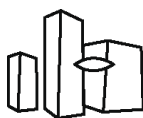


URBIA

Les Cahiers du développement urbain durable

Lien social, insertion et politiques des villes



Observatoire universitaire
de la Ville et du
Développement durable

Numéro 2

URBIA

1 - 2006

A. DA CUNHA	
Lien social, insertion et politiques des villes: introduction	3
O. DUBOIS, M. VAN CRIEKINGEN	
La «ville durable» contre les inégalités sociales ?	
Compacité urbaine et gentrification à Bruxelles	9
F. CLAUSEN, K. OBST	
Les facteurs de la crise du logement à Lausanne:	
une perspective comparative	19
O. SCHMID, A. VAUCHER	
Marginalité urbaine, accès au logement et aide sociale.	
Etude de cas : Neuchâtel, le Locle, la Chaux-de-Fonds.	37
B. STEINER, S. STOFER	
L'efficacité des mesures d'insertion: le point de vue des usagers	51
V. NOSEDA	
Retour sur les « violences urbaines »:	
Les émeutes et la « désespérance sociale »	63
I. CAPRANI	
Une manière d'aborder la question immigrée dans le cadre de la	
politique de la ville en France. Le cas d'un quartier de Nice.	71
J. BORIOLI, R. LAUB	
Le handicap entre nature et processus: applications au milieu urbain	83

Le handicap entre nature et processus

Applications au milieu urbain

*Jason Borioli, géographe
Institut de psychologie
Université de Lausanne*

*Raphaël Laub, géographe
Institut de géographie
Université de Lausanne*

Résumé

Il est de fait que l'environnement urbain se caractérise souvent par de nombreux obstacles construits qui empêchent la réalisation de différentes activités aux personnes dites « handicapées ». Dans ce contexte, les auteurs proposent une réflexion se situant tant au niveau conceptuel que pratique. Ainsi, après une première contextualisation historique, cette contribution compare les trois modèles se partageant à l'heure actuelle les conceptions du handicap et examine d'une part leur influence potentielle sur notre praxis et d'autre part trois propositions concrètes visant à faciliter la participation des personnes dites « handicapées » à la vie de la cité.

Mots-clé : participation sociale, sensibilisation, design social, handicap, incapacité

Introduction

Historiquement, la plupart des sociétés antiques et judéo-chrétiennes ont exclu les “infirmes”¹ d'une pleine participation à la vie en société. Considérés comme néfastes car annonciateurs de grands malheurs, ils furent également associés au péché et par conséquent susceptibles d'attiser la colère divine dans les civilisations profondément ancrées dans les traditions du présage et du céleste. Henri-Jacques Stiker, dans *Corps infirmes et sociétés* [Stiker, 2005], décrit par exemple l'obligation dans l'Etat juif préchrétien d'exclure les “infirmes” de toute fonction culturelle ainsi que l'exposition des enfants nés difformes dans les cités de la Grèce ancienne. Il fallut attendre près de deux millénaires pour que le « père de la chirurgie moderne », Ambroise Paré, tout juste au sortir du Moyen-Âge, s'essaie à une glose de la monstruosité et des « prodiges contre Nature » par un vocabulaire encore fragmentaire, mais qui contribua néanmoins à rejeter en partie la théorie démonologique sous-jacente et

permet une première approche scientifique, médicale [Stiker, 2005 : 89]. Les siècles suivants se firent l'écho de diverses tentatives de compréhension du phénomène, entre torture, internement et eugénisme.

