HAL
open science

Populations déficientes, territoires en mutation : de nouvelles dynamiques spatiales ?

Mathilde Mus

To cite this version:

Mathilde Mus. Populations déficientes, territoires en mutation : de nouvelles dynamiques spatiales ?. Sciences de l'Homme et Société. Université du Havre, 2010. Français. NNT : . tel-00618024

HAL Id: tel-00618024

https://theses.hal.science/tel-00618024v1

Submitted on 1 Sep 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DU HAVRE
U.F.R. des Lettres et Sciences Humaines

UMR CNRS IDEES/Cirtai
Ecole Doctorale 68
"Littératures, Cultures et Sciences sociales"

Thèse pour l'obtention du grade de
Docteur de l'Université du Havre

Discipline : Géographie

POPULATIONS DÉFICIENTES,TERRITOIRES EN MUTATION : DE NOUVELLES DYNAMIQUES SPATIALES ?

Mathilde MUS

Sous la direction de **Benjamin STECK** (Professeur, Université du Havre)
Co-encadrée par **Franck BODIN** (Maître de conférences, Université de Lille 1)

Présentée et soutenue publiquement, le 1er octobre 2010

Membres du jury :

Francis BEAUCIRE, Professeur, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne
Gérald BILLARD, Professeur, Université du Maine (rapporteur)
Franck BODIN, Maître de conférences, Université de Lille 1
Maryvonne DEJEAMMES, Chargée de mission au CERTU
Guy DI MÉO, Professeur, Université de Bordeaux 3 (rapporteur)
Éric LE BRETON, Maître de conférences, Université de Rennes 2
Benjamin STECK, Professeur, Université du Havre

AVANT-PROPOS

« Je n'aime pas le mot « handicapé ». C'est un mot anglais, ça voudrait dire « la main dans le chapeau ».
Je n'aime pas non plus le mot « anormal », surtout quand il est collé à « enfant ».

Qu'est-ce-que ça veut dire, normal ? Comme il faut être, comme on devrait être, c'est-à-dire dans la moyenne, moyen. Je n'aime pas trop ce qui est dans la moyenne, je préfère ceux qui ne sont pas dans la moyenne, ceux au-dessus, et pourquoi pas ceux au-dessous, en tout cas pas comme tout le monde. Je préfère l'expression « pas comme les autres ». Parce que je n'aime pas toujours les autres.

Ne pas être comme les autres, ça ne veut pas dire forcément être moins bien que les autres, ça veut dire être différent des autres.
Qu'est-ce que ça veut dire, un oiseau pas comme les autres ? Aussi bien un oiseau qui a le vertige qu'un oiseau capable de siffler sans partition toutes les sonates pour flûte de Mozart. Une vache pas comme les autres, ça peut être une vache qui sait téléphoner.

Quand je parle de mes enfants, je dis qu'ils ne sont « pas comme les autres ». Ca laisse planer un doute.
Einstein, Mozart, Michel-Ange n'étaient pas comme les autres ».

Jean-Louis FOURNIER, *Où on va, papa ?*, 2008

REMERCIEMENTS

Chercher *: se forcer de découvrir, de trouver…*

Au-delà de l'idée de découverte, chercher s'est aussi et surtout être curieux, échanger avec les autres et apprendre à porter des regards différents sur des objets, des sujets à explorer. Sur le chemin de cette thèse, il y a donc eu de nombreuses rencontres formelles ou informelles. Elles m'ont souvent permis d'avancer. Certaines d'entre elles m'ont offert avec bonheur l'impertinence d'un regard audacieux.

Chercher implique de délimiter des territoires, de préciser des cadres théoriques. Mes directeurs de thèse m'ont été d'un grand soutien, chacun à leur manière, avec générosité.

Un mot pour caractériser l'équipe administrative du CIRTAI : la disponibilité. Celle d'une patiente ingénieure d'études, d'une agréable et serviable secrétaire et d'une documentaliste toujours prête à rendre service. Chacune d'entre elles m'a offert chaque jour un cadre de travail sympathique sans cesser de répondre avec professionnalisme aux sollicitations quotidiennes d'une doctorante parfois impatiente.

À l'assaut du terrain, l'équipe Onadienne m'a permis de réaliser un travail de longue haleine alliant agréablement la rigueur scientifique nécessaire à une convivialité chaleureuse.

A ma famille attentionnée, compréhensive et aimante, mes amis, mes compagnons de vie, de voyages, de travail, désormais absents ou fidèlement présents, à vous qui avez d'une façon ou d'une autre égayé et animé mon quotidien en me rappelant parfois que peu de choses sont fixées ou acquises dans la vie…

De nombreuses petites fées se sont activées avec volonté et enthousiasme pour m'aider à rendre ce travail, chacune d'elles à jouer un rôle précieux…

Sommaire

INTRODUCTION GÉNÉRALE p9

PARTIE 1 -
LA DÉFICIENCE: EXPRÉSSION D'UNE CONDITION URBAINE NORMÉE p27

Chapitre 1 - L'ambiguité du projet urbain: corps, décors et désaccords urbain p31
1.1 Quelle présence de la différence sur la scène urbaine p32
1.2 Corps et décors urbains: le jeu du visible et de l'invisible p50

Chapitre 2 - La différence a-t-elle droit de cité? p73
2.1 Approche géo-historique du "handicap" p75
2.2 Le corps, présent ou abstent de la pensée architecturale et urbanistique? p102

PARTIE 2 -
LES ENJEUX TERRITORIAUX DE LA PRISE EN COMPTE DES POPULATIONS DÉFICIENTES p129

Chapitre 3 - Géopolitique des populations déficientes p133
3.1 L'espace de la gouvernance de la déficiences p135
3.2 Un gouvernement mondial de la déficience? p146
3.3 Quel transfert des politiques européennes à l'échelle des espaces locaux? p180

Chapitre 4 - Les implications territoriales de la législation française : entre distance et proximité p201
4.1 L'aménagement du territoire en faveur des populations déficientes en France : lieu de la contradiction? p203
4.2 Les structures d'accueil spécialisé : entre distance et proximité p233

PARTIE 3 -
CONTINUITÉS ET DISCONTINUITÉS EN GÉOGRAPHIE AU PRISME DES POLITIQUES PUBLIQUES
À L'ÉGARD DES POPULATIONS DÉFICIENTES p269

Chapitre 5 - Les communes françaises face au défi de l'accessibilité urbaine p273
5.1 Comment les communes font-elles face aux diagnostics de leur territoire? p275
5.2 L'accessibilité des Etablissements Recevant du Public à Villeneuve-d'Ascq : contexte et méthodologie p289

Chapitre 6 - D'une approche technique de l'accessibilité des Etablissements Recevant du Public
à l'intérêt d'une analyse territoriale p315
6.1 Le niveau d'accessibilité des ERP : le cas de Villeneuve-d'Ascq p316
6.2 Apports de la géographie pour la réalisation des "diagnostics accessibilité" p336

Chapitre 7 - L'interterritorialité à l'épreuve de l'accessibilité p357
7.1 L'interterritorialité dans les politiques publiques à l'égard des populations déficientes p358
7.2 L'accessibilité des espaces publics aux populations déficientes: utopie urbaine ou réalité contemporaine? p369

