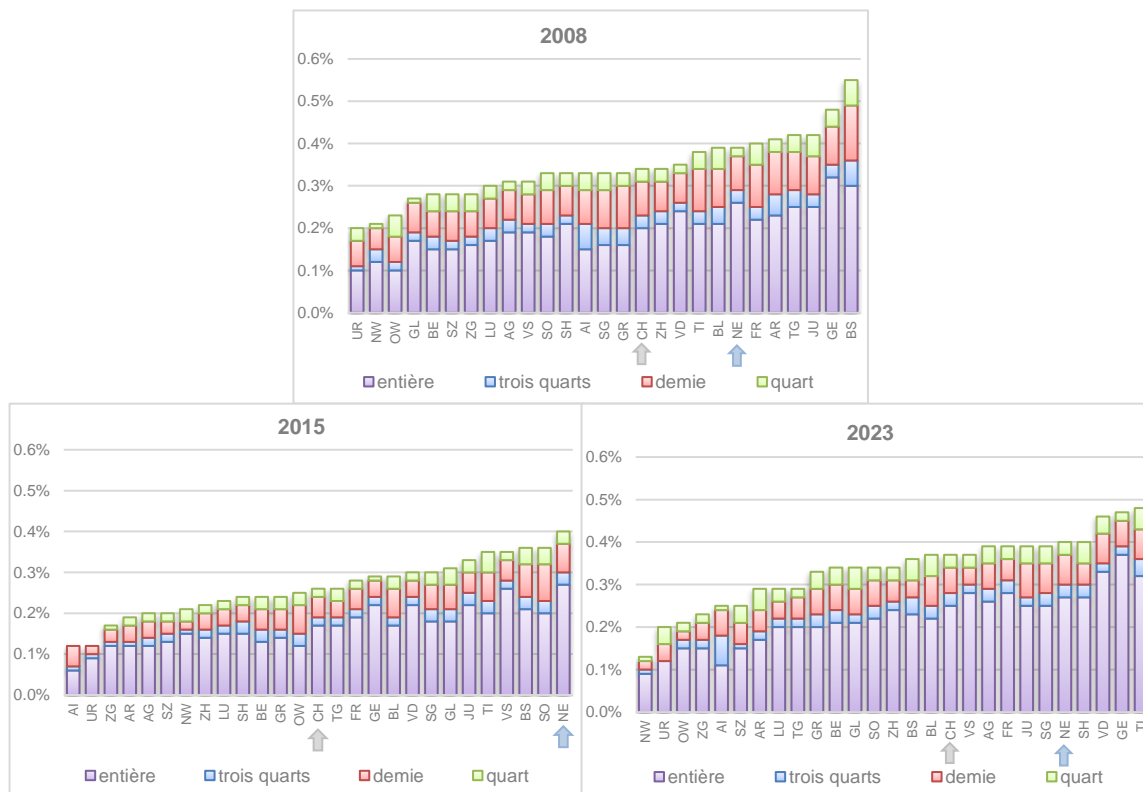


Figure 99 : Part des nouveaux/nouvelles rentier-ère-s dans la population d'assurés en décembre 2008, 2015 et 2023 (source : OFS)

En se penchant sur l'allocation pour impotent-e, cette fois Neuchâtel semble plutôt sous la moyenne Suisse. En effet, alors qu'en 2008 il était le deuxième canton avec le moins de détenteurs d'API par rapport à sa population d'assurés avec 0.39% (contre 0.48% pour l'ensemble de la Suisse), cet indicateur s'accroît pour légèrement dépasser la moyenne suisse (0.54% contre 0.53%) en 2015. En 2023, Neuchâtel se trouve à nouveau sous la moyenne suisse, avec respectivement 0.71% contre 0.78% d'assurés qui ont une allocation pour impotent-e. Contrairement au pourcentage de rentier-ère-s qui a diminué dans un premier temps, le taux de détenteur-trice-s d'une allocation pour impotent-e ne cesse de croître d'année en année, à l'exception des Cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures et d'Obwald où cet indicateur a diminué respectivement de 26% et de 3% entre 2008 et 2023. Il a même plus que doublé dans les Cantons de Genève, du Valais, de Vaud et de Nidwald en ces deux mêmes périodes.

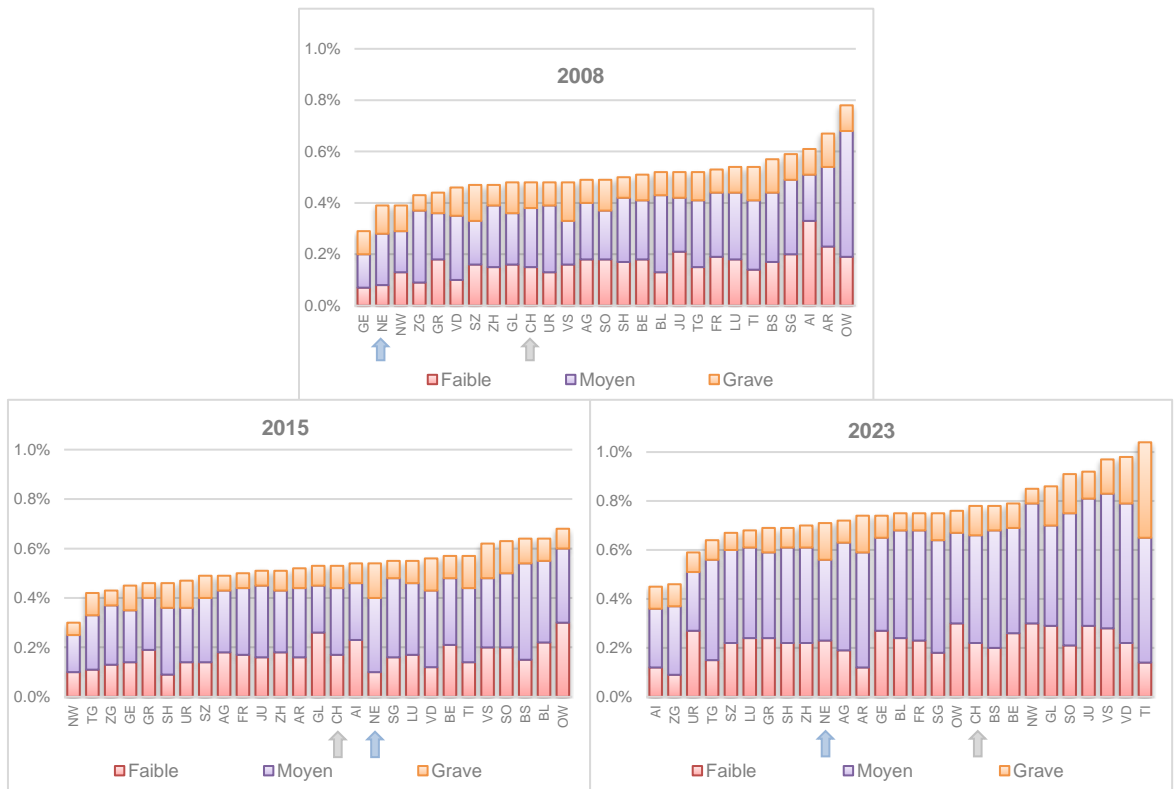
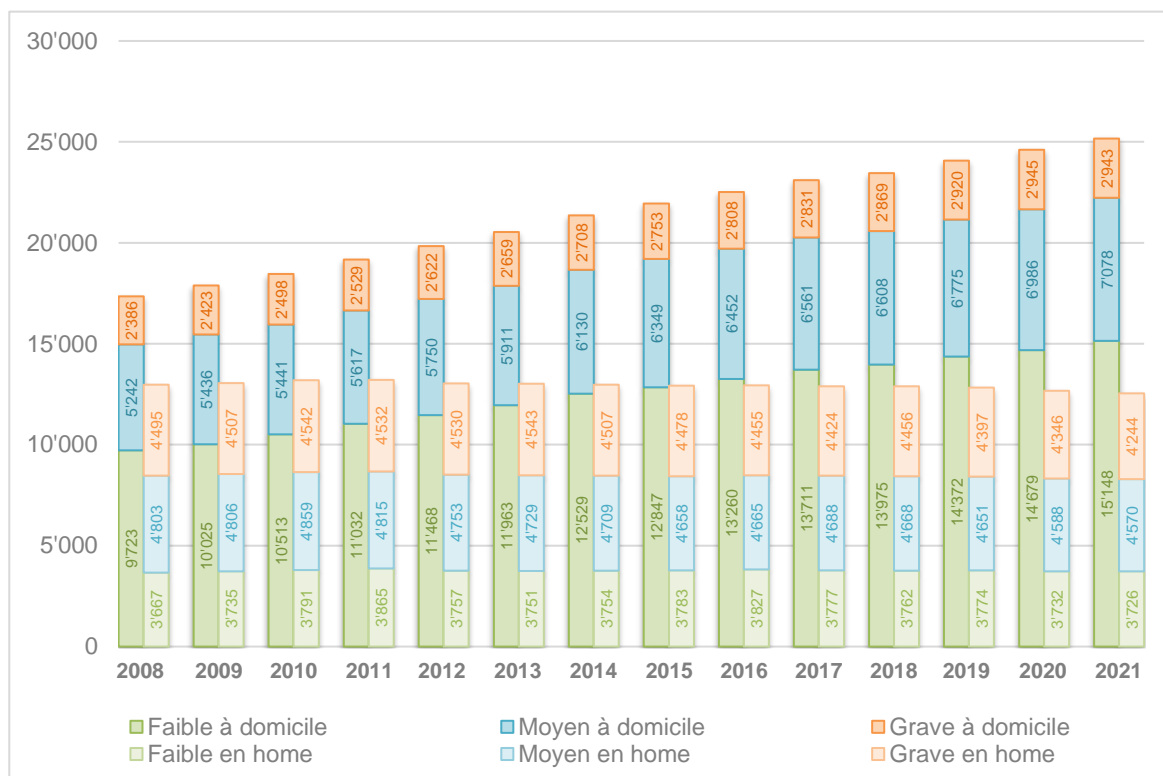


Figure 100 : Part des détenteur-trice-s d'API par degré d'impotence et par canton en 2008, 2015 et 2023 (source : OFS)

En distinguant les allocations pour impotent-e par lieu de vie, il est intéressant de constater que les tendances sont opposées en fonction de la résidence du bénéficiaire. En effet, si les API pour les personnes vivant dans leur domicile privé sont largement à la hausse (+45% en 13 ans), celles pour les personnes vivant en home suivent plutôt une légère tendance à la baisse (-3% entre ces deux périodes). Pour les personnes vivant dans leur domicile privé, une hausse est observée pour tous les degrés d'impotence, mais logiquement plus marquée dans les degrés plus faibles. Au niveau des bénéficiaires vivant dans un ménage administratif, seul l'API de degré grave subit une légère augmentation. Pour l'ensemble de la Suisse, la proportion d' « API domicile » est donc passée de 57% en 2008 à 67% en 2021.