De façon moins flagrante, les personnes dites "handicapées" dans notre société n'en demeurent pas moins les victimes d'une exclusion sociale. A titre d'exemple, les pratiques urbaines de ces personnes sont souvent rendues difficiles, voire impossibles pour certaines d'entre elles, du fait que l'environnement urbain ne tient pas compte de leurs caractéristiques et besoins de façon systématique. Ces personnes, qui vivent quotidiennement avec une ou plusieurs incapacités, subissent dès lors de nombreuses contraintes, sous forme par exemple de rampes d'accès inexistantes ou inadaptées, de moyens de transport inaccessibles ou de systèmes d'information inadaptés aux personnes malvoyantes et aux personnes malentendantes. A une incapacité fonctionnelle, intrinsèque, s'ajoute ainsi une limitation environnementale, extrinsèque et par là même une participation limitée à la vie de la cité. Ces conditions, imposées par la structure et le mode de fonctionnement mêmes de l'environnement urbain, font des personnes dites « handicapées » les victimes d'une violence structurelle [Borioli, Laub, Racine, 2005], le résultat direct de ce que Robert Imrie appelle « design apartheid » [Imrie, 2005 : 57], à savoir la production d'espaces urbains construits calquée en grande partie sur une "norme" fonctionnelle.

Dans ce contexte, cette contribution présente dans un premier temps les différents modèles qui se partagent à l'heure actuelle le concept de handicap et, dans un deuxième temps, un certain nombre de propositions d'ordre général visant à faciliter la participation sociale des personnes dites « handicapées », notamment en adaptant le milieu urbain à leurs caractéristiques et besoins. Il s'agit dès lors d'une réflexion s'insérant nécessairement dans la perspective définie par le développement durable. En effet, parmi les postulats du développement durable², les principes de solidarité sociale et d'efficacité économique ne sauraient être pleinement réalisés sans tenir compte qu'une certaine partie de la population se caractérise par des besoins spécifiques en raison d'incapacités diverses et que par conséquent, l'environnement social et physique ne peut faire abstraction de cette hétérogénéité.

Autour du handicap

Pour le sens commun, le terme « handicap » désigne de nombreuses réalités différentes, bien que reliées entre elles, en fonction de la perspective adoptée et des nuances mises en exergue. En effet, il peut s'appliquer à une pathologie dans sa réalité biologique (par exemple, une sclérose en plaques), à une déficience fonctionnelle, soit-elle physique, psychique, mentale ou sensorielle (par exemple, une paraplégie), ou encore aux conséquences de cette pathologie ou déficience sur les capacités de la personne (par exemple, une incapacité à la marche), voire à tous ces éléments à la fois.

Au niveau de la loi, les concepts ne paraissent guère plus univoques. A titre d'exemple, les lois suisse et canadienne en la matière font abstraction d'une définition explicite du concept

de handicap, mais définissent la personne handicapée. En Suisse, l'article 2, al. 1 de la « loi fédérale du 13 décembre 2002 sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées » (LHand)³ affirme en effet : « Est considérée comme personne handicapée au sens de la présente loi toute personne dont la déficience corporelle, mentale ou psychique présumée durable l'empêche d'accomplir les actes de la vie quotidienne, d'entretenir des contacts sociaux, de se mouvoir, de suivre une formation, de se perfectionner ou d'exercer une activité professionnelle, ou la gêne dans l'accomplissement de ces activités ». Au Canada, l'article 2 de la « loi sur la réadaptation professionnelle des personnes handicapées »⁴ de 1985 définit la personne handicapée comme « quiconque, à cause d'une diminution de sa puissance physique ou mentale, est incapable de poursuivre de façon régulière une occupation effectivement rémunératrice ». Ces définitions semblent distinguer implicitement entre le handicap, comme relevant d'un contexte social et la déficience ou « diminution de puissance », participant du domaine organique.

En France, la loi définit le concept de handicap, mais de façon équivoque. L'article L. 114 de la « loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »⁵, affirme en effet : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Nous pouvons constater que la loi en question mélange les niveaux car elle situe d'abord le handicap au niveau des activités et de la participation à la vie en société, en parlant de « limitation d'activité » et de « restriction de participation à la vie en société », limitations qui peuvent être causées également par un « polyhandicap », terme qui dans son contexte renvoie davantage aux niveaux organique et fonctionnel.

Ces quelques exemples montrent que le concept du handicap reste difficilement cernable tant au sens commun qu'au sens du législateur. Il convient donc, dans ce contexte, de présenter ci-dessous les trois modèles se partageant à l'heure actuelle les différentes conceptions du handicap ainsi que leurs conséquences pratiques.