CONCLUSION GÉNÉRALE p387

INTRODUCTION GÉNÉRALE

« *Or, l'être humain est un être géographique. Son être est géographique. S'il ouvre à l'absolu, ce dont les diverses cultures ont des visions différentes, il est d'abord, et nécessairement, déterminé par une certaine relation à ce qui fait l'objet de la géographie : la disposition des choses et du genre humain sur la terre, sous le ciel* ». [Berque, 1987]

La ville, objet d'étude

La ville renvoie avant tout à *« l'accumulation des hommes dans un même espace clos : habitat commun, fréquentation intense. Tout le monde sous le regard de tous* » [Duvignaud, 1977]. Formes d'organisation collective, les « villes » s'élaborent et existent à travers une multitude de dimensions. Entités physiques en premier lieu, définies sous l'angle d'une morphologie spécifique (continuité et densité du bâti et des hommes), entités économiques (nées de la production et de l'échange de biens et de marchandises), entités politiques (les villes sont administrées par des représentants de citoyens : espaces de démocratie où s'exerce la citoyenneté) et entités sociales (la coprésence des individus fait de la ville un espace de diversité et d'altérité) : « c*'est par excellence, le lieu où des groupes divers, tout en restant distincts les uns des autres, trouvent entre eux des possibilités multiples de coexistence et d'échanges à travers le partage légitime d'un même territoire…* » [Remy, Voyé, 1992]. Selon l'Organisation des Nations Unis, un tiers de la population mondiale vivait dans les zones urbaines en 1950. En 2000, c'est presque la moitié. La prospective envisage une situation croissante : en 2030, 60% de la population mondiale vivra dans une zone urbaine. Néanmoins, une différence s'opère entre le niveau de population urbaine et le taux de croissance urbaine dans les pays développés, dans les pays émergents et dans les pays à faible indicateur de développement humain. La « *concentration de la population dans les villes devrait*

continuer de sorte qu'en 2030, 84 % des habitants des pays plus développés habiteront dans des villes » tandis que, le niveau d'urbanisation, plus faible dans les régions les moins développées (40% de la population vivaient dans des zones urbaines en 2000), « *devrait augmenter pour atteindre 56% en 2030* » [ONU, 2001]. La concentration, croissante, de la population vers les espaces urbains, fait de la « ville » un objet d'étude pertinent pour appréhender les grands enjeux d'aujourd'hui et demain auxquelles les sociétés doivent et devront faire face.

Habiter le monde et y trouver une place…

Les quelques éléments statistiques précédents renvoient directement à la manière dont le monde est « habité » comme condition et dimension de l'expérience humaine. « L'habité » placé au centre de la science géographique, est une notion à double sens : « *d'une part, il s'agit d'en rendre compte comme dimension de l'expérience humaine du monde, dans ses portées existentielles, politiques et stratégiques. Habiter le monde, c'est s'y placer soi-même, c'est-à-dire rencontrer les autres* » [Lazzarotti, 2006]. La condition substantielle de l'existence humaine réside donc dans la nécessité de « trouver sa place ». Il ne s'agit pas d'une simple dimension physique ou matérielle de l'expérience humaine. La « place » « *met en relation, pour chaque individu, sa position sociale dans la société, les normes en matière d'affectation et d'usage de l'espace en cours dans un groupe humain quelconque et les emplacements, que je nomme les endroits, que cet individu est susceptible d'occuper dans l'espace matériel en raison même de sa position sociale et des normes spatiales* » [Lussault, 2009]. L'explosion urbaine souligne la prise de position massive des populations pour la dimension urbaine de la vie en société. De façon pragmatique, ce choix implique d'occuper et de trouver un espace de vie.

En Afrique au sud du Sahara, plus de la moitié de la population urbaine vit dans des bidonvilles. 43% de la population urbaine en Asie du Sud et 27% en Amérique latine [ONU, 2008]. L'urbanisation du monde s'accompagne d'une précarisation des conditions de vie. Le rapport sur « *l'état des villes dans le monde* » et les conférences Habitat de l'ONU décrivent une situation bipolaire des espaces urbains. D'un côté, une partie de la population urbaine jouit de tous les attributs de la ville, de l'autre une part de la population (plus ou moins importantes selon les zones géographiques) prend place, aux marges d'une condition urbaine décente, dans les bidonvilles notamment. Les espaces urbains semblent cristalliser les enjeux difficiles de la cohabitation, de la coexistence des êtres humains. Pour M.Walli N'Dow (directeur exécutif d'Habitat et secrétaire général de

la Conférence des Nations Unies sur les établissements humains – Habitat III), *« au cours du siècle prochain, c'est dans les grandes villes que se poseront avec le plus d'acuité les grands problèmes environnementaux, économiques et sociaux »*. L'existence des bidonvilles laisse apparaître des enjeux territoriaux forts, une véritable « lutte des places » s'opère. Il ne s'agit pas de lutte *« entre des personnes ou entre des classes sociales. C'est une lutte d'individus solitaires contre la société pour retrouver une « place » c'est à dire un statut, une identité, une reconnaissance, une existence sociale »* [Gaulejac, 1994].

Organiser, structurer, aménager l'espace: vers une justice spatiale ?

La coexistence des individus dans les espaces urbains supposent une organisation, une structuration du territoire. Face à l'enjeu de la reconstruction, l'aménagement du territoire en France après la seconde guerre mondiale relève d'une vision techniciste de la production des équipements et de la planification des aménagements. Le territoire objet du politique apparait comme le support technique des idéaux gouvernementaux de l'époque. Outre la vision technique, sa dimension politique (au sens étendu de *polis*) suggère *« qu'aménager le territoire, construire la cité, ce n'est pas qu'une affaire de technicien disposant des objets, ou d'esthète affirmant ses goûts ; c'est interférer dans l'être de nos concitoyens. Il faut pour cela des raisons que justifie un idéal commun, respectant l'existence des uns et des autres, et mises en œuvre selon les lois de la cité* » [Berque, 1987]. Ph.Subra dans son ouvrage sur la *Géopolitique de l'aménagement du territoire* met notamment en évidence les contradictions entre les valeurs générales, moralement positives de l'aménagement des territoires et la difficulté à les mettre en œuvre. À travers certains exemples, Ph Subra révèle des contradictions entre les représentations sociales communément admises et des pratiques spatiales associées : « *ces conflits mettent en tout cas en évidence les contradictions de l'opinion, qui rejette l'idée que l'on puisse mourir de froid dans la rue, dans un pays comme la France, mais ne veut pas de centre d'hébergement pour les SDF près de chez elle, s'émeut de la déchéance des drogués et de la diffusion du sida, mais ne veut pas de centre d'accueil pour toxicomanes en bas de chez soi, verse des millions d'euros dans les grandes opérations de charité télévisées, mais ne veut pas de centres pour handicapés mentaux dans le quartier. Ils confirment également à quel point les dossiers d'aménagement, les projets d'équipements, sont des enjeux pour la population et pour les divers acteurs, en termes de contrôle du territoire, puisque c'est la localisation de l'équipement qui pose problème, et non son principe, puisque c'est l'usage du territoire qui est en cause, au profit de telle ou*