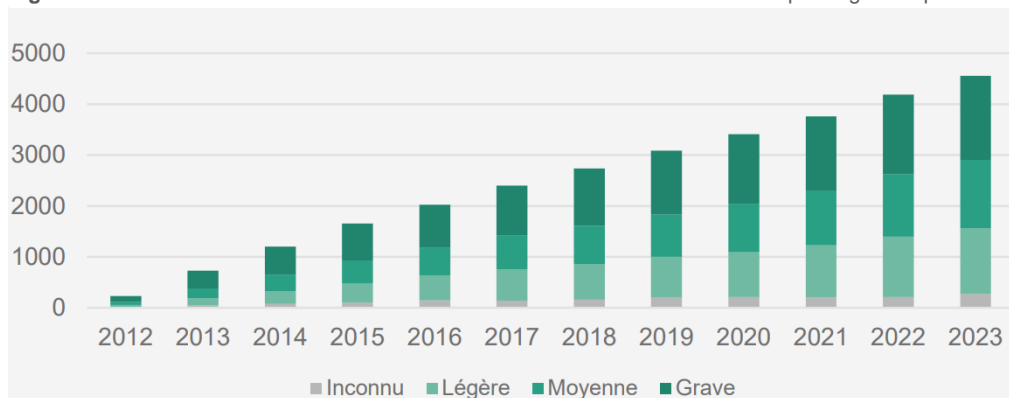
Figure 101 : Nombre d'API par degré d'impotence et par lieu de vie



Source : statistiques de l'OAI et propres calculs du SAHA

Les détenteurs d'une API qui ont un besoin d'aide régulier et qui veulent vivre chez eux peuvent faire valoir leur droit à la contribution d'assistance. Cette prestation permet aux bénéficiaires de financer les services d'aide qui lui sont fournis par des tiers externes⁸³. Depuis son introduction en 2012, cette prestation n'a cessé de croître pour atteindre environ 4'600 bénéficiaires en 2023. Ainsi, près de 12% de tous-toutes les bénéficiaires d'API vivant à domicile ont touché une contribution d'assistance.

Figure 102 : Évolution du nombre de bénéficiaires d'une contribution d'assistance par degré d'impotence



Source : statistiques de l'OAI

Pour les mineurs qui ont besoin d'un volume de soins particulièrement⁸⁴ important, il existe le supplément pour soins intense qui peut venir compléter l'allocation pour impotent. Les mesures

⁸³ Cette prestation, basée sur le modèle de l'employeur, permet au bénéficiaire (ou à son représentant légal) qui vit dans un domicile privé d'engager de l'aide externe (on ne peut donc pas être marié-e, en partenariat enregistré, concubin-e ou avoir une quelconque parenté en ligne directe avec la personne aidée) fournie par un assistant sur la base d'un contrat de travail. Elle exige que le bénéficiaire, en tant qu'employeur, dispose d'une bonne capacité d'organisation ainsi que de bonnes compétences juridiques et sociales.

⁸⁴ Par « particulièrement » important, nous entendons ici que le surcroît d'aide par rapport à un enfant non handicapé du même âge doit être supérieur à 4 heures en moyenne par jour. Cette prestation est subdivisée en trois différents forfaits (état

médicales sont une prestation de l'assurance invalidité qui doit permettre aux jeunes d'entreprendre ou de poursuivre une scolarité ou une formation (en vue d'une activité lucrative) et d'accomplir des tâches quotidiennes (préparation des repas ou tenue du ménage, par exemple). Elles sont destinées aux jeunes jusqu'à 20 ans présentant une infirmité congénitale et aux jeunes jusqu'à 25 ans atteints dans leur santé et bénéficiant de mesures d'ordre professionnel.

Les différents graphiques et les prestations abordées nous ont permis d'avoir un meilleur aperçu de certaines prestations de l'AI et de leur évolution en Suisse ces dernières années. Outre le fait que certaines de ces prestations peuvent avoir une influence directe sur la demande (ex. : contribution d'assistance), les codes d'infirmité et d'atteinte fonctionnelle de l'AI permettent de construire la population-sœur⁸⁵ (voir source 4 de la méthode décrite au chapitre 6) de celle qui est en institution.

au 31.12.2023) de 32.65, 57.15 et 81.65 francs par jour pour un besoin de soins qui est respectivement d'au moins 4, 6 et 8 heures par jour.

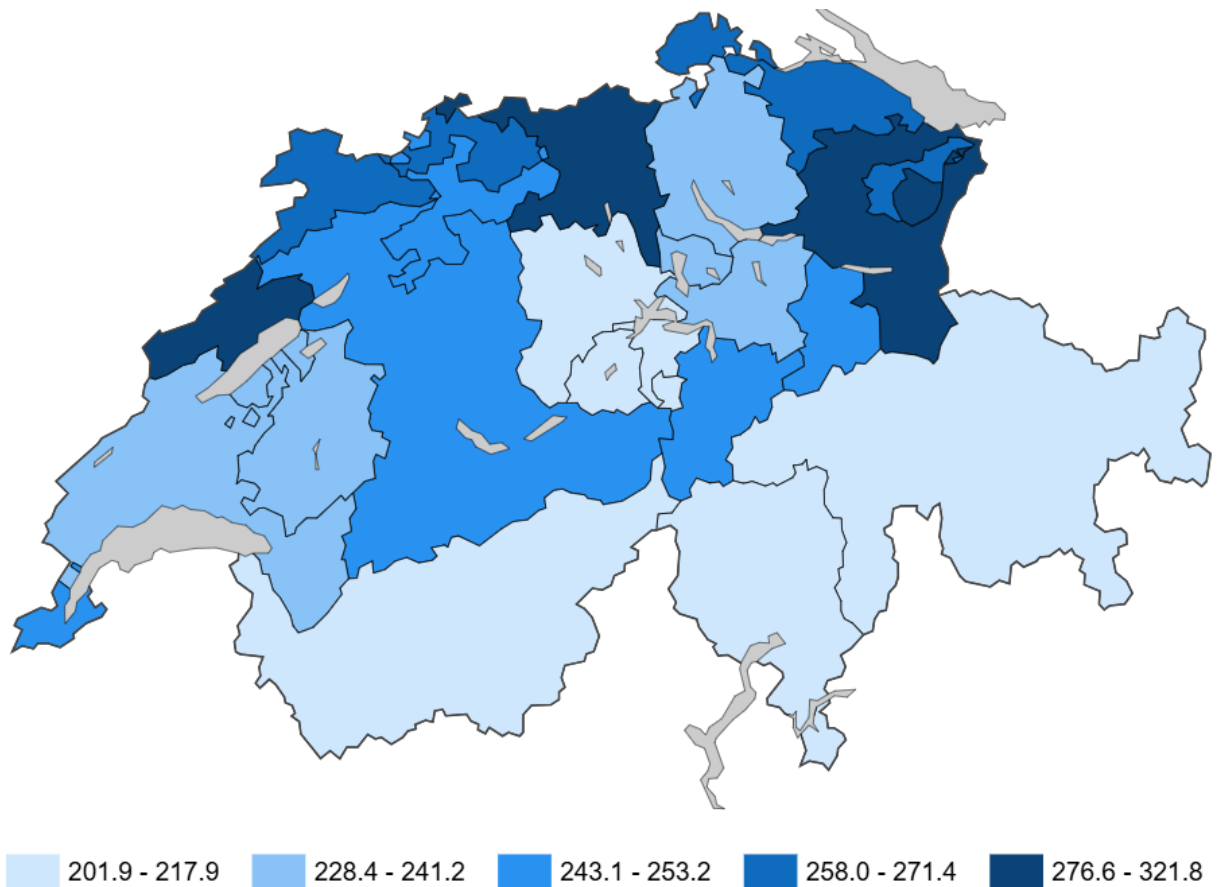
⁸⁵ Voir à la page 30 de Wernli, B. (2007). Planification cantonale des structures pour personnes handicapées adultes. Mandat de la conférence romande des affaires sanitaires et sociales.

STATISTIQUES PUBLIQUES FÉDÉRALES SUR LA COHORTE DU HANDICAP PHYSIQUE

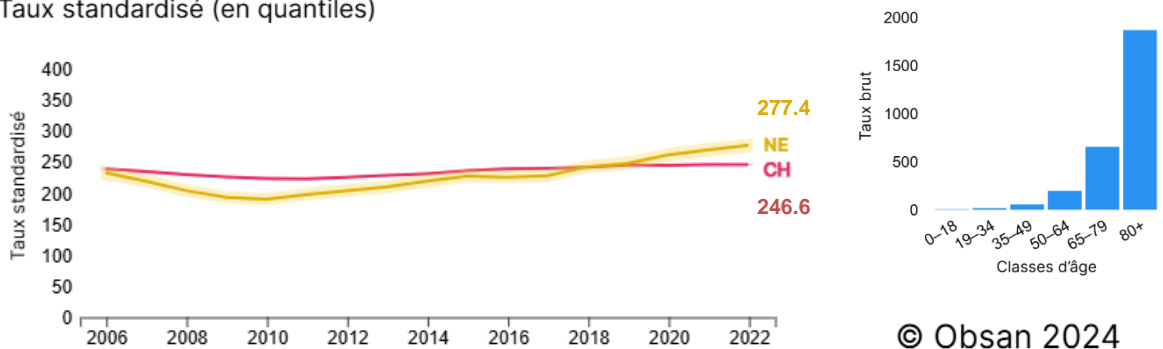
Les deux indicateurs présentés ci-dessous peuvent illustrer une part de la situation dans le Canton de Neuchâtel, face aux déficiences physiques dans l'ensemble du pays. Les deux thématiques abordées sont la proportion d'attaques cérébrales et de personnes avec des troubles physiques importants.

Dans un premier temps, nous allons regarder la proportion d'attaques cérébrales en Suisse. En effet, outre de nombreux décès, une attaque cérébrale entraîne souvent un handicap durable nécessitant des soins. De plus, outre la maladie d'Alzheimer, les attaques cérébrales représentent la cause la plus fréquente de la démence.

Figure 103 : Évolution du nombre de bénéficiaires d'une contribution d'assistance par degré d'impotence



Taux standardisé (en quantiles)