Le modèle individuel

Le modèle individuel considère que la déficience d'une personne explique sa participation sociale limitée [Ravaud, 1999 : 2001]. Ainsi, une personne en fauteuil roulant n'a pas accès à l'ensemble de l'espace construit en raison de sa déficience physique. Nous constatons donc que le modèle individuel fait abstraction du contexte défini par l'environnement social et physique dans lequel évolue la personne. La personne est réduite dans sa totalité à une seule de ses caractéristiques ; elle est handicapée par définition, le handicap étant une pathologie individuelle. Alexandre Jollien, [Jollien, 2002 : 33] exprime ainsi cette réduction de la personne à un seul attribut : « La chaise roulante, la canne blanche, voilà ce qui saute aux yeux ».

La conception individuelle du handicap est celle qui est prônée explicitement par les lois suisse, canadienne et française, dans la mesure où le désavantage social de la personne dite « handicapée » est expliqué comme étant le résultat direct de sa déficience. Il s'agit également de la perspective adoptée en termes sémantiques lorsque nous parlons de personne « handicapée », car ce terme implique que le handicap constitue une réalité qui appartient uniquement à la personne.

Du point de vue de la praxis, le modèle individuel préconise l'éradication du handicap et donc la "normalisation" de la personne concernée. La seule responsabilité de la société réside donc dans l'aspect médical du handicap et ne considère pas les possibilités d'adaptation des différents environnements et notamment dans une perspective durable.

Le modèle social

L'origine du modèle social du handicap est à rechercher dans des mouvements internationaux de personnes dites « handicapées », désireuses de mettre en évidence la dimension extrinsèque du handicap. La perspective adoptée par le modèle social considère le handicap, non comme une réalité intrinsèque à la personne, mais plutôt comme une pathologie sociale [Butler et Bowlby, 1997 ; Dear, Wilton, Gaber, Takahashi, 1997 ; Ravaud, 2001 : 61-65]. Le handicap est ici un produit social, dont l'origine est à rechercher dans des variables extrinsèques à la personne socialement désavantagée, le résultat d'un environnement social et physique hostile aux personnes différentes de ce qu'une société et une culture données considèrent comme étant la « norme » à un moment de leur histoire [Goffman, 1975]⁶. Ainsi, une personne en fauteuil roulant n'a qu'un accès limité à l'espace public en raison de barrières architecturales et en raison d'un manque de volonté de la part de la société de créer des conditions lui permettant de participer pleinement à la vie en société, indépendamment de ses caractéristiques personnelles. Le modèle social évacue donc toute référence explicite aux caractéristiques intrinsèques de la personne et ne considère que les caractéristiques de son environnement dans l'explication d'un désavantage social. C'est ainsi que l'Organisation Mondiale des Personnes Handicapées (OMPH)⁷ définit ce désavantage comme « la perte ou la limitation des possibilités de participer à la vie normale de la société sur une base égalitaire avec les autres en raison d'obstacles physiques et sociaux » [Ravaud, 2001 : 64-65] perspective diamétralement opposée à celle avancée par les lois suisse, canadienne et française.

En termes pratiques, il s'agit d'un modèle qui vise l'adaptation de l'environnement aux caractéristiques et besoins de tout un chacun. Nous considérons que sa seule faiblesse réside donc dans le fait qu'il est susceptible de niveler toute différence et de faire abstraction de la dimension personnelle.