telle population » [Subra, 2007]. Même en ayant intériorisé certaines valeurs, ces exemples montrent qu'il est difficile pour certaines personnes de les projeter sur leur territoire. Cela révèle la tension la plus délicate de l'aménagement du territoire et les enjeux auxquels les aménageurs doivent faire face. Pour Ph.Subra, « *les principales questions auxquels sont confrontées les politiques d'aménagement du territoire posent des problèmes géopolitiques de toute première importance : la ségrégation des populations, parce qu'elle remet en cause le modèle français de citoyenneté et la conception française de la Nation* » [Subra, 2007]. Derrière les idéaux, les valeurs, les principes de l'aménagement des territoires et des politiques publiques qui y sont associées se cachent pourtant l'idée de permettre à tous l'accès aux ressources et aux équipements des espaces publics. De fait, le couple justice/injustice spatiale évolue dans l'ombre de l'aménagement des territoires. Il fait face aux contradictions et aux ambigüités de l'action publique entre idéal politique et réalité spatiale concrète.

Le jeu de l'ouverture et de la fermeture des territoires, un contexte spatial particulier : à la recherche de l'altérité ou volonté d'être entre soi ?

Ces processus s'inscrivent dans un contexte territorial particulier. Certains territoires sont de plus en plus ouverts. Le développement des échanges, des flux, de personnes, de biens, virtuels ou idéels rend déterminant et nécessaire la mobilité, les lieux d'échanges (aéroport, port, gare…), les réseaux. La réticularité, les interfaces sont des formes géostratégiques majeures, l'intermodalité (continuité), l'accessibilité en sont les outils. Parallèlement, de nombreuses formes de fermeture et de privatisation d'espace (*gated communities*, complexes hôteliers fermés…) se développent traduisant une volonté forte d'être en soi. L'enclosure, la fermeture deviennent alors les formes spatiales régissant cette volonté assurée par la catégorisation de population et le contrôle de l'accès à ces territoires. Ces dispositifs marquent une volonté d'être entre-soi alors même que les possibilités de mobilités, les échanges s'accroissent, symboles d'une ouverture toujours plus importante des territoires, favorisant alors la coprésence d'individus différents. Le dénominateur commun aux principes d'ouverture et de fermeture des territoires réside effectivement dans le rapport à l'autre qu'ils induisent. L'ouverture promeut l'altérité et rend possible la rencontre sans pour autant la garantir. La fermeture assure et sécurise le rapport à l'autre dans un cadre précis, surveillé et catégorisé. D'un coté, l'ouverture peut conduire à une coprésence forcée des réalités sociales alors que la fermeture produit une coprésence sélective et choisie.

La construction de l'altérité et la justice socio-spatiale

En mettant en avant le couple justice/injustice spatiale, une réflexion géographique apparait mettant en lumière des questions de société déterminante sur la ségrégation, les processus d'exclusion ou d'intégration de certaines populations. La coprésence des individus dans des espaces communs s'élabore dans le cadre de la construction d'une justice spatiale par les politiques territoriales publiques. Ph Gervais-Lambony et F.Dufaux dans les *Annales de géographie* place le concept de justice spatiale au cœur d'une science géographique contemporaine active s'intéressant aux questions de sociétés. Ils nous invitent à aborder la thématique de la justice spatiale à travers une double dimension : étudier les distributions spatiales (de biens, de services, de personnes…) dans le cas d'une approche redistributive de la justice d'une part ou alors les représentations de l'espace, les identités, les pratiques dans le cas d'une approche procédurale de la justice d'autre part [Gervaix-Lambony, Dufaux, 2009].

Au-delà de cette double dimension, aborder la justice spatiale comme processus construisant le rapport à l'autre dans les sociétés contemporaines pose des questions fondamentales sur la coprésence des individus et l'altérité produite par les politiques territoriales. Ph Gervais-Lambony et F.Dufaux établissent plusieurs formes de traitement des inégalités et plusieurs figures spatiales : s'agit-il de proposer un traitement homogène pour tous les espaces, condition de la justice spatiale? Ou de privilégier une discrimination positive permettant un rééquilibrage des inégalités ? « Ou encore *la politique « juste » doit-elle être non-interventionniste sur les territoires et simplement accompagner les dynamiques territoriales ? On se demandera aussi si l'objectif ultime de la justice spatiale peut encore être d'établir des structures spatiales « justes » durablement et stables (territoire équilibré, harmonieux…). Ou bien s'agit-il d'établir des dispositifs de régulation souples, capables de réévaluer les actions, sans figure spatiale privilégiée a priori, régulation dont l'objectif serait de réduire les injustices du moment, sans idéal-type d'un territoire à l'équilibre ? Enfin, l'image territorialisée des actions visant à la justice, même si elles peuvent s'avérer illusoires, n'est-elle pas indispensable à toute action ?* » [Gervaix-Lambony, Dufaux, 2009].

Ces différentes possibilités traduisent des interrogations sociétales primordiales et des choix politiques fondamentaux pour la gestion de l'altérité et par la même de l'égalité entre les populations.

Populations déficientes et justice spatiale : « si tu prends ma place, prends aussi mon handicap »

Ce slogan a été apposé devant de nombreuses places GIG/GIC en France pour inciter les automobilistes indisciplinés à réfléchir avant de se garer sur un espace réservé aux « personnes handicapées ». Ces places de stationnement territorialisent un espace spécifique en terme de localisation (souvent proche d'un service public ou de commerces), en terme de dimension (théoriquement les places de stationnement répondent à une taille spécifique) et réservées à une population particulière. Les places de stationnement GIG/GIC ou tout autre espace attribué aux personnes reconnues comme « handicapées » symbolisé par le logo « handicap » (un fauteuil roulant blanc sur un fond bleu) cristallise une question sociale fondamentale : quelle place la société fait-elle aux populations déficientes ? Comment des personnes atteintes de déficientes inscrivent-elles leur existence dans les espaces urbains ? Comment se déplacent-elles ? Ont-elles accès sans difficultés à différentes ressources de la ville ? Quels obstacles rencontrent-elles ?