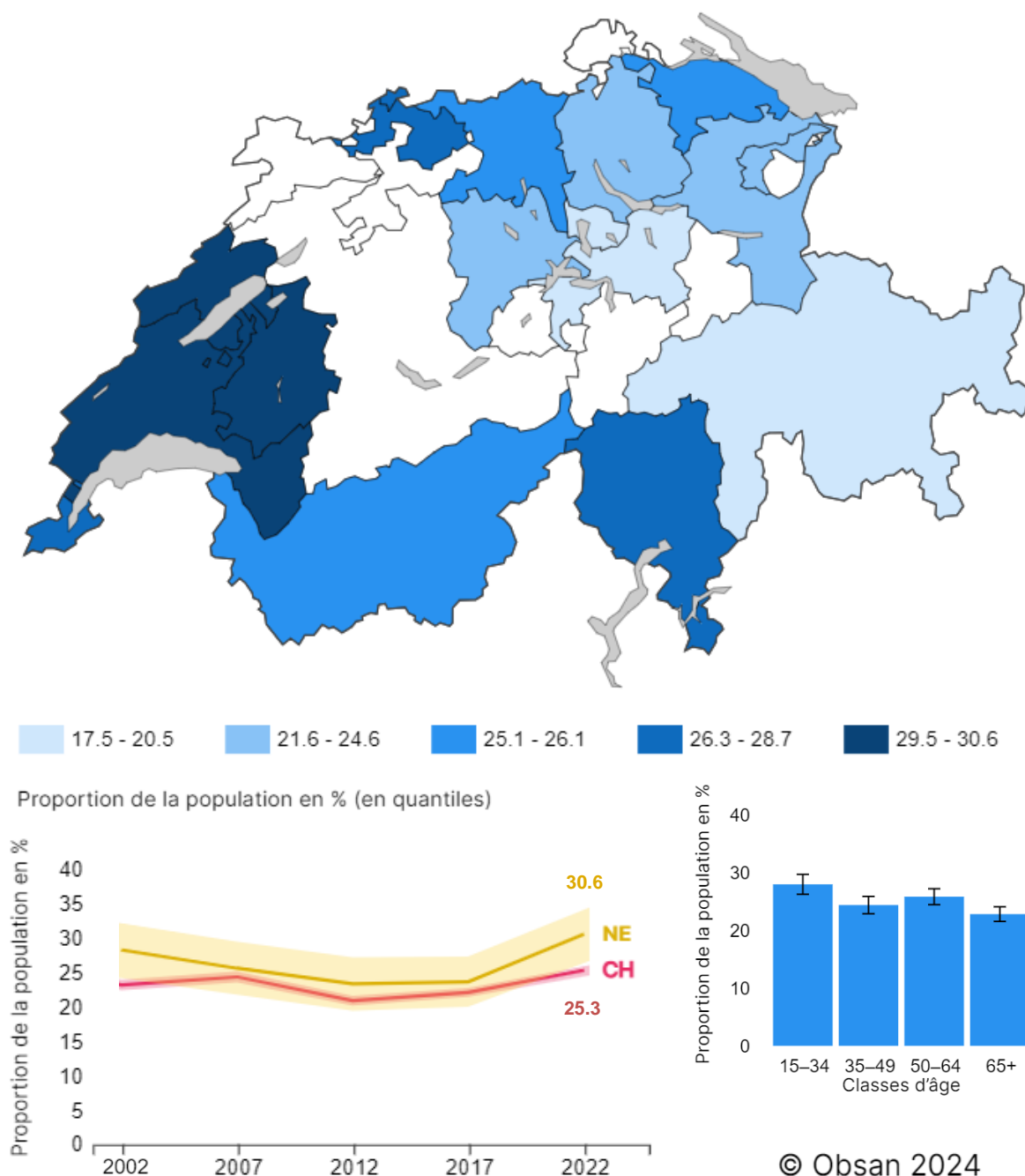


© Obsan 2024

Nous pouvons voir à travers ce graphique que cet indicateur est en constante augmentation depuis 2010 dans le canton. D'ailleurs depuis 2018, ce taux est passé en dessus de la moyenne suisse et avec les dernières données disponibles, Neuchâtel se trouve à la quatrième place des cantons les plus touchés par ces événements.

Même s'il ne concerne cette fois pas les personnes qui vivent en institution⁸⁶, l'indicateur suivant illustre les problématiques physiques⁸⁷ telles que perçues par cette cohorte. La fréquence de troubles physiques importants peut donc être comparée avec les autres cantons ainsi que la moyenne suisse.

Figure 104 : Fréquence des troubles physiques importants



⁸⁶ Cet indicateur repose sur l'enquête suisse sur la santé (ESS), réalisée tous les 5 ans auprès des personnes âgées de 15 ans et plus qui vivent en ménage privé.

⁸⁷ Les maux qui sont listés dans le questionnaire sont les suivants : mal au dos ou aux reins ; sentiment de faiblesse généralisée, de lassitude, ou de manque d'énergie ; mal au ventre ou ballonnements ; diarrhée, constipation ou bien les deux ; difficultés à s'endormir, ou insomnies ; maux de tête ou d'autres douleurs du visage ; irrégularités cardiaques, palpitations, tachycardie ou arythmies ; douleurs ou sensations de pression dans la poitrine.

En observant ce graphique, nous constatons que la proportion de population neuchâteloise qui souffre de troubles physiques importants est systématiquement plus élevée que dans le reste de la Suisse, avec une différence qui est significative en 2022. D'ailleurs cette même année, Neuchâtel se trouve en tête de liste des cantons les plus concernés par cette problématique.

STATISTIQUES PUBLIQUES FÉDÉRALES SUR LA COHORTE DU HANDICAP PSYCHIQUE

Nous allons nous pencher ici sur certains indicateurs liés à la cohorte du handicap psychique, pour comparer la situation dans le canton avec celle dans l'ensemble de la Suisse. Les graphiques illustrés portent sur le taux d'hospitalisation pour maladies psychiques, puis sur la durée moyenne de ces séjours hospitaliers. Un focus est ensuite fait sur la fréquence des troubles du spectre schizophrénique. La deuxième partie de graphiques porte sur les placements à des fins d'assistance. Ainsi, un indicateur disponible à ce sujet est le taux de placements en établissement psychiatrique à des fins d'assistance. Outre cette proportion, la durée moyenne de ces placements ainsi que leurs causes principales seront également passées en revue.

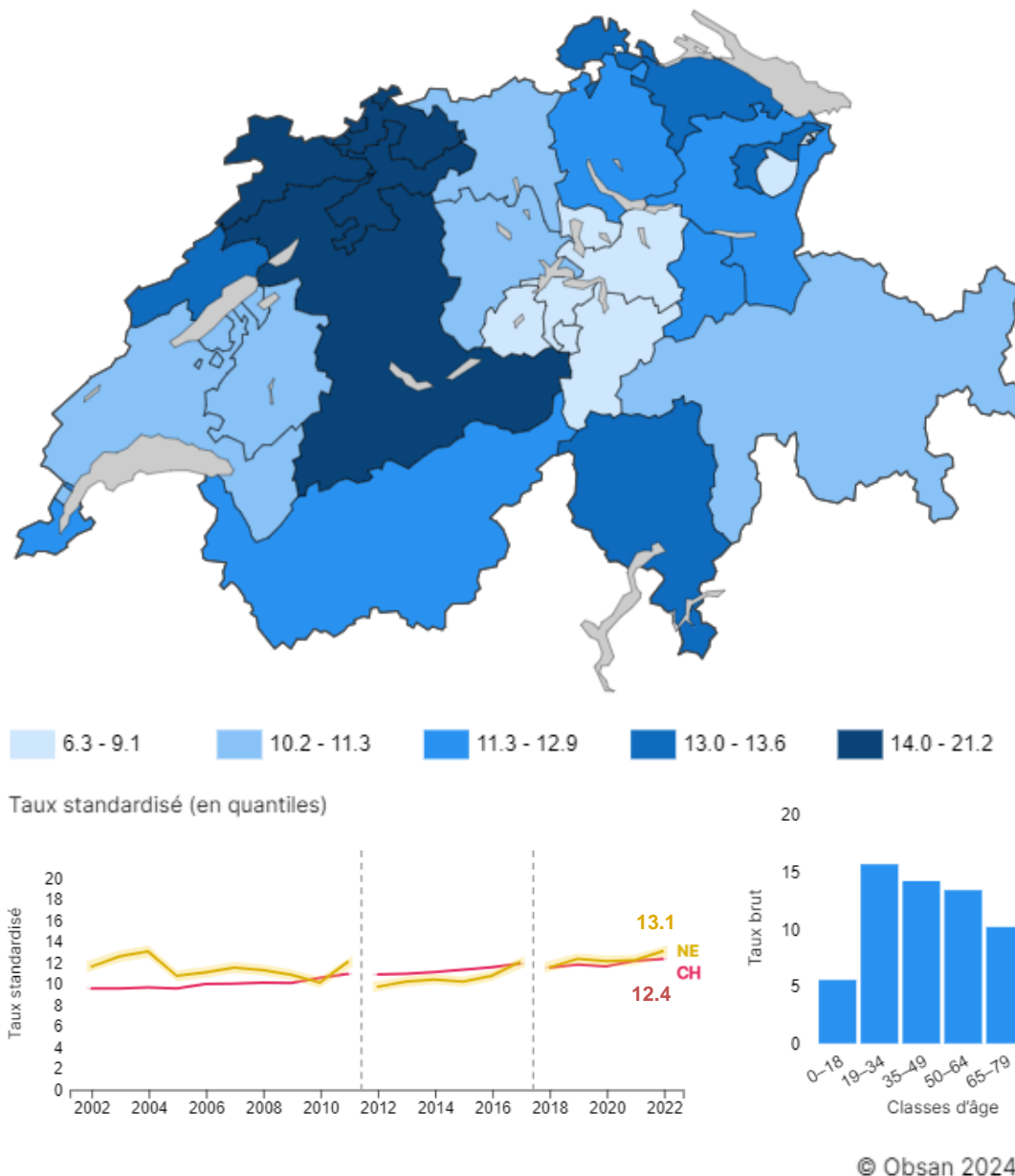
Le premier indicateur illustré est le taux d'hospitalisation pour maladies psychiques⁸⁸. Il montre le ratio de ces hospitalisations (en termes de cas⁸⁹ ici) par canton selon le diagnostic principal⁹⁰. L'utilisation de ces ressources hospitalières semble particulièrement importante dans le Canton de Neuchâtel, puisque c'est le 8^e canton où le taux est le plus élevé en 2022, avec 13.1 cas pour 1'000 habitant-e-s contre 12.4 pour la moyenne suisse.

⁸⁸ Ici sont considérées comme maladies psychiques, tous les diagnostics répertoriés dans la classification statistique internationale des maladies sous les identifiants F00 à F99 "troubles mentaux et du comportement" et G30 à G32 « autres maladies dégénératives du système nerveux ».

⁸⁹ Cet indicateur est également disponible en termes de patient.

⁹⁰ Les hospitalisations de tous les secteurs (psychiatrie, soins somatiques aigus et réadaptation) sont prises en compte.

Figure 105 : Taux d'hospitalisation pour maladies psychiques (nombre de cas pour 1'000 habitant-e-s)



En regardant des plus près les classes d'âge pour l'ensemble de la Suisse, nous constatons que ce sont les personnes de 80 ans et plus qui sont les plus concernées, avec certains problèmes de démences qui apparaissent en lien avec l'avancée en l'âge. La deuxième classe d'âge la plus représentée concerne les jeunes adultes, avec un taux qui diminue ensuite progressivement jusqu'au individus âgés de moins de 80 ans.