Le processus de production du handicap

Ainsi, à un modèle individuel, mettant en exergue les incapacités personnelles, s'oppose un modèle social, mettant l'accent sur les variables extérieures à la personne. Un troisième modèle tâche de rendre compte à la fois des facteurs personnels et des facteurs environnemen-

taux et de concilier ainsi les deux perspectives [Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté, St-Michel, 1998 ; Fougeyrollas, 2001 : 101-122 ; Ravaud, 2001 : 65 ; Weber, 2001 : 171-194]. Ce modèle prend le nom de Processus de Production du Handicap (PPH) [Fougeyrollas et al. , 1998] et a été repris en partie par la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), classification connue sous les sigles de CIF et de CIDIH-2 [Fougeyrollas, 2001 : 104]. Le modèle (figure 1) se construit sur la base du constat que la personne effectue ses activités de la vie quotidienne en interaction continue avec son environnement social et physique. Là réside précisément l'intérêt de ce modèle, dans la mesure où son caractère écosystémique le rend applicable à tout individu. Sur cette base, il effectue une distinction entre, d'une part, le concept d' « incapacité » et, d'autre part, celui de « handicap », en considérant l'incapacité comme un pôle d'un continuum capacité/incapacité se rapportant aux aptitudes de la personne.

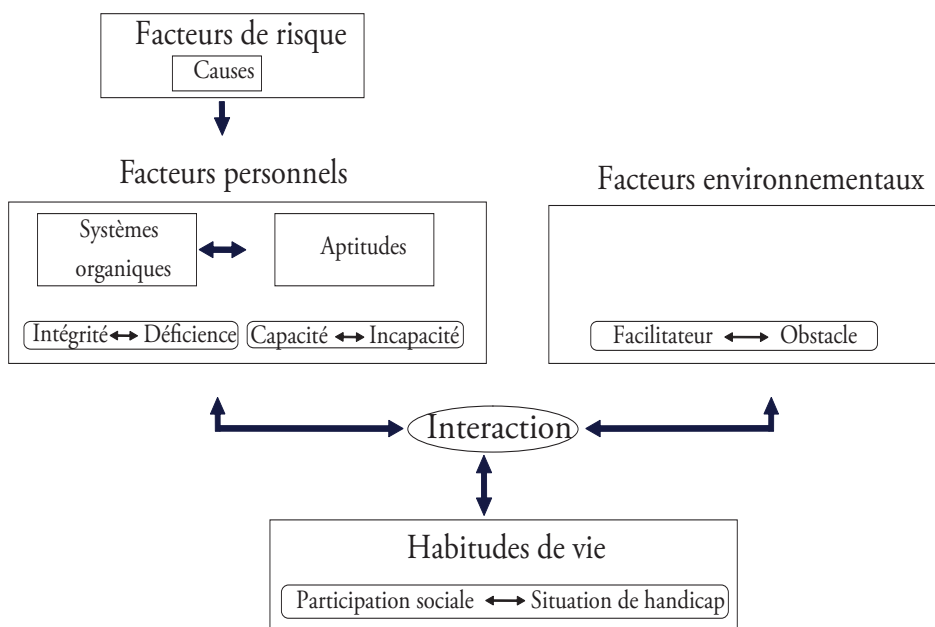


Figure 1: Processus de Production du Handicap: modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne [Fougeyrollas et al. ,1998].

Ensuite, le modèle met en évidence que l'environnement de la personne peut constituer davantage un obstacle ou un facilitateur à l'accomplissement de ses activités de la vie quotidienne. Ainsi, une rampe d'accès à un bâtiment peut constituer un facilitateur pour une personne en fauteuil roulant, alors que des escaliers constituent un obstacle.

D'un point de vue sémantique, les auteurs considèrent que le modèle prône l'utilisation de l'expression « personne ayant une (ou des) incapacité(s) » en lieu et place de « personne

handicapée“ ou “personne en situation de handicap“. En effet, l'élément constant est l'incapacité et non le handicap, le degré de ce dernier pouvant varier selon la situation. Parler de personne handicapée revient à ne pas prendre en compte cette distinction conceptuelle et parler de personne en situation de handicap d'un point de vue général, revient à nier la notion de degré liée justement aux situations de handicap. En revanche, l'expression « personne en situation de handicap » reste valable pour des situations spécifiques.

La logique sous-jacente au modèle considère donc que les déficiences et incapacités existent mais que cette constatation ne doit pas avoir pour conséquence d'empêcher la pleine participation sociale des personnes vivant avec des incapacités. Elle doit plutôt encourager la mise en place et le maintien d'un environnement social et construit qui limite le plus possible les potentielles situations de handicap.