Un écart de langage a rendu usuelle l'usage du mot handicap et personnes handicapées pour dénommer des personnes atteintes de déficiences. De fait, une déficience renvoie à la « *perte de substance ou l'altération d'une structure ou de fonctions psychologiques, physiologiques ou anatomiques* » [OMS, 1980] chez un être humain. Elle fait appel à l'expression médicale d'une maladie se jouant au niveau du corps et des organes. Les déficiences peuvent entrainer des incapacités, c'est-à-dire des « *réductions partielles ou totales de la capacité d'accomplir une activité dans les limites considérées comme normales* » [OMS]. Le fait de se trouver limité dans certaines activités du quotidien, dans sa capacité à se déplacer par exemple peut engendrer des « handicaps » dans les sphères du travail, des loisirs, de l'enseignement, de la famille…. Dans ce cas, le « handicap » renvoie à une forme de « préjudice ». Ce préjudice ou cette injustice est compensé socialement par un système de prestations sociales (discrimination positive). D'un point de vue territorial un certains nombre de normes d'aménagement des espaces publics, des moyens de transports, des réseaux viaires sont établies par les instances gouvernementales. Les politiques territoriales, en faveur des populations déficientes en établissant ces normes d'aménagement visent à produire des espaces accessibles à ces populations au sein desquels elles peuvent entrer, se mouvoir, utiliser les services et ressortir. Développer l'accessibilité en faveur des populations déficientes s'inscrit donc logiquement dans la réalisation d'une justice spatiale en faveur de ces populations. Le rapport des sociétés à la différence, notamment face aux handicaps, se construit cependant

autour d'un paradoxe. La prise en compte des déficiences oscille entre une volonté affichée par la société de s'adapter, soit d'aménager ses espaces pour intégrer ces populations (à la recherche d'une justice spatiale) d'une part et l'invisibilité dans laquelle on maintient les populations déficientes d'autre part. Ce sont précisément ces contradictions qui s'inscrivent dans le territoire. Elles mettent en lumière la situation actuelle de cette population dans la société. Plus largement, la géographie en permettant une lecture et une analyse de l'espace révèle les mécanismes sous-tendant les processus d'intégration ou d'inclusion des populations déficientes au sein d'une société données. Le développement de l'accessibilité sur le territoire traduit un changement social fondamental et participe d'une prise en compte de la problématique du handicap, à replacer dans celle, plus large, de l'accès à la ville pour tous.

La ville accessible à tous : une justice spatiale utopique ou une réalité contemporaine?

Erigée comme une solution chargée de gommer les obstacles environnementaux, « l'accessibilité » permettant l'intégration des populations déficientes est maintenant au cœur de politiques publiques en faveur des populations déficientes. Cependant, analyser l'accès à la ville sous l'angle des populations déficientes se révèle comme le catalyseur d'une question plus large. Est-il possible de rendre la ville accessible à tous ? Est-ce vraiment une ambition pertinente ? L'histoire du développement humain, spatial ou démographique est irrémédiablement liée à celle des conquêtes territoriales. D'une manière ou d'une autre, cette histoire rejoint le principe de « franchissement » d'un grand nombre d'obstacles, physiques, culturels, économiques… L'histoire des grandes aventures navales le montre. Pour traverser les océans et découvrir de nouveaux territoires, il fallait une armée de bateaux et d'hommes pour franchir les obstacles maritimes et atteindre la terre. Ainsi, *« quelles que soient les capacités technologiques des sociétés et leur ingéniosité pour maitriser le territoire qui est le leur, ces espaces sont convoités parce qu'ils sont indispensables à la survie des hommes tout d'abord, puis au déploiement de leurs activités dans leur complexité croissante ainsi qu'à la recherche jamais satisfaite de meilleures conditions de vie. Franchir les barrières, quelles qu'elles soient, est un corrélat du développement humain »* [Steck, 2000]. Le développement des échanges à toutes les échelles du territoire associé à l'essor des technologies a fait rentrer le monde dans l'ère de la communication, du développement généralisé des réseaux pour favoriser les transferts de flux matériels ou immatériels. Un grand nombre de dispositifs techniques ou technologiques ont donc été mis en place pour pouvoir accéder le plus

rapidement et efficacement possible à des services, des biens ou des territoires. L'ouverture apparaît donc comme le modèle dominant de développement de la société. Parallèlement, la sécurité de ces mêmes réseaux devient un enjeu fondamental et de nombreuses configurations spatiales révèlent un repli, une fermeture de certains espaces. Tout le monde n'est pas autorisé à pénétrer tous les réseaux ou tous les espaces. Les prisons, les asiles sont les exemples les plus emblématiques de l'enfermement. L'expansion rapide des « gated communities » révèle cette démarche, de certaines populations, classes aisées, personnes âgées, de se mettre à l'écart dans un espace modelé à leur image mais surtout sécurisé. Pour exister et pénétrer, il faut être identifié. Il est nécessaire de répondre à certaines caractéristiques pour obtenir le droit d'accès. L'accroissement des protocoles chargés de sécuriser, notamment, les réseaux de transports aériens, les démarches nécessaires avant de rentrer dans un haut-lieu, politique ou même culturel démontrent cette tension entre ouverture généralisée et fermeture sécuritaire D'autre part, le rejet des Sans Domicile Fixe (SDF)[1] ou des « jeunes errants » révèle déjà que « tout le monde » n'est pas le bienvenu dans les villes. Des mécanismes institutionnels plus ou moins visibles sont mis en place pour éviter leur présence sur la scène urbaine. Les populations déficientes font partie d'une catégorie de population, identifiées pour certaines par un statut donnant droit à des compensations sociales (Allocation aux Adultes Handicapés par exemple). Les discours politiques font d'elle, une population ciblée dans les politiques publiques notamment en matière d'aménagement du territoire. Rendre accessibles les espaces urbains implique de répondre à un certain nombre d'exigences normatives en matière d'équipements. Il ne s'agit pas de faire table rase du passé. Les villes ont un passé. Certaines configurations topographiques (ville en pente) ou anciennes (vieux centres historiques étriqués, Rouen par exemple) vont être difficiles à ré-aménager. D'autre part, il y a toujours des individus, ayant des atteintes physiques, sensorielles ou cognitives qui ne pourront pas se déplacer de façon autonome dans les espaces urbains malgré les aménagements mis en place. Les normes en matière d'accessibilité en faveur des populations déficientes doivent être prises en compte et mises au service d'une qualité d'usage maximum pour les populations déficientes mais aussi pour l'ensemble de la population pouvant se trouver en situation de handicap. Si les utopies urbaines ont alimenté de nombreuses œuvres urbanistiques, il faut résister à l'image qu'à produite cette définition de la ville et revenir à l'idée que tous les corps ne

[1] Arrêtés anti-mendicité…

peuvent pratiquer nos villes à l'infini, que pour nombre d'entre eux les trajectoires sont limitées. Dès lors replacés dans cette tension moderne, les principes guidant la ville accessible à tous doivent être envisagés comme un idéal à atteindre plus qu'une réalité effective.

LE TERRAIN :

« Instance spatio-temporelle et une instance épistémique où se manifeste l'attitude empirique d'un chercheur dans sa tentative d'établissement de faits scientifiques » [Lévy, Lussault, 2003].

Pourquoi s'intéresser aux populations déficientes ?

Les personnes atteintes de déficiences sont le miroir de la précarité de la condition humaine. La perte ou la diminution de capacités est un problème universel. Selon l'Organisation des Nations Unies, de manière générale, une personne sur dix souffrirait d'une « *infirmité physique, mentale ou sensorielle et vingt-cinq pour cent de la population mondiale en subissent les conséquences* ». Des différences significatives s'opèrent entre les pays selon les contextes socio-économiques. Les dispositifs de santé publique et les dispositions politiques générales en faveur des personnes atteintes de déficiences ne sont ni universels ni communs. Les contextes culturels et politiques jouent aussi un rôle fondamental dans la reconnaissance et la prise en charge de ces populations. En observant la situation de ces populations dans les espaces urbains, il est possible de mesurer la capacité de la société à permettre la coexistence des individus.