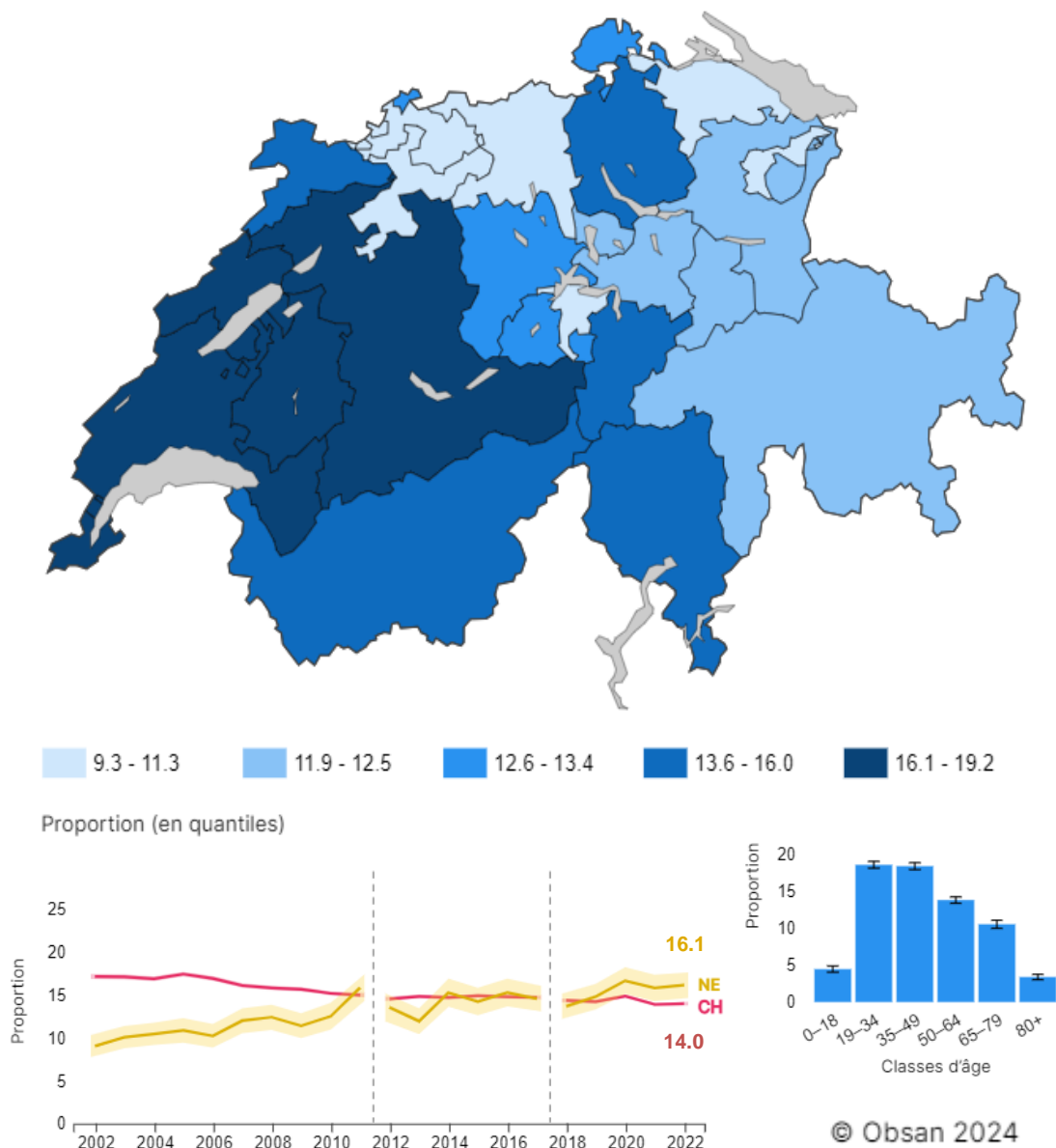
En se concentrant sur le diagnostic « trouble du spectre schizophrénique⁹¹ », on constate qu'il représente une part non négligeable des traitements stationnaires pour troubles psychiques. Depuis 2019, cette dernière est même plus élevée à Neuchâtel que dans l'ensemble de la Suisse (avec respectivement 16.1% contre 12.4% en 2022). Il est également intéressant de constater que si la tendance est plutôt à la baisse dans l'ensemble de la Suisse, elle est à la hausse sur notre territoire.

Pour l'ensemble de la Suisse, ce sont clairement les personnes entre 19 et 49 ans qui sont les plus concernées par ce diagnostic. Cette proportion recule ensuite en fonction de l'âge. Les individus

⁹¹ Codes de diagnostics F20 à F29 selon la CIM-10.

âgés jusqu'à 18 ans et ceux de 80 ans et plus sont proportionnellement moins concernés par ce type de maladie.

Figure 106 : Fréquence des troubles du spectre schizophrénique par rapport à l'ensemble des maladies psychiques



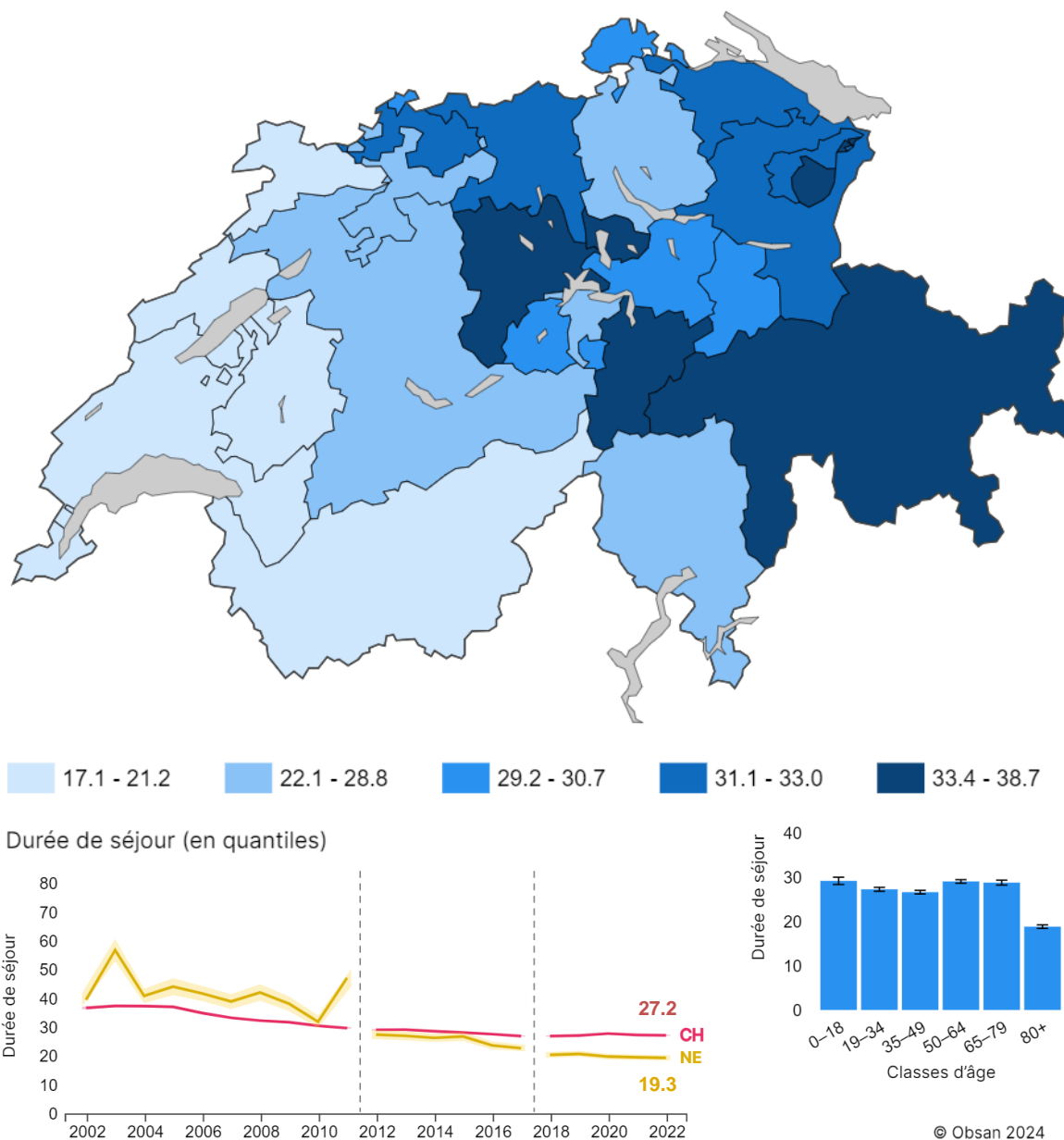
Regardons à présent la durée moyenne des hospitalisations pour troubles psychiques. En effet, cet indicateur peut être une bonne variable explicative de la stabilité des profils, une fois de retour dans leur lieu de vie. En comparaison suisse, nous observons que cette durée est particulièrement faible dans le canton en 2022, puisqu'elle est la deuxième plus basse⁹² du pays. Si cet indicateur est en général en recul dans l'ensemble de la Suisse, la baisse est plus marquée dans le Canton de Neuchâtel, avec une durée moyenne cantonale quasiment 30% plus courte que l'ensemble de la Suisse. D'ailleurs selon les options stratégiques du domaine de la psychiatrie, la volonté du canton est ici de pouvoir continuer à réduire ces durées⁹³.

En regardant les éventuels écarts entre les classes d'âge pour l'ensemble de la Suisse, on constate qu'il y a peu de différences entre ces groupes, à l'exception des personnes de 80 ans et plus. Jusqu'à cette dernière catégorie, l'âge ne semble pas être un facteur d'explication pour ce type d'hospitalisation.

⁹² Sur cette dernière période, seul le Canton du Jura a une durée moyenne d'hospitalisation pour maladies psychiques plus courte que Neuchâtel, avec respectivement 17.1 contre 19.3 jours.

⁹³ Voir Annexe 1 des Options stratégiques du Centre psychiatrique neuchâtelois 2023-2030 : vers un renforcement des soins de proximité avec les partenaires du réseau sociosanitaire (septembre 2023).

Figure 107 : Durée moyenne (en jours) des séjours hospitaliers pour maladies psychiques (tous diagnostics F et G30-G32 CIM-10)



Un autre indicateur qui peut en partie être mis en lien avec cette cohorte repose sur les placements à des fins d'assistance (PAFA), qui font partie des mesures de protection⁹⁴ permettant de placer ou de retenir une personne contre sa volonté, dans une institution considérée comme appropriée (hôpital, EMS psychiatrique ou institution sociale généralement). Cette mesure peut être prononcée par l'autorité de protection ou par un médecin⁹⁵ et a comme but de protéger la personne, si nécessaire contre elle-même, pour lui fournir l'aide et les soins dont elle a besoin afin de retrouver son autonomie. Ces placements concernent des personnes atteintes de troubles psychiques (y compris ceux qui sont liés à une addiction comme l'alcool ou la toxicomanie), de déficience mentale ou en grave état d'abandon qu'il n'est pas possible de secourir ou de soigner autrement.

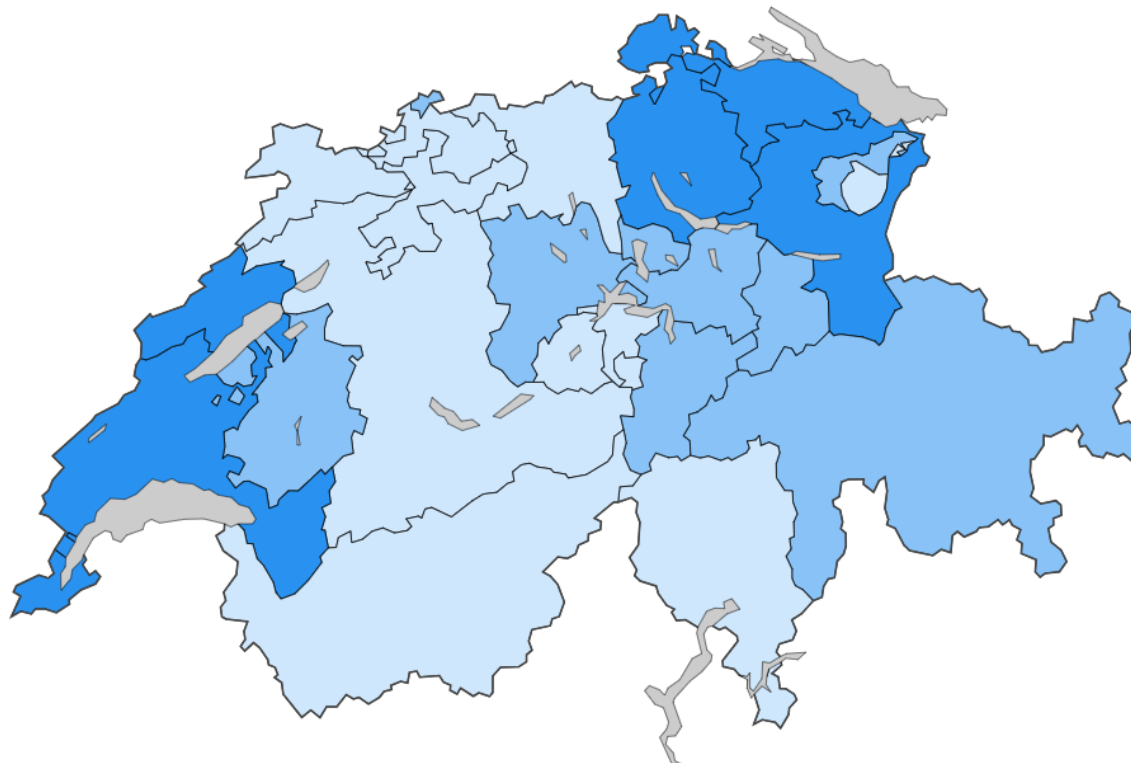
L'indicateur montré ici se concentre sur le taux d'une partie de ces placements, ceux qui sont orientés vers un hôpital/clinique psychiatrique ou dans une division psychiatrique d'un hôpital.