Ouvertures pratiques

Il convient de ne pas perdre de vue que les trois modèles présentés ci-dessus sont essentiellement descriptifs. Ils constituent néanmoins des outils d'appréciation de la problématique du handicap. Dès lors, une bonne compréhension de l'interaction entre l'individu et son environnement pourrait permettre aux professionnels du territoire d'adapter le construit dans une perspective durable. Nous considérons que c'est d'ailleurs à ce niveau concret que leur étude prend tout leur sens.

Trois catégories d'action sont à notre sens susceptibles de contribuer à la construction et au maintien d'un environnement urbain pouvant faciliter la participation sociale autonome et indépendante⁸ des personnes ayant des incapacités : la sensibilisation, la formation et l'intégration des personnes concernées au processus de définition des espaces construits. Nous examinons ci-dessous chacun de ces trois points.

La sensibilisation

Nous considérons que la sensibilisation de la population aux réalités vécues par les personnes ayant des incapacités constitue un outil susceptible de stimuler l'action sur le terrain. Nous considérons également que cette sensibilisation devrait commencer à l'école, afin de construire sur la spontanéité et l'ouverture d'esprit d'un enfant. Une telle sensibilisation doit se situer non seulement au niveau abstrait du discours, mais également et surtout au niveau de l'interaction concrète entre individus, par l'intégration dans les classes ordinaires d'élèves ayant des incapacités. Un exemple nous est offert par les écoles communales de la région de Martigny, lesquelles se sont dotées d'une charte, qui stipule à l'alinéa 5 : « L'école refuse l'exclusion sous toutes ses formes et s'organise de façon à permettre à tout élève de suivre la classe avec les camarades de sa catégorie d'âge. »⁹ Nous lisons également que « ce choix (...) s'inscrit dans le cadre de la mission éducative de l'école qui veut refuser l'exclusion, qui veut promouvoir le sens de la solidarité, de l'entraide et de la tolérance. »¹⁰ Ainsi, les écoles de la région de Martigny ne comptent aucune classe dite spéciale. En revanche, les classes

ordinaires disposent de structures permettant l'intégration des élèves ayant des incapacités et chaque classe est suivie par deux enseignants, l'un d'entre eux ayant une formation en pédagogie curative.

Nous considérons qu'une telle politique devrait être généralisée au niveau fédéral. On peut en effet comparer l'école à une microsociété rassemblant des populations hétérogènes sur un même territoire. Dès lors, d'une façon générale, la mise à l'écart d'une part de la société correspond à un non-sens évident et relève de la discrimination envers les personnes ayant des incapacités en les maintenant dans une relation de dépendance en matière de capacité d'insertion professionnelle future, de capacité d'adaptation au sens large et d'épanouissement personnel dans le cadre de la citoyenneté active en général. Il ne s'agit pas de susciter une vision manichéenne et dogmatique opposant la scolarité ordinaire, d'une part, à la scolarité spécialisée, d'autre part, ni de minimiser l'importance des écoles spécialisées ou de les supprimer du paysage scolaire. La nature hétérogène des incapacités interdit une solution unique. Néanmoins, nous estimons qu'il convient de favoriser autant que possible l'intégration de la personne ayant des incapacités dans la société dès son plus jeune âge et de rendre les écoles publiques accessibles pour que les enfants ayant des incapacités n'en soient pas exclus. En effet, l'intégration scolaire des personnes ayant des incapacités œuvre dans le sens d'une pleine participation sociale des minorités, d'une part, et place également la sensibilisation aux problèmes des personnes ayant des incapacités au cœur d'un système qui mélange toutes les couches de la société, d'autre part. Le contact prolongé et répété avec des élèves ayant des incapacités permettrait aux autres enfants de se familiariser avec la différence et de l'intégrer par là même à leur système de pensée et à leur praxis. Ce même contact permettrait également de façonner et de préparer les élèves intégrés à une meilleure insertion professionnelle. De ce point de vue, l'intégration scolaire de ces élèves constitue la pierre angulaire d'une approche intégrative dont la finalité est l'amélioration et le renforcement de la participation et de la contribution sociale, économique et culturelle des citoyens ayant des incapacités. Nous considérons également que dans les cas où une telle intégration ne serait pas possible en raison d'incapacités trop sévères, il serait souhaitable de placer les classes spécialisées dans les établissements ordinaires et de promouvoir leur participation à un maximum d'activités en collaboration avec les autres classes, pour les raisons spécifiées ci-dessus.