Le lien entre les corps déficients et la ville constitue un objet d'étude majeure dans le contexte de développement durable des sociétés et de vieillissement de la population, question d'autant plus importante compte tenu de l'accroissement de la population urbaine.

Les populations déficientes sont entrées sur la scène publique par le biais de nombreuses actions politiques et sociales. Dans ce contexte, les populations déficientes, depuis une trentaine d'année et plus particulièrement dans la dernière décennie, ont largement été placé au devant de la scène publique et médiatique. Tout d'abord, à l'échelle internationale avec la déclaration des droits des personnes handicapées en 1975. L'année européenne du handicap en 2003, l'élaboration de la Convention Internationale relative aux droits des personnes handicapées par l'Organisation des Nations Unies en

2006 et la promulgation en France de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, sont autant d'éléments démontrant l'importance du « handicap » comme une question sociale d'actualité, un enjeu auquel les sociétés doivent faire face dans un monde en mouvement.

Précisément, les populations déficientes posent des interrogations sur l'ouverture de la ville, sur la capacité des acteurs de l'aménagement urbain à produire des espaces permettant l'usage, l'accès par toutes les populations aux espaces publics. Elles posent aussi la question de la conscience de la présence des besoins de populations différentes en termes d'usage de l'espace public. Plus généralement, elle pose donc la question du traitement social et spatial de la différence dans les espaces urbains.

La géographie et les populations déficientes : une science de l'action publique ?

Aborder le handicap en géographie est une démarche encore peu entreprise en France. Au contraire, la géographie anglo-saxonne a développé depuis des dizaines d'années un champ de recherche complet autour de ces questions. Héritage du postmodernisme, et du mouvement pour les droits civiques, la « *geography of disability* » s'est fondée dans un élan de dénonciation et de luttes très fortes contre les discriminations (*civil rights movement*). Une science militante et émancipatoire a fait émerger des modèles de compréhension des phénomènes basés sur l'oppression. Etablie sur le modèle social et politique, cette approche du « handicap », radicale, car centrée essentiellement sur les approches sociales, les transformations, et l'oppression sociale du milieu urbain sur les populations déficientes, fait souvent oublier le jeu interactif du handicap alliant personne et environnement dans un processus de production des situations de handicap.

Le *Voyage en géographie* « *a ainsi pour objectif de nous faire comprendre l'organisation des hommes et des activités sur la terre, d'expliquer les relations entre les milieux et les sociétés d'appliquer ces connaissances pour mieux aménager, de façon durable ces lieux de vie dans le respect de l'environnement des hommes* » [Bailly, 1999]. Entreprendre une telle exploration sur l'accès ou l'inaccès aux espaces urbains à travers les populations déficientes invite à rentrer dans un monde où les obstacles, les incompréhensions ne constituent pas l'anecdote d'un voyage en terres inconnues faisant de celui-ci une aventure hors du commun mais l'expédition parfois quotidienne d'individus confrontés sans cesse à la fragilité et l'incertitude de leur condition humaine. La démarche engagée s'inscrit dès lors dans une lecture sociale de l'espace permettant de

saisir « *l'ensemble des interrelations sociales spatialisées* » [Frémont, 1984]. L'espace social construit comme « *une stricte production tant matérielle que symbolique, idéologique ou idéelle des sociétés* » [Di Méo, 2005] permet d'appréhender l'espace dans une double dimension suggérant d'explorer le champ des actions en faveur d'une population et celui des pratiques des acteurs territoriaux. Etudier les populations atteintes de déficiences dans le cadre d'une démarche géographique rentre principalement dans le cadre d'un questionnement sur l'action publique. Quelles sont les mesures mises en place, les actions entreprises ? Quels acteurs publics sont concernés ? Cette lecture de la société permet d'appréhender les enjeux et questions sociales contemporaines en dévoilant le processus relationnel que les acteurs nouent avec l'espace dans le partage de celui-ci entre les hommes.

Ma recherche s'inscrit donc dans un contexte démographique et territorial spécifique faisant des espaces urbains un terrain d'étude particulièrement dynamique. Les espaces urbains, les politiques territoriales engagés apparaissent comme le support actif de changements sociaux et spatiaux nécessairement inscris dans les évolutions démographiques contemporaines (croissance de la population urbaine et vieillissement de la population). Une fois l'expérience urbaine mobilisée comme terrain d'étude approprié, deux questions se posent : d'une part quelles trajectoires les corps différents peuvent-ils inscrire dans l'espace urbain ? Comment le corps est appréhendé par l'aménagement du territoire ? Et d'autre part comment les urbanistes, aménageurs ou architectes, mais aussi les États et les politiques publiques inscrivent et développent la prise en compte des déficiences dans l'espace urbain ? Cela mobilise un triple questionnement [Schéma introductif, p20] faisant appel à l'expérience urbaine, aux interactions entre le corps et l'aménagement du territoire et enfin aux politiques territoriales.

L'expérience urbaine,

Intrinsèquement, la déficience et les « imperfections » engendrées dessinent un miroir entre « nous », valides et les « autres ». Sa présence même oblige à porter un regard sur sa propre existence. A travers un remarquable témoignage, Yves Cellot, directeur adjoint d'une Maison d'Accueil Spécialisé, invite à réfléchir sur cette capacité des personnes atteintes de déficiences à s'interroger sur l'existence et notre manière d'être au monde. Et « *si la personne lourdement handicapée prenait aussi soin de nous, les soignants et, à travers [nous], de la société elle-même ?* » [Cellot, 2008].

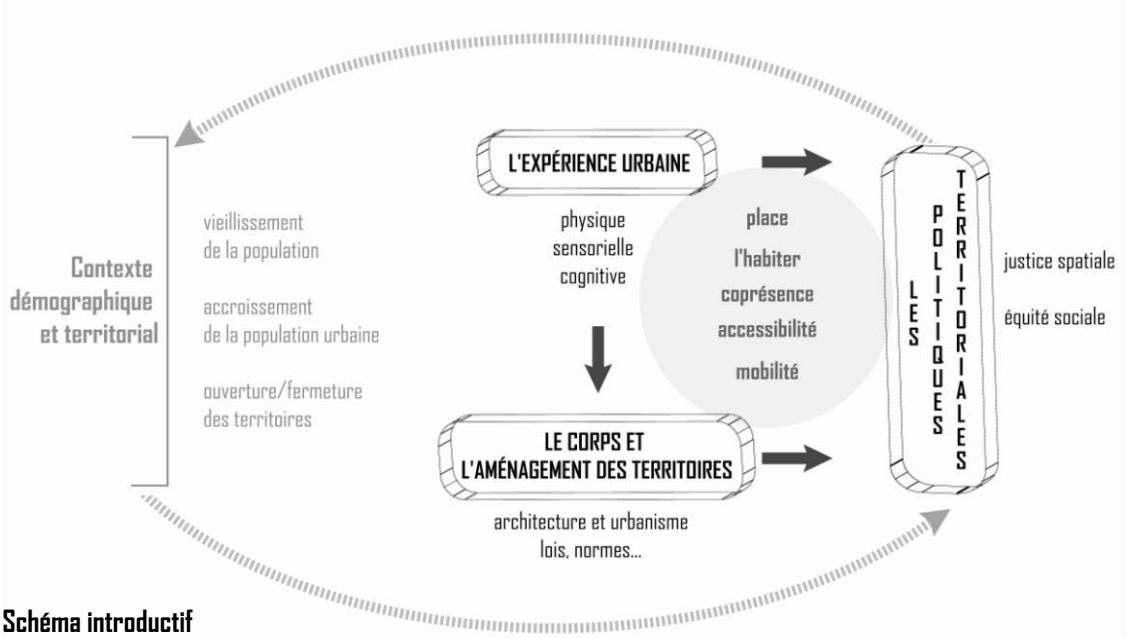


Schéma introductif
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/CIRTAI, Université du Havre, 2010