⁹⁴ Articles 426 à 439 du Code civil.

⁹⁵ Dans quel cas le placement est limité à 6 semaines.

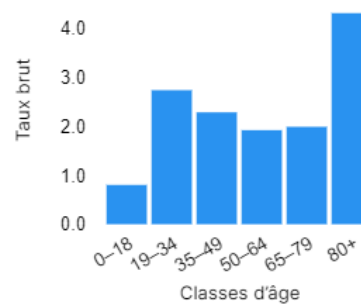
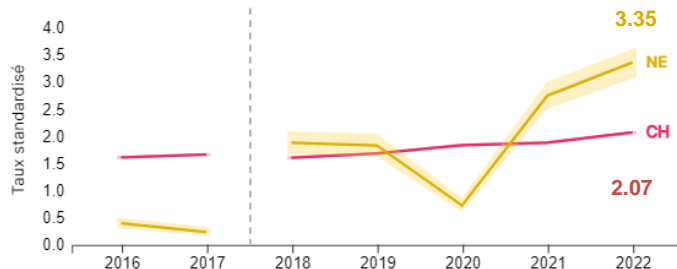
En 2022, nous constatons que ces mesures sont plus utilisées à Neuchâtel que dans les autres cantons. D'ailleurs avec un taux de plus de 60% supérieur à l'ensemble de la Suisse, le Canton de Neuchâtel est largement en tête parmi les cantons. En effet, il est suivi du Canton de Zurich qui cette même année a un taux de 2.75 cas pour 1'000 habitant-e-s, 20% plus faible que le Canton de Neuchâtel.

Figure 108 : Nombre de placements en établissement psychiatrique à des fins d'assistance pour 1'000 habitant-e-s



Taux de placements à des fins d'assistance par rapport à la moyenne suisse

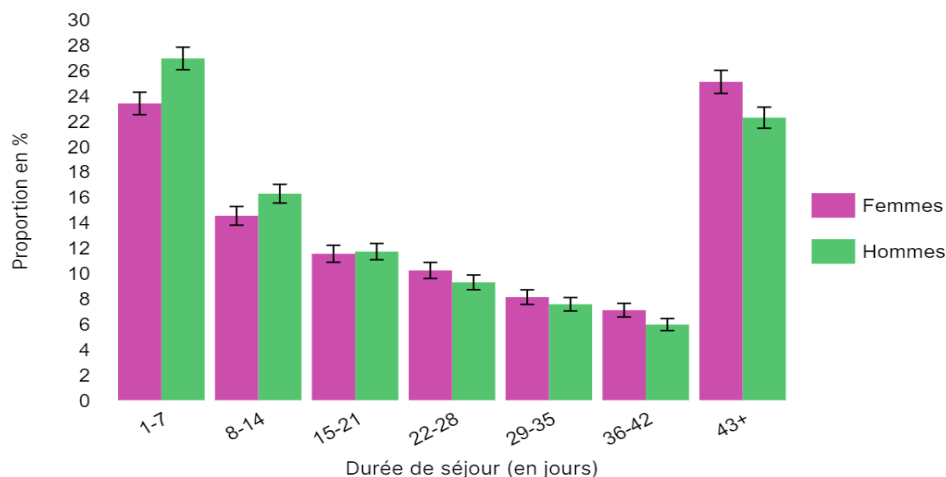
- inférieur à la moyenne
- aucune différence par rapport à la moyenne
- supérieur à la moyenne



© Obsan 2024

Lorsqu'il est considéré pour l'ensemble de la Suisse, cet indicateur peut par exemple être affiné selon la durée du placement. Avec, comme nous pouvons l'observer, deux pics qui se trouvent en deçà des 8 jours et au-delà des 42 jours représentant environ le 50% des situations. Tant chez les hommes que chez les femmes.

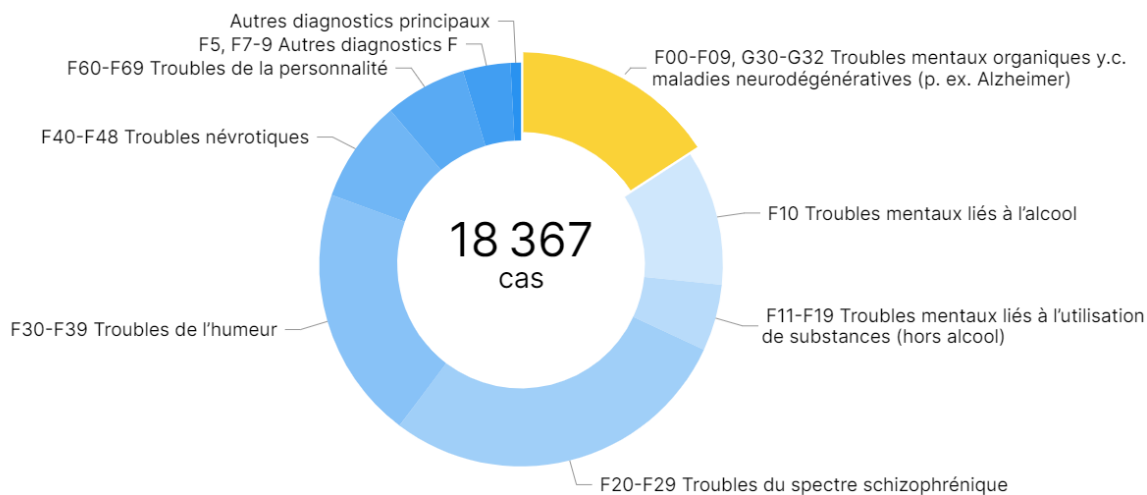
Figure 109 : Durée de séjour en clinique des personnes placées à des fins d'assistance



© Obsan 2024

En considérant cette fois les causes du placement pour l'ensemble de la Suisse, nous constatons que les diagnostics plus fréquents sont les troubles du spectre schizophrénique avec 28.4% des cas, les troubles de l'humeur (20.3%), les troubles mentaux organiques (15.8%), les troubles mentaux liés à l'alcool (10.8%), les troubles névrotiques (8.2%), les troubles de la personnalité (6.5%) et les troubles mentaux liés à l'usage d'une autre substance que l'alcool avec 5.3% des cas.

Figure 110 : Diagnostic principal des placements à des fins d'assistance



© Obsan 2024

STATISTIQUES PUBLIQUES FÉDÉRALES SUR LA COHORTE SOUFFRANT D'ADDICTION

La présente annexe est consacrée à certains indicateurs fédéraux en lien avec la cohorte des addictions. Le premier indicateur porte sur la proportion de personnes de 15 ans et plus vivant en ménage privé qui consomment de l'alcool au moins une fois par jour. Le taux d'hospitalisation pour consommation de substances psychoactives sera ensuite observé, avec un accent particulier sur la consommation d'alcool et d'opiacés. L'évolution à Neuchâtel et en Suisse du nombre de placements pénaux avec mesures de traitement de l'addiction⁹⁶ sera ensuite considéré.

Comme l'a mentionné le bureau BASS dans le mandat qui lui a été confié⁹⁷, l'alcool semble être une des principales problématiques dans le canton. En effet, avec 11.5%, la proportion de neuchâtelois-e-s de 15 ans et plus qui boivent quotidiennement de l'alcool est la deuxième la plus importante de Suisse, après le Tessin (avec 16.5%). D'ailleurs, la situation semble en partie culturelle, puisque six cantons latins (ou en partie) se trouvent aux sept premiers rangs. La bonne nouvelle est que depuis 2002, cet indicateur n'a cessé de reculer d'une enquête à l'autre tant à Neuchâtel que dans l'ensemble de la Suisse. D'ailleurs au niveau national, cette part a presque été divisée par deux ces vingt dernières années, en passant de 15.9% en 2002 à 8.6% en 2022.

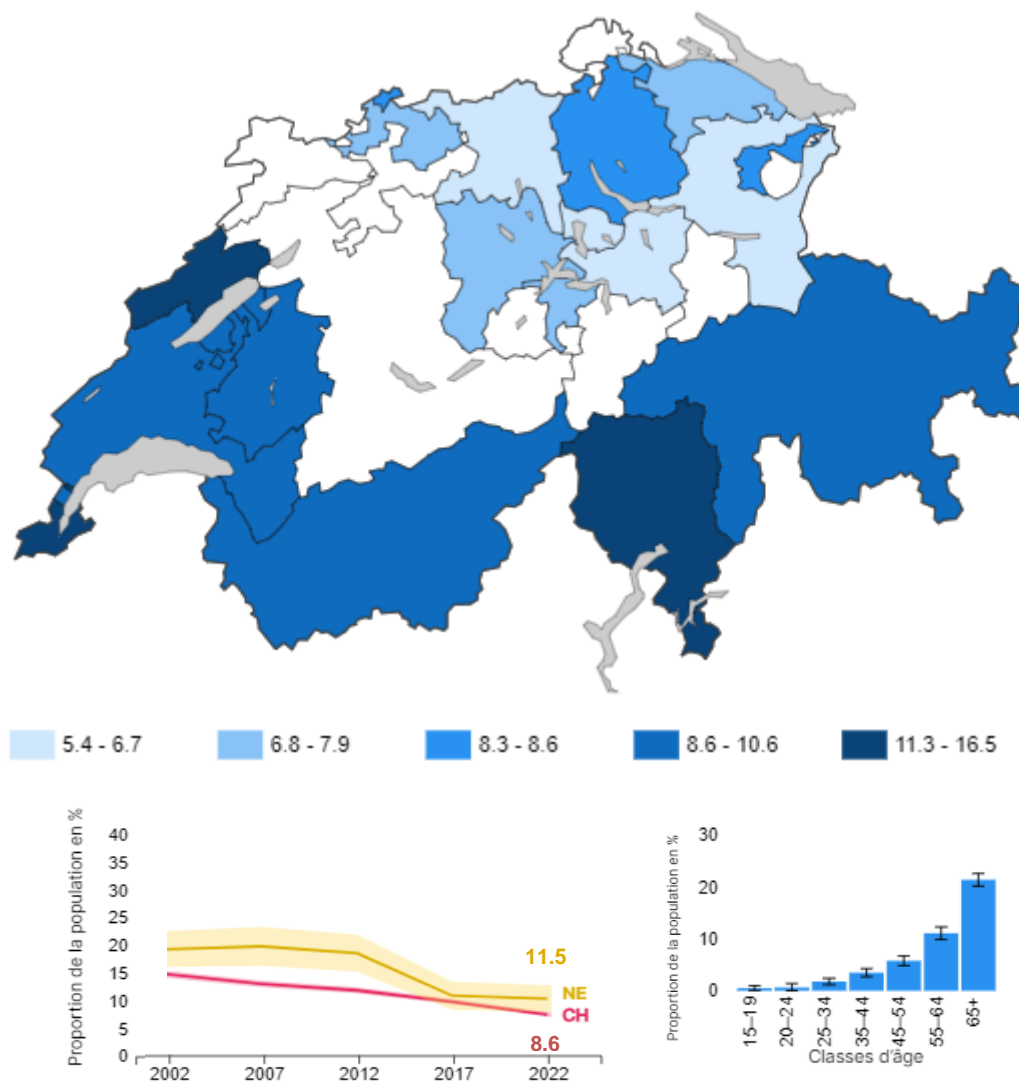
En se penchant sur les classes d'âge dans l'ensemble de la Suisse⁹⁸, nous constatons que le vieillissement est corrélé presque de manière exponentielle avec la consommation quotidienne d'alcool.