Dès 2004, les auteurs ont également eu l'occasion de traiter du sujet face à différents publics par diverses activités de sensibilisation. Un exemple en particulier illustre nos propos. Les auteurs ont en effet pu se rendre dans une classe d'étudiants d'une école professionnelle technique et ont pu ainsi présenter le modèle écosystémique du handicap, projeter un court-métrage¹¹ portant sur la question et lancer un débat auquel les élèves ont participé avec enthousiasme. Les élèves ont également effectué un inventaire de l'accessibilité de leur école et ont par la suite proposé des améliorations auprès de la direction. Le succès et les répercussions pratiques de cette expérience sur l'aménagement de l'école en question confirment à

notre sens l'utilité d'une sensibilisation menée auprès des jeunes.

La formation

La sensibilisation doit à notre sens être complétée par des informations plus précises dans le cadre des formations professionnelles et supérieures. Nous estimons ainsi qu'un nombre non négligeable de disciplines se doivent d'intégrer explicitement une réflexion autour du handicap, de ses définitions possibles et des enjeux pratiques y relatifs. Nous pensons notamment aux disciplines médicales, médico-sociales ou encore ayant un lien direct avec le territoire, comme l'architecture et l'urbanisme par exemple. Le choix de la formation au niveau des études supérieures est fondamental dans le sens où ces dernières regroupent en partie les futurs décideurs des administrations publiques et du secteur privé. Il paraît important de proposer dans le cursus académique des cours traitant explicitement de la problématique du handicap dans ses aspects législatifs, économiques, psychologiques, technologiques ou philosophiques pour n'en citer que quelques-uns. Prenons l'exemple de l'Université du Manitoba¹² qui propose notamment un mastère interdisciplinaire en "disability studies" avec des débouchés professionnels dans de nombreux domaines tels que la recherche, l'architecture, l'éducation et les politiques publiques. Nous le voyons donc, la problématique du handicap peut conduire à l'apprentissage et à la recherche dans des thématiques diverses et complémentaires qui méritent un approfondissement au niveau de la formation. Nous pensons qu'un tel investissement conduirait d'une part à un élargissement du champ d'études, et par là même des solutions proposées, et d'autre part à sa déstigmatisation.

C'est dans la perspective durable qu'une telle formation prend son sens, d'une part parce qu'elle se doit d'être interdisciplinaire et d'autre part parce que les questions dont elle relève sont universelles. En effet, le handicap, loin d'être l'apanage d'une minorité, constitue une réalité qui peut concerner potentiellement tout individu à tout moment de sa vie.

Le design social

Robert Sommer [Sommer, 2003 : 112-121] appelle « design social » l'intégration des usagers au processus de construction territoriale. Le but du design social est de faire participer les individus à la planification et à la gestion de leurs espaces. Les usagers d'un espace peuvent être consultés à travers des enquêtes ou à travers leur participation active au processus de planification. Le design social comporte également des évaluations post-usage. Ainsi, « les outils et les techniques utilisés par le design social comprennent l'analyse des besoins des usagers avant de démarrer les projets, l'évaluation des bâtiments achevés, la consultation avec les spécialistes (...) et une participation directe des futurs occupants. » [ibid : 117]. La réalité du design apartheid évoquée plus haut montre que dans la pratique les différentes infrastructures ne sont pas systématiquement conçues en tenant compte des besoins spécifiques des personnes ayant des incapacités. Ainsi, leur intégration au processus de construction du territoire permettrait de limiter les nombreuses restrictions auxquelles elles font face encore aujourd'hui. De la même manière, cette intégration limiterait également les écarts à