Une des caractéristiques de notre époque est de faire du mouvement et de la mobilité notre manière d'exister, notre mode de vie. Nous occupons une place mouvante. L'efficacité, la productivité, la réussite se jouent dans la réactivité des échanges. L'immobilisme, la lenteur sont condamnés. Les personnes atteintes de déficiences sont parfois plus lentes et immobiles. À travers l'image qu'elles nous renvoient, elles obligent peut-être à arrêter de courir après le temps. Elles renvoient « *à notre propre difficulté à être là, simplement là, dans l'immobilité et la contemplation de la vie* » [Cellot, 2008] et nous imposent à réinscrire notre existence dans le présent. D'autre part, l'expérience du corps dans la ville renvoie à une expérience sensible spécifique : *« La ville entendue comme expérience urbaine est polyphonique. C'est d'abord une expérience physique, la déambulation du corps dans un espace où prime le rapport circulaire entre un centre et une périphérie. L'expérience urbaine, c'est ensuite un espace public où des corps s'exposent et où peut s'inventer une vie politique par le biais de la délibération, des libertés et de la revendication égalitaire. Mais la ville, c'est aussi un objet que l'on regarde, la maquette que l'architecte, l'ingénieur et l'urbaniste ont sous les yeux, une construction, voire une machinerie, soumise d'emblée aux flux de la technique et à la volonté de contrôle de l'État »* [Mongin, 2007]. L'expérience urbaine est celle de nos corps déambulant, travaillant, vivant, inscrivant leur existence dans la ville et surtout dans un espace public, partagé et parcouru par un ensemble d'individualités et de corps. Ils se

heurtent et font écho à ce cadre bâti, construit, aménagé et géré par et pour la vie en société. L'expérience urbaine est donc avant tout corporelle, sensorielle et cognitive. Que se passe-t-il dans le cas où une personne est atteinte de déficiences (physique, sensorielle ou cognitive) ? Ces questions Comment s'élaborent les rapports entre la ville et le corps ?

Le corps et l'aménagement du territoire

La *condition urbaine* (O. Mongin) traduit l'idée qu'un *« premier critère relatif à la forme d'une ville renvoie à la capacité pour un corps individuel de se mouvoir à l'infini. Une ville doit rendre possible des trajectoires corporelles dans tous les sens (quatre points cardinaux) et à tous les niveaux (l'horizontal, le haut, le bas, le souterrain)* » [Mongin, 2007]. La tentation est alors forte, en croisant les réflexions sur les déficiences et la ville, de voir se dresser devant nous une ville rêvée où toute circulation est possible sans contraintes, ni barrières architecturales, une ville accessible à tous, utopie urbaine du XIXe siècle? Il est donc particulièrement intéressant de se saisir de l'expérience urbaine évoquée précédemment en s'interrogeant sur le corps différent et la manière dont les sociétés aménagent l'espace. Il ne faut pas oublier que certains architectes ou urbanistes ont pensé la modernité à travers l'idée d'un homme idéal. Les proportions du « corps ideal » de Le Corbusier ou Dreyfuss ont alimenté les constructions "*This embodiment of normality was expressed in a diagram conceived by Le Corbusier in 1925 called the Modular, a device which utilized the proportions of the (able) body to enable the architect to create the built spaces*" [Imrie, 1996]. On trouve les stigmates de cette pensée dans nos villes contemporaines ainsi que dans la difficulté à intégrer dans le cadre bâti actuel des dispositions pour permettre à des individus différents (par rapport à ce corps idéal) de pouvoir se mouvoir dans l'espace urbain normé. Le corps est-il un sujet pensé et appréhendé par l'aménagement du territoire et de quelle manière ?

L'élaboration des droits et l'application des normes : l'étude des politiques territoriales comme outil pour appréhender la place des populations déficientes

Le développement des normes d'aménagements architecturales et urbanistiques intervient dans un monde produit et pensé par des personnes valides au moment même où « *les règles du jeu urbain* » [Bourdin, 2006] se frottent à des temporalités de plus en plus éphémères. Le passage entre un urbanisme planifié dans la durée et le contexte permanent de transformation des réalités urbaines s'inscrit aussi dans un renforcement des règles et des principes législatifs en matière d'aménagement du territoire. L'analyse et l'étude des

dispositifs législatifs, des normes développées en faveur des populations déficientes seront donc au cœur de ce travail de recherche. Le droit présente une double dimension particulièrement intéressante : « *il est certes un instrument d'organisation de l'action et des interactions, un ensemble de règles du jeu pour les acteurs, mais il est également un moyen d'activer la symbolique sociale et même de stimuler une production imaginaire individuelle et collective. Il contribue alors à la construction du sens qui, dans un contexte singulier, fonde (au moins partiellement) les règles du jeu comme les visées de l'action* » [Bourdin, 2006]. Dès lors, l'évolution des contraintes législatives donnera un indice de la prise en charge des populations déficientes et de la manière dont elles sont appréhendées. D'un point de vue symbolique, le développement du droit des populations déficientes renvoie à une forme d'appropriation d'une place dans la société. La confrontation entre les réalisations architecturales appartenant au patrimoine public et les normes d'aménagement à respecter pour adapter les espaces aux besoins et aux usages des populations déficientes sont des indices du fonctionnement ou du dysfonctionnement des règles du jeu urbain fragilisant la démarche symbolique engagée. La double dimension du droit invite à la réflexion sur l'ambigüité et l'incertitude caractérisant l'action en faveur des populations déficientes et la place réelle leur étant faite.

Si l'on considère les populations déficientes comme une population spécifique dans quel contexte idéologique et éthique s'élaborent les politiques publiques les concernant ? Quels sont les dispositifs mis en place pour intégrer ces populations à la vie citoyenne ? Cette question ne renvoie pas seulement à la ressource spatiale et à la matérialité d'un emplacement mais fait aussi appel à la place sociale et citoyenne à laquelle les personnes atteintes de déficiences peuvent accéder. Les conceptions idéelles et matérielles de la « place » s'auto-alimentent. Elles renvoient à une approche humaine, sociale et matérielle/technique de l'espace géographique ne pouvant se départir les unes des autres. Il s'agit donc d'appréhender l'espace humain « *comme la résultante d'une relation permanente entre trois « champs » : les opérateurs spatiaux et leurs opérations, les artefacts matériels et les idéalités spatiales* » [Lussault, 2009]. La manière dont la « place » des personnes handicapées est appréhendée par la société résulte de la « *triangulation* » *des « discours, des paroles, des sentiments, de la connaissance* » [Lussault, 2009] des personnes handicapées par les citoyens, par les acteurs publics (associations, collectivités territoriales…) et de la manière dont sont mis en forme les différents aménagements pour les personnes handicapées (artefacts matériels et

opérations) [Lussault, 2009]. Le champ des idéalités spatiales revêt un caractère majeur dans la mise en forme de l'espace envers les populations déficientes. Il est par exemple nécessaire de prendre en compte la manière dont était appréhendée la maladie (en général) par le passé pour mettre en lumière la situation actuelle. J-H Stiker l'a démontré dans son parcours de recherche anthropologique et historique sur l'infirmité. La figure du lépreux mis à l'écart de la cité ou de la peste ayant décimé des cités entières redessine la ville comme un objet emblématique évoquant la place des malades dans la société.