⁹⁶ Selon l'article 60 du code pénal.

⁹⁷ Gajta, P. et Guggenbühl, T. (2023), Offres de prise en charge dans le domaine de l'addiction – analyse de l'adéquation avec les besoins, de l'accessibilité, de la complémentarité et de la coordination. Sur mandat du Service d'accompagnement et d'hébergement de l'adulte (SAHA), Département de l'emploi et de la cohésion sociale (DECS).

⁹⁸ Y compris les cantons qui n'ont pas demandé de sur-échantillonnage.

Figure 111 : Proportion de la population de 15 ans ou plus qui consomme au moins une fois par jour de l'alcool



© Obsan 2024

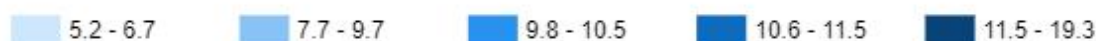
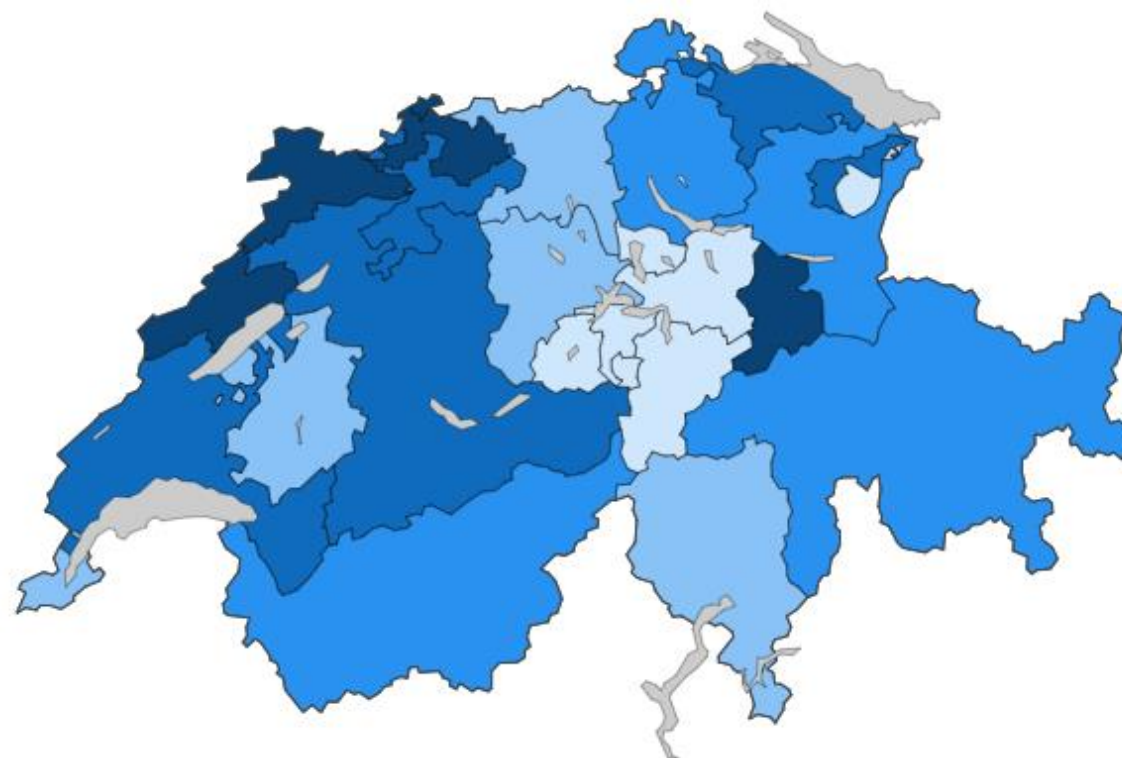
Outre l'ESS qui renseigne tous les 5 ans tant sur les déterminants que sur l'état de santé de la population ou même sur son recours aux prestations, il existe d'autres informations administratives ou statistiques qui permettent d'approfondir cette thématique. La statistique médicale des hospitalisations est une d'entre elles. Ainsi, il est par exemple possible de comparer entre les cantons, le taux d'hospitalisation lié à une substance psychoactive⁹⁹.

En 2022, on a dénombré en Suisse 10 hospitalisations pour 1'000 habitant-e-s en relation avec des troubles liés à des substances psychoactives, alors qu'il est de 12.6‰ dans le Canton de Neuchâtel. Ce qui représente quand même un quart de situation en plus. Alors que ce taux a été relativement stable sur l'ensemble de la Suisse, il s'est accru dans le canton entre 2015 et 2019.

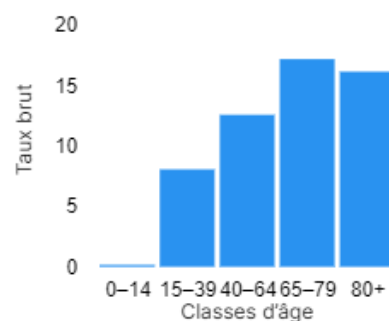
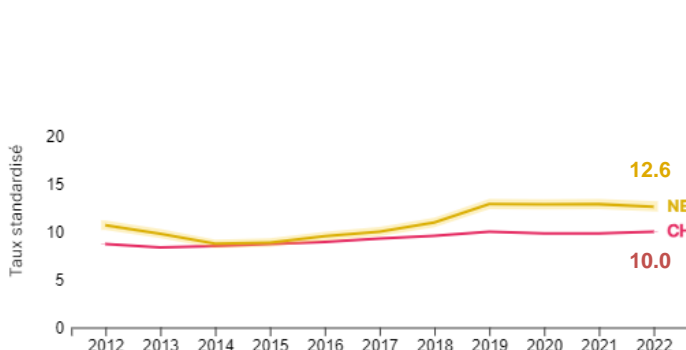
En regardant la distribution par classe d'âge sur l'ensemble de la Suisse, on peut voir que les hospitalisations croissent en fonction de l'âge jusqu'à la limite de 80 ans. Pour la dernière classe d'âge, le taux d'hospitalisation repart légèrement à la baisse.

⁹⁹ Ici, la statistique médicale des hospitalisations recense ces substances tant dans le diagnostic principal que dans le secondaire. Elles sont composées de l'alcool, des sédatifs ou hypnotiques, des opiacés, des dérivés du cannabis et de la cocaïne.

Figure 112 : Taux de séjours hospitaliers pour troubles liés à des substances psychoactives (diagnostic principal ou secondaire) pour 1'000 habitant-e-s



Taux standardisé (en quantiles)



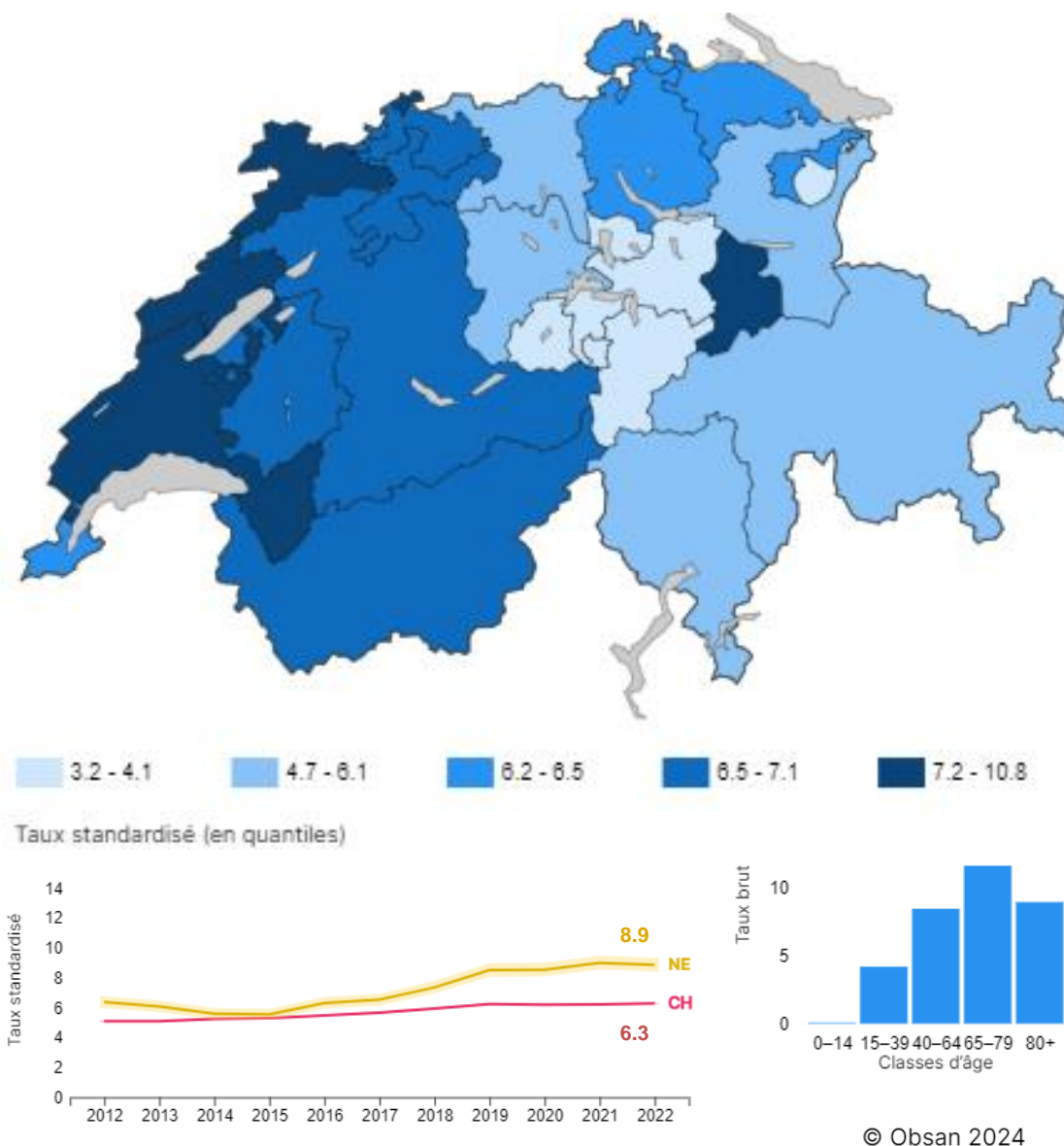
© Obsan 2024

En affinant un peu par substance psychoactive, on constate que le Canton de Neuchâtel est plus particulièrement touché par deux de celles-ci. Ainsi, les hospitalisations pour consommation d'alcool (qui sont également les séjours les plus représentés pour cause de substance psychoactive) ou d'opioïdes sont relativement fréquentes dans le canton.