la législation en matière d'accessibilité et les frais supplémentaires inhérents aux adaptations in situ des différentes structures non conformes. En effet, si l'ajustement du construit aux nécessités des personnes ayant des incapacités est onéreuse, la planification de ces spécificités à l'origine du projet, quant à elle, coûte en moyenne 1.8% du montant total [Centre suisse pour la construction adaptée aux handicapés, 2004]. À titre d'exemple, un complexe immobilier de 126 appartements entièrement accessibles a été construit à Zürich. La notion d'accessibilité ayant été intégrée dès le départ, les coûts supplémentaires n'ont atteint que 1% du total [ibid].

Conclusion

D'un point de vue conceptuel, les auteurs considèrent que le PPH constitue à l'heure actuelle le modèle le plus abouti du handicap, tout en gardant à l'esprit que, comme tout modèle, il n'offre qu'une compréhension partielle du phénomène étudié et qu'il est susceptible d'être amélioré. En effet, il adopte une perspective résolument écosystémique contrairement aux modèles individuel et social. Il permet ainsi une vision globale, qui tient compte à la fois de l'individu et de l'environnement dans lequel il évolue.

D'un point de vue concret, nous considérons que les trois propositions esquissées dans cet article sont intimement liées entre elles. Nous pouvons en effet imaginer que la sensibilisation favoriserait la compréhension des réalités vécues par les personnes concernées et limiterait par là même leur stigmatisation. Une sensibilisation généralisée permettrait d'informer et pourrait se concrétiser par une intégration de la problématique du handicap dans différentes formations professionnelles. Une telle formation aurait pour résultat la mise en place et le maintien d'un environnement tenant compte des caractéristiques et besoins des personnes ayant des incapacités. Ceci à son tour favoriserait la sensibilisation et l'information, car le vécu de ces personnes serait de plus en plus visible, tant au niveau des discours que des réalisations concrètes.

Dans un contexte où l'accessibilité de toute nouvelle construction publique est exigée par le législateur¹³, il nous paraît ainsi que le PPH et les ouvertures pratiques présentées ici sont susceptibles de fournir une contribution importante et significative aux définitions de nos environnements sociaux et construits.

Bibliographie

BORIOLI J., LAUB R., RACINE J.-B., (2005) "Marginalization of wheelchair-bound people as violence : in search of supportive urban environments", in MURAYAMA Y., DU Q., (éds.) *Cities in Global Perspective : Diversity and Transition*, College of Tourism, Rikkyo University with International Geographical Union, Urban Commission, Tokyo pp. 350-363.

BUTLER R., BOWLBY S., (1997) "Bodies and spaces: an exploration of disabled people's experiences of public space", *Environment and Planning D: Society and Space*, 15, pp. 411-433.

CENTRE SUISSE POUR LA CONSTRUCTION ADAPTÉE AUX HANDICAPÉS, (2004) *La construction sans obstacle en chiffres : combien coûte la construction sans obstacle en Suisse ?*, Résultats de l'étude du Fond National Suisse « Construction adaptée aux handicapés – Processus de planification et problèmes de réalisation », partie A « Faisabilité technique et financière », PNR 45 du FNS « Problèmes de l'état social ».

DEAR M., WILTON R., GABER S. L., TAKAHASHI L., (1997) "Seeing people differently: the sociospatial construction of disability", *Environment and Planning D: Society and Space*, 15, pp. 455-480.

FOUGEYROLLAS P., CLOUTIER R., BERGERON H., CÔTÉ J., ST-MICHEL G., (1998) *Classification québécoise du processus de production du handicap*, Réseau international sur le processus de production du handicap, Lac Saint-Charles.

FOUGEYROLLAS P., (2001) « Le processus de production du handicap : l'expérience québécoise », in DE RIEDMATTEN R. (éd.) *Une nouvelle approche de la différence : comment repenser le « handicap »*, Médecine et Hygiène, Genève pp. 101-122.