L'accessibilité est au cœur de nombreuses politiques publiques, internationales ou nationales, pour rendre attractifs les territoires. Il ne s'agit pas seulement de donner les moyens aux populations de trouver « une place » mais de leur donner les moyens d'accéder à un ensemble de ressources et de services. La ville « *est le lieu de la « haute interaction » réalisée par la mobilité, la forme de la mobilité étant conditionnée par l'accessibilité* » [Beaucire, 2007]. Dès lors, rendre accessible un territoire est envisagé comme une clé permettant l'ouverture et le désenclavement [Steck, 2000]. Développer les moyens de transports et leurs supports (autoroutes, voies ferrées, lignes aériennes…) devient donc un moyen d'action. Les réseaux de transport constituent un élément structurant des territoires. Derrière l'accessibilité se cache donc un ensemble d'enjeux, majeurs pour l'ensemble des populations, enjeux qui dépassent largement une approche réduite au seul transport et qui rejoignent complètement les questions de justice spatiale. Si l'accessibilité est un élément favorisant la mobilité et l'usage d'un certains nombre de ressources et de services, des difficultés d'accès à des lieux ou des services fondamentaux peuvent donc gêner l'insertion sociale et générer l'exclusion en produisant des inégalités [Le Breton, 2005]. D'autre part, tout comme la « place » n'est pas à envisager uniquement sous l'angle de la matérialité, « l'accessibilité » recouvre une dimension politique, sociale, cognitive et sensitive, forte. L'accès à un espace ou un service n'est pas uniquement lié à la configuration matérielle d'un réseau ou à la dimension technique d'un transport. Il suppose la possession d'un certain capital social, culturel, économique parce qu'il implique de mobiliser un certain nombre de compétences notamment économiques et sociales mais aussi de capacités cognitives, sensorielles et physiques. Le corps entre donc en jeu dans l'acte mobilitaire. Dès lors, des inégalités sociales et des situations d'exclusion peuvent naître d'un manque de ressources, de capitaux et des compétences évoquées précédemment. La place d'un individu résulte de processus sociaux et politiques générés autant que de la capacité personnelle à mobiliser un ensemble de

ressources et de compétences dépendant elles-mêmes des capitaux économiques, culturels sociaux disponibles et mobilisables.

La première partie de cette recherche vise à comprendre les mécanismes s'élaborant entre le corps, comme construction sociale et une entité physique, sensorielle, psychologique et la ville. Quels processus ont participé à l'agglomération humaine ? Autour de quelles valeurs les villes se sont-elles élaborées ? Qu'est-ce qui fait de la ville une expérience particulière pour les corps ? Des formes d'assignation territoriale de certaines populations apparaîtront alors comme un processus urbain où différence et altérité bien qu'inhérentes à la structure urbaine ne sont pas aisées. Au cœur de la relation « homme-environnement », la situation des populations déficientes dans l'espace urbain suggère l'idée d'une construction socio-politique des situations de handicap. Après avoir envisagé le corps et la maladie comme seuls responsables, les déficiences ont été placé dans un contexte interactif/interactionniste plus large l'incluant dans un système prenant en compte l'environnement social, familial mais aussi matériel participant à la production des situations de handicap. L'inadaptation de l'environnement urbain en serait l'un des responsables. [Chapitre 1]. Dès lors, un détour historique sur l'évolution des « populations différentes » dans la « ville » sera nécessaire. Il permettra à la fois de mettre en avant l'évolution de leur « place » au sens matériel et idéel occupée dans l'espace urbain. D'autre part, porter un regard sur le passé est utilisé comme un outil pertinent pour comprendre ce qui se joue dans le présent. Enfin, les liens entre l'architecture et le corps seront explorés. Comment le corps est-il pensé et envisagé par les bâtisseurs du cadre bâti ? Quelle vision du corps les architectes ont-ils développé ? Il s'agit d'analyser des processus jouant un rôle dans l'élaboration actuelle de [Chapitre 2].

Une cospatialité complexe des individus dans les espaces urbains marque le quotidien. L'évolution dans les conceptions et la manière d'envisager le « handicap » dans le monde de la recherche s'est accompagnée de mouvements sociaux revendicatifs ayant sans doute joué un rôle dans l'intégration des populations déficientes dans les politiques publiques. Evolutions scientifiques et jeux d'acteurs marquent l'inscription des populations déficientes au sein de l'agenda politique. Envisagée à différentes échelles du territoire, une géopolitique des populations déficientes sera envisagée. Les populations déficientes sont dès lors abordées comme catalyseur d'enjeux territoriaux à l'échelle internationale,

européenne et enfin à l'échelle des États. Quels sont les acteurs et les décisions ayant un impact sur le territoire ? Quels sont les impacts territoriaux des discours et décisions politiques sur les échelles sous-jacentes ? [Chapitre 3]. Comment la question de l'intégration des populations déficientes est-elle envisagée ? Pour être parmi les premiers à avoir légiféré, la France, pays des Droits de l'Homme, est particulièrement intéressante à étudier. L'accessibilité est apparue dès les années 1975 dans la loi comme élément jouant un rôle important pour l'intégration des populations déficientes. Une analyse précise des politiques publiques françaises et une simple observation des aménagements présents dans la ville mettront en valeur les contradictions entre discours (intégrateurs) et intentions effectives. L'aménagement du territoire en faveur des populations déficientes, les enjeux et leurs réalisations seraient-ils le lieu d'une contradiction ? Le jeu de la proximité programmée et d'une mise à distance (invisible) des populations déficientes s'inscrit dans le territoire. L'analyse de l'implantation des structures d'accueil spécialisées sera précisément chargée de le démontrer. Elle met en lumière ce dualisme inconscient [Chapitre 4].