Ainsi en 2022 avec 8.9 hospitalisations pour 1'000 habitant-e-s, le Canton de Neuchâtel se trouve en troisième place des cantons avec le plus de cas pour cause de consommation d'alcool, derrière les Cantons du Jura (10.8) et de Bâle-Ville (10.7‰), bien en dessus de la moyenne suisse à 6.3‰. Par ailleurs, la croissance de ce taux est systématiquement plus importante dans le canton que dans le reste de la Suisse, ce qui porte à croire que l'écart avec l'ensemble de la Suisse ne devrait pas s'atténuer rapidement.

Pour cet indicateur également, le taux d'hospitalisation suisse est corrélé avec l'âge. Ceci, jusqu'à l'aube des 80 ans, où il redescend pour rejoindre un taux similaire aux individus âgés entre 40 et 64 ans.

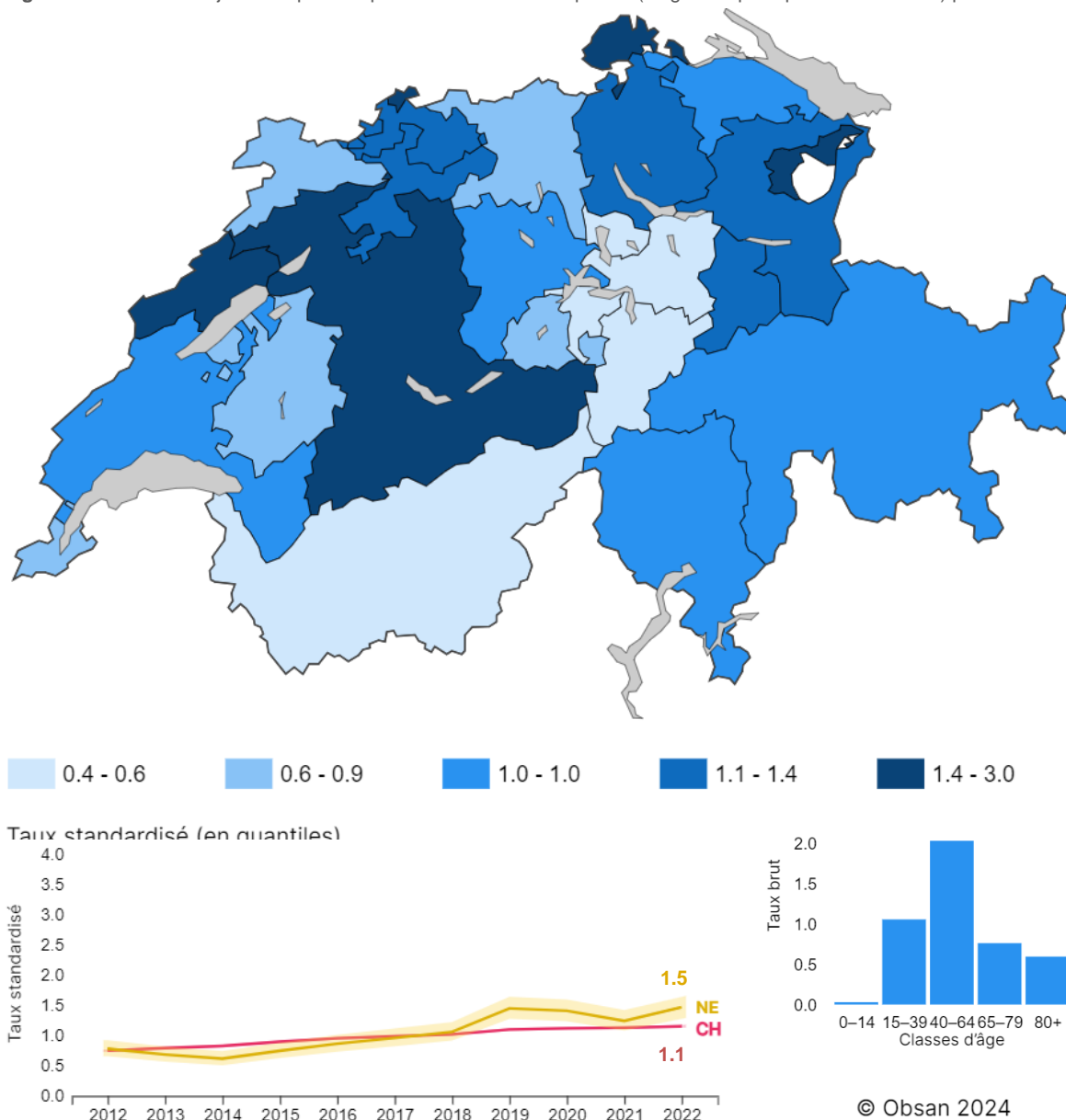
Figure 113 : Taux de séjours hospitaliers pour consommation d'alcool (diagnostic principal ou secondaire) pour 1'000 habitant-e-s



Le taux d'hospitalisation pour consommation d'opiacés est largement moins élevé que celui pour consommation d'alcool (6.3‰ contre 1.1‰ pour la Suisse en 2022). Néanmoins à Neuchâtel, cet indicateur est largement supérieur à la moyenne suisse et se trouve en 2022 au quatrième rang des cantons où il est le plus important, avec 1.5 hospitalisation pour 1'000 habitant-e-s, derrière les Cantons de Bâle-Ville (3.0‰), d'Argovie (1.8‰) et de Berne (1.5‰).

Après avoir été relativement proche de la moyenne suisse en 2021, il est reparti à la hausse en 2022. En regardant la distribution par classes d'âge pour l'ensemble de la Suisse, c'est clairement celle des 40 à 64 ans qui est la plus concernée, puisqu'elle représente quasiment le double de la deuxième classe d'âge la plus concernée (15-39 ans).

Figure 114 : Taux de séjours hospitaliers pour consommation d'opiacés (diagnostic principal ou secondaire) pour 1'000

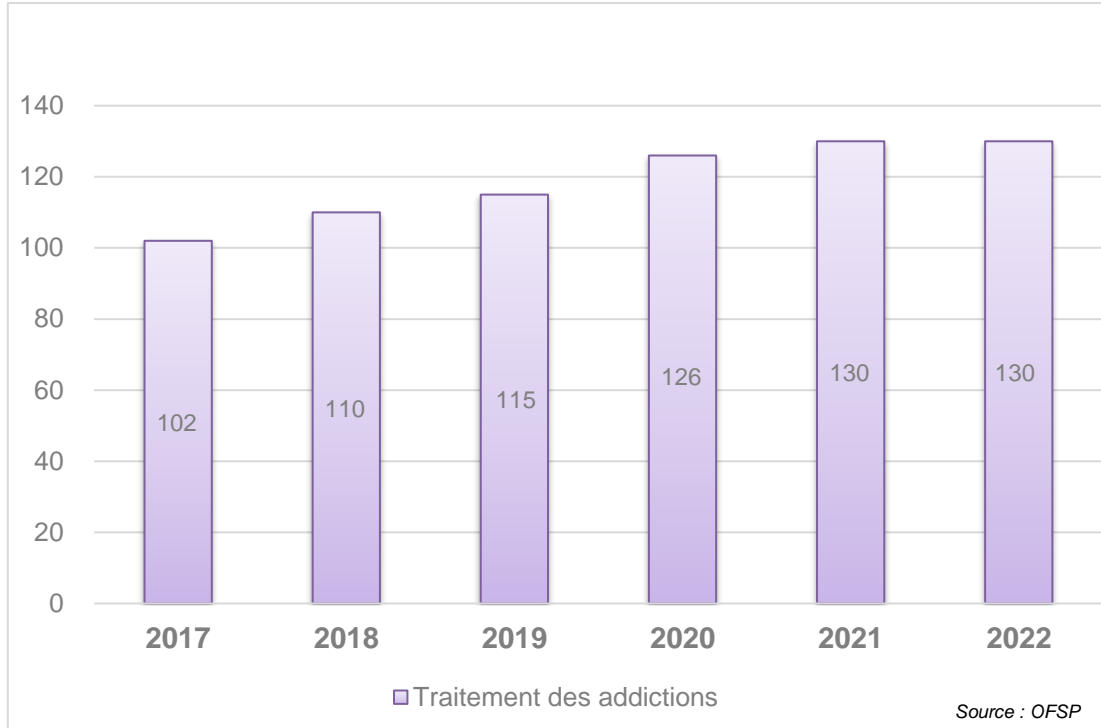


Les indicateurs qui viennent d'être parcourus, montrent que la situation dans le Canton de Neuchâtel au regard de certaines thématiques, est plus délicate que dans l'ensemble de la Suisse. Peut-être que l'offre institutionnelle pourrait être une partie de la réponse.

Au-delà des indicateurs sur les déterminants de la santé, il existe également des chiffres sur les placements pénaux. En effet, les mesures pénales avec traitements de l'addiction sont souvent orientées vers les institutions sociales, lorsque des places sont disponibles.

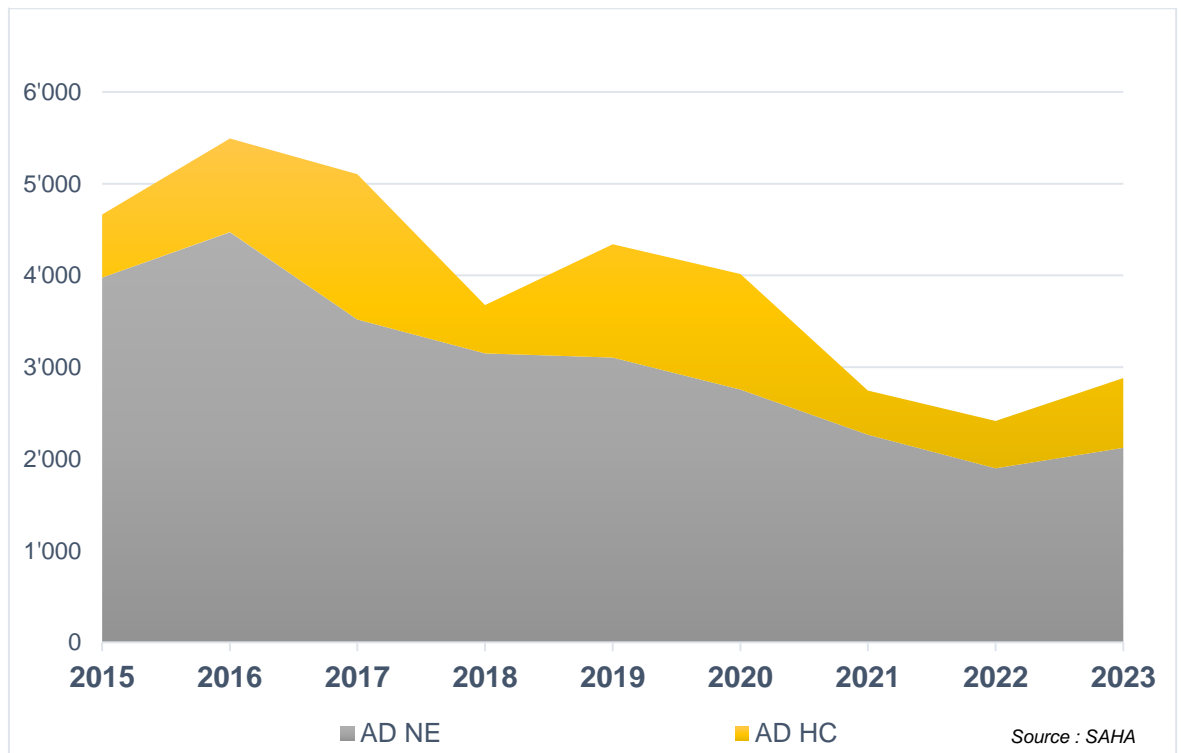
Le graphique ci-dessous nous montre le volume de ces mesures en Suisse depuis 2017. Sur les six dernières années, celles-ci ont augmenté de 27% (en passant de 102 à 130 entre 2017 et 2022).