GOFFMAN E., (1975) *Stigmate*, Les éditions de minuit, Paris.

HAMONET C., (1990) *Les personnes handicapées*, PUF, Paris.

HAMONET C., MAGALHAES T., DE JOUVENCEL M., GAGNON L., (2001) « A propos du handicap : langage médical ou langage social », in DE RIEDMATTEN R. (éd.) *Une nouvelle approche de la différence : comment repenser le « handicap »*, Médecine et Hygiène, Genève pp. 37-53.

IMRIE R., (2005) "Disability and the urban experience", in RAVAUD J.-F., LOFASO F. (éds.) *Handicap et Environnement : de l'adaptation du logement à l'accessibilité de la cite*, Frison-Roche, Paris pp. 57-61.

JOLLIEN A., (2002) *Le métier d'homme*, Seuil, Paris.

RAVAUD J.-F., (1999) « Modèle individuel, modèle médical, modèle social : la question du sujet », *Handicap – Revue de Sciences Humaines et Sociales*, 81, pp. 64-75.

RAVAUD J.-F., (2001) « Vers un modèle social du handicap : l'influence des organisations internationales et des mouvements de personnes handicapées », in DE RIEDMATTEN R. (éd.) *Une nouvelle approche de la différence : comment repenser le « handicap »*, Médecine et Hygiène, Genève pp. 55-68.

SOMMER R., (2003) *Milieux et modes de vie. A propos des relations entre environnement et comportement*, Infolio, Gollion.

STIKER H.-J., (2005) *Corps infirmes et sociétés*, Dunod, Paris.

WEBER P., (2001) « Le travail social face au handicap : application du processus de production du handicap à Pro Infirmis Vaud », in DE RIEDMATTEN R. (éd.) *Une nouvelle approche de la différence : comment repenser le « handicap »*, Médecine et Hygiène, Genève pp. 171-194.

Notes

1 L'usage du mot « infirme » renvoie à un contexte historique. En effet, étymologiquement, ce dernier serait issu du latin *fermus*, qui signifie ferme, solide [Hamonet, Magalhaes et al., 2001 : 39]. Par opposition, *infirmus* désigne la notion de faiblesse. Quant au mot « handicap », tel que nous l'entendons aujourd'hui, il ne date vraisemblablement que du début du XXème siècle [Hamonet, 1990 : 7-14].

2 Voir par exemple : http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/nachhaltige_entwicklung/indikatoren/ind7.

approach.702.html

3 http://www.admin.ch/ch/f/rs/151_3/index.html

4 <http://laws.justice.gc.ca/fr/V-3/88078.html>

5 <http://www.admi.net/jo/20050212/SANX0300217L.html>

6 Paradoxalement, en ce sens-là, le modèle individuel découle du modèle social, bien qu'il soit apparu antérieurement.

7 <http://www.dpi.org/>

8 Nous distinguons ici entre l'autonomie, d'une part et l'indépendance d'autre part. Nous considérons en effet que l'autonomie se rapporte à la pensée et que l'indépendance se réfère plutôt à un geste concret découlant de cette même pensée. Une personne en fauteuil roulant peut ainsi décider d'accéder à un bâtiment tout en dépendant de l'aide de l'autre pour y accéder effectivement (voir également Hamonet, 1990 : 73-75).

9 <http://new.ecolemartigny.ch/adul/ens/integ01.htm>

10 *ibid.*

11 Le court-métrage en question, intitulé « Une journée en fauteuil roulant » dure 11 minutes et se structure autour d'une interview d'une personne qui se déplace en fauteuil roulant et qui nous fait part de sa vision du handicap et dont les propos sont illustrés par des séquences montrant quelques exemples de pratique urbaine en fauteuil roulant. Il est disponible au format DVD auprès des auteurs.

12 http://www.umanitoba.ca/disability_studies/

13 LHand, <http://www.admin.ch/ch/f/rs/1/151.3.fr.pdf>