Figure 115 : Effectifs moyens en Suisse des mesures avec traitements de l'addiction (art. 60 CP)



En observant plus en détail ces placements pour le Canton de Neuchâtel, nous constatons une tendance à la baisse entre 2016 et 2022, même si sur la dernière année disponible, l'orientation de cette courbe repart à la hausse.

Figure 116 : Nombre de journées de placements pénaux neuchâtelois avec traitement des addictions (art. 60 CP)



COMPARAISON DES PRIX CIIS DE QUELQUES PRESTATIONS DANS LES CANTONS LATINS

Canton	Handicap	Prestation CIIS	Institution	Site(s)	Prix CIIS 2023
NE	HM	HO	Fondation Les Perce-Neige	Plusieurs	655.00
FR	HM	HO	Foyer Gillarens, FHG	Gillarens	609.00
TI	HM	HO	Fond. Madonna di Re, casa 1	Bellinzona	502.26
GE	HM	HO	Aigues-Vertes	Aigues-Vertes	552.00
GE	HM	HO	Corolle	Foyer Versoix	796.00
VD	HP	H	Cité Radieuse : Multi-handicap	Echichens	790.00
VD	HP	H	Églantines : Polyhandicap	Vevey	769.00
NE	HM	H	Fondation Les Perce-Neige	Plusieurs	338.00
FR	HM	H	La Belle Etoile	Châtel-St-Denis	397.00
TI	HM	H	Fondazione Otaf, Casa Iris	Barbengo	358.48
VD	HM	H	IL-Lavigny	Lavigny	670.00
GE	HM	H	Corolle	La Colombe	498.00
NE	HM	CJ	Fondation Les Perce-Neige	Plusieurs	377.00
FR	HM	CJ	*Homato, Les Buissonnets	Fribourg	488.00
TI	HM	CJ	Fondazione San Gottardo	Lugano	316.81
VD	HM	CJ	EH-Genévrier	St-Légier	358.00
VS	HM	CJ	Castalie	Monthey	358.20
GE	HM	CJ	Corolle	Centre de jour	261.00
NE	HM	A	Fondation Les Perce-Neige	Plusieurs	23.00
FR	HM	A	La Rosière	Estavayer-le-lac	22.00
TI	HM	A	Fond. Diamante, L'Idéa	Chiasso	29.15
VD	HM	A	IL-Lavigny : Éventail	Lavigny	35.30
GE	HM	A	Ensemble	Essarde	58.00
NE	HP	HO	Fondation des Foyers Handicap	Neuchâtel	409.00
NE	TC	HO	Maison de vie et de santé	Couvet	1'278.00
FR	HP	HO	Linde Gr. germanophone	Tinterin	616.00
TI	HP	HO	Fondazione Otaf, Casa Giroggio	Sorengo	643.49
GE	HP	HO	Clair Bois	Minoteries	926.00
VD	HP	H	Echaud	Cugy	811.00
NE	HP	A	Fondation des Foyers Handicap	Plusieurs	34.00
VD	HP	A	BSH (Bureau service handicap)	Lausanne	38.05
NE	HΨ	H	Foyer de Prébarreau (FADS)	Neuchâtel	284.00
VS	HΨ	H	Fondation DOMUS	Ardon, Tzoumaz	184.55
JU	HΨ	H	UAPE, Résidence Décours	Chevèze	325.00
NE	HΨ	A	Fondation Alfaset	CNR	93.00
FR	HΨ	A	Foyer St-Louis	Fribourg	41.00
TI	HΨ	A	Soc. Coop. AREA, spazio lavoro	Noranco	29.70
VS	HΨ	A	Fondation DOMUS	Ardon, Tzoumaz	62.40
GE	HΨ	A	Maison des Champs		47.00
NE	HΨ-HP-HM	H	Fondation Alfaset	Plusieurs	281.05
VS	HM-P	H	La Castalie	Monthey	355.55
JU	HM-Ψ	H	Association PINOS	Courtemaîche	289.00
NE	HΨ-HP-HM	A	Fondation Alfaset	Plusieurs	19.00
VD	HM-Ψ	A	AFIRO	Plusieurs	16.90
VS	HM-Ψ-P	A	Ateliers du Rhône	Chippis	28.10
JU	HM-P-Ψ	A	Ateliers protégés Jurassiens	Porrentruy, Delémont	17.25
NE	HΨ	HO	Maison de vie et de santé DEFI	Boudry	841.00
VD	HM	H	Espérance : Complexe	Etoy	681.00
VD	HM	H	Foyer ; Complexe	Lausanne	899.00
VD	HM	H	EH-Genévrier : Complexe	St-Légier	764.00

Algorithme de Wernli

Les populations sœurs ont été créées avec la fonction (VBA) suivante

```

Function AlgWernli(Api, Cconfirm, Catt) As String
temp = "non défini"
Select Case Catt
  Case 30, 31, 32, 38, 39, 21, 22, 28, 29, 41, 42
    temp = "HS"
  Case "01", "02", "03", "04", "05", "08", "09", 33, 50, 70, 72, 73, 74, 75
    temp = "HP"
  Case 51, 52, 59, 61, 65, 71
    temp = "HM_HM"
  Case 55
    temp = "HΨ"
  Case "00", 10, 11, 81, 91
    Select Case Cconfirm
      Case 410 To 448, 661, 671, 861, 871
        temp = "HS"
      Case 120 To 217, 390, 395, 730 To 739, 930 To 939
        temp = "HP"
      Case 400 To 404, 501, 502
        temp = "HS"
      Case 100 To 114, 396, 397, 230 To 390, 450 To 500, 600 To 632, 650 To 658, 680 To 722, 800
        To 832, 850 To 858, 880 To 922
        temp = "HP"
    End Select
  End Select

Select Case Cconfirm
  Case 100, 600, 675, 800, 999
    temp = "non classifiable"
  Case 647, 648, 847, 848
    temp = "AD"
  Case 641 To 646, 649, 841 - 846, 849
    temp = "HΨ"
  Case 401, 405, 406
    temp = "HM_TSA"
End Select

Select Case Api
  Case "Grave"
    If Catt = 91 Then temp = "HM_POLY"
    Select Case Cconfirm
      Case 403
        Select Case Catt
          Case 50, 55, 81
            temp = "HM_POLY"
          End Select
        Case 654
          Select Case Catt
            Case 55
              temp = "HM_POLY"
            End Select
          Case 390
            Select Case Catt
              Case 52
                temp = "HM_POLY"
              End Select
            End Select
          End Select
        End Select
      End Select
    End Select
  AlgWernli = temp
End Function

```

Voici les acronymes des populations sœur pour chacune des cohortes :

HM : handicap mental (y compris les personnes polyhandicapées et les TSA)

HP : handicap physique (y compris les personnes cérébrolésées)

HS : handicap sensoriel

HΨ : handicap psychique

AD : addiction

Listes des acronymes

Acronyme	Signification
AC	Assurance chômage
AD	Cohorte de l'addiction
AI	Assurance-invalidité
API	Allocation pour impotent
AROSS	Accueil Réseau Orientation Santé Social
ASA	Accompagnement socioambulatoire
ASA	Association suisse d'aide aux handicapés mentaux
ASADOM	Projet pilote d'accompagnement socioambulatoire institutionnel intense (limité à 6h de prise en charge hebdomadaire, contrairement à l'ASA qui est limité à 3h) introduit pour la cohorte du handicap mental
ASFA	Association suisse en faveur des Anormaux
AST	Accompagnement sociothérapeutique modulable à domicile
AVS	Assurance vieillesse et survivants
CDA	Contribution d'assistance
CDAS	Conférence des directrices et directeurs des affaires sociales
CDPH	Convention relative aux droits des personnes handicapées
CIAP	Commission pour l'inclusion et l'accompagnement des personnes vivant avec un handicap (Canton de Neuchâtel)
CIM-10	10e révision de la classification internationale des maladies
CLASS	Conférence latine des affaires sanitaires et sociales
CNCI	Chambre neuchâteloise du commerce et de l'industrie
CNP	Centre neuchâtelois de psychiatrie
COLORIS	Conférence latine des organismes responsables des institutions sociales
COMPASSO	Association qui a pour but d'encourager activement la réinsertion professionnelle sur le marché premier du travail et mettre à disposition des employeurs toute information, toute adresse et tout instrument utile à cette fin. Elle pour ambition de réunir les partenaires compétents en matière de réinsertion professionnelle et de développer de nouvelles solutions dans un esprit de partenariat
CURAVIVA	Association de branche des prestataires au service des personnes âgées
DOK	Conférence des organisations faitières de l'aide privée aux personnes handicapées et de l'entraide
EMS	Établissement médico-social
ESS	Enquête suisse sur la santé
FAS	Fondation neuchâteloise pour la coordination de l'Action Sociale
FSAPHM	Fédération suisse des associations de parents de personnes mentalement handicapées
FSHM	Fédération suisse en faveur des handicapés moteurs
GRAS	Groupement des services d'action et d'aide sociales des cantons romands, de Berne et du Tessin
HM	Cohorte du handicap mental
HP	Cohorte du handicap physique
HS	Cohorte du handicap sensoriel
HΨ	Cohorte du handicap psychique
Junorah	Jura et Neuchâtel orientent les adultes handicapés
LHand	Loi fédérale sur l'égalité des personnes handicapées
LIncA	Loi sur l'inclusion et l'accompagnement des personnes vivant avec un handicap
LIPPI	Loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides
NECO	Service de l'économie du Canton de Neuchâtel
OAINÉ	Office l'assurance-invalidité du Canton de Neuchâtel
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OMDH	Office du maintien à domicile du Canton de Neuchâtel
ONU	Organisation des Nations unies

OORG	Office de l'organisation du Canton de Neuchâtel
PAFA	Placement à des fins d'assistance
PC	Prestations complémentaires
PMS	Planification médico-sociale du Canton de Neuchâtel
PVH	Personnes vivant avec un handicap
RPT	Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons
SAHA	Service d'accompagnement et d'hébergement de l'adulte du Canton de Neuchâtel
SEMP	Service cantonal de l'emploi
SILC	Statistics on Income and Living Conditions : enquête sur les revenus et les conditions de vie
SRHE	Service des ressources humaines
STAT	Service de la statistique du Canton de Neuchâtel
SVG	Schweizerischer Verband für gehörlose
TARMED	Tarif à la prestation uniforme au niveau suisse pour les prestations médicales
TSA	Trouble du spectre autistique
VBA	Visual Basic for Applications : langage de programmation pour outils Office
ZHAW	Haute école zurichoise de sciences appliquées