Les unes après les autres, les lois se chargent de produire un ensemble de règles participant à la vie en société. Les principes d'égalité, de fraternité et de liberté entre les citoyens orientent-les dispositions législatives. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées réaffirme les dispositions prises dès 1975 par le gouvernement français. Un certain nombre de celles-ci doit être pris par les collectivités locales. Parmi elles, la réalisation d'un état des lieux de l'accessibilité du patrimoine public des communes doit être effectuée en vue de réaliser un plan de mise en accessibilité. L'ensemble des Établissements Recevant du Public devra être accessible d'ici 2015. Comment les communes réagissent-elles devant un tel objectif ? Quels moyens ont-elles à leur disposition pour mettre en place ces dispositifs ? Après avoir fait un état des lieux des possibilités, une méthodologie de conduite d'état des lieux sera proposée à travers l'exemple d'une étude menée sur la commune de Villeneuve d'Ascq [Chapitre 5]. Le choix de l'étude de ce dispositif législatif n'est pas laissé au hasard. Le « bâtiment » public apparaît comme l'unité architecturale la plus proche du corps-citoyen. Il réunit à la fois la question de l'accès aux services pour les populations déficientes dans une dimension technique, sociale et politique et celle de la production d'un espace citoyen par les instances gouvernementales. Dès lors, l'état des lieux des bâtiments publics de

Villeneuve d'Ascq permettra d'envisager une classification du type d'obstacles rencontrés par les différentes populations déficientes dans les espaces urbains [Chapitre 6]. L'apport de l'analyse géographique sera alors pertinente pour donner à la commune des éléments de réflexion pour l'élaboration d'un plan de mise en conformité des bâtiments. Les principes de cohérence et de continuité de l'aménagement urbain en faveur des populations déficientes seront mis à mal par les résultats de l'état des lieux puis ré-envisagés au niveau de l'intercommunalité.

> « *Sous des formes et à des degrés divers, chacun présente des retards, des déséquilibres, des anomalies, des failles physiques, intellectuelles, psychologiques, affectives, relationnelles, économiques. Cela admis, le handicap cesse d'être une infériorité pour devenir une possibilité générale de l'existence. Il est la métaphore des carences contre lesquelles nous luttons avec des armes inégales. Pourtant parfois, à l'extrême notre condition humaine, il ouvre à l'universel* ».
>
> Charles Gardou, 2009

PARTIE 1

LA DÉFICIENCE, EXPRESSION D'UNE CONDITION URBAINE NORMÉE?

En appréhendant la ville comme un monde de signes, un espace de signifiants [Choay (1965), Moles (1986), Paquot (2006)], l'expérience urbaine est divisée en deux dimensions sensorielles de l'être humain : une dimension physique, matérielle en tant que forme construite et une dimension idéelle, reposant sur des représentations et des pratiques spatiales. Observer cet espace permet alors de lire un certain nombre de phénomènes urbains. L'individu, devenant habitant, usager de la ville et citoyen est au cœur de ce travail visant à mettre en lumière les enjeux, les limites et les difficultés de la coprésence d'individualités différentes dans le cadre urbain. Que ce soit du point de vue économique, social, culturel et même physique, une somme d'individualités diverses se partagent l'espace urbain, cohabitent, se frôlent, se bousculent, s'ignorent…Une « lutte des places » quasi-constante s'élabore. La « cohabitation » est alors régie par un certain nombre de règles et de codes (sociaux, économiques, culturels, et une fois encore physiques). Il apparaît « qu'être différent » en s'éloignant de ces règlements urbains pose un certain nombre de difficultés, notamment d'intégration. La condition urbaine contemporaine relèverait-elle d'une urbanité codifiée où la différence n'aurait pas « droit de cité » ? La façon dont la déficience est appréhendée dans l'espace urbain incarnerait-elle une condition urbaine normée ? Quels éléments participent à ces processus ? Comment se reflètent-t-ils dans l'espace ?

Trois signifiants seront analysés afin de répondre à ces questions.

Le premier signifiant renvoie aux valeurs ayant concourues aux fondements des espaces urbains. Autour de quel projet de vie en commun les hommes se sont-ils regroupés ? Quelles sont les valeurs à l'origine de la vie en société urbaine ? Certaines évolutions techniques vont bouleverser le rapport à l'espace et reconfigurer les valeurs de la ville autour de nouvelles conceptions de mode de vie citadin. Outre les aspects techniques, la ville génère une expérience mêlant intérêt individuel et collectif, mosaïque d'espaces privés et publics. Ces valeurs sont-elles fortes au point de créer une norme dominante dans les modes de vie ? Il apparaît que l'ordre urbain est précaire, la coprésence de populations différentes ne se faisant pas sans heurts.

Le second renvoie à la place des populations différentes dans l'histoire de la cité. Un détour historique sur la place des populations physiquement différentes dans les villes s'ajoutera à cette réflexion. Il ne s'agit pas d'une approche simplement chronologique. L'objectif est de montrer comment, au fil du temps, le rapport à l'autre, notamment aux personnes physiquement différentes s'est inscrit dans les structures spatiales des villes.

L’évolution de traitement des individus mutilés, infirmes, handicapés traduit la capacité de cohabitation et d’intégration de populations « différentes » dans un même espace.

Le troisième signifiant interroge le cadre urbain dans sa matérialité autour des conceptions architecturales et urbanistiques du corps des êtres urbains. Les architectes, les urbanistes, les aménageurs, les décideurs politiques sont les sculpteurs de nos cadres de vie. Comment les espaces urbains, en tant qu’entités physiques, se sont matériellement élaborés ? Quelle place le corps humain a-t-il eu dans la pensée architecturale et urbanistique ? Les représentations du corps jouent un rôle majeur dans l’élaboration de la ville puisqu’elles les configurent matériellement. Elles traduisent aussi un ensemble de valeurs, de conceptions dominantes et normatives de la vie urbaine.

Chapitre I

L'ambigüité du projet urbain : Corps, décors et désaccords urbains

Aujourd'hui le « projet urbain » est devenu un outil des politiques d'urbanisme et d'aménagement des territoires. L'essor des « schémas directeurs », des Programmes d'Initiative Communautaire URBAN (PIC URBAN), des Grands Projets de Ville (GPV) utilisés comme des outils de promotion territoriale pour attirer la population dans un quartier ou dans une ville, marque l'histoire du projet urbain comme élément clé du marketing territorial contemporain. La dimension politique du projet urbain mise en exergue aujourd'hui comme processus de transformation des villes doit pourtant être abordée comme point de départ. Qu'est-ce qui préside à la coexistence des individus entre eux dans un espace commun ? Comment voulons-nous vivre ensemble ? Le projet urbain apparaît comme une solution aux problèmes actuels rencontrés par les espaces urbains mais n'est pas abordé comme un outil de réflexion sur la vie en communauté induit par la réunion de population dans les villes et plus largement dans les espaces bâtis.

Dès lors, il apparaît essentiel de comprendre les éléments fondateurs des premières cités et les différents jalons révélant l'évolution de la ville en tant que cadre fonctionnel, social et politique moderne. Autour de quels projets, autour de quels idéaux de vie en société les villes se sont-elles érigées ? Quels sont les évènements qui ont contribué de façon significative aux transformations structurelles et sociales des villes ? En d'autres termes, quelles sont les valeurs de la ville et quelles formes prennent-elles matériellement dans l'espace ? La densité de population significative de l'urbain impliquant la coprésence d'individus sur un territoire commun, suppose des espaces partagés. Cette proximité d'individus devant partager l'espace et le « vivre ensemble » nécessite une organisation ? Deux réalités matérielles se frottent l'une à l'autre : corps et décors urbains. La « place » des individus, leur reconnaissance sociale, sont fondamentales et s'expliquent en partie par la matérialité de la relation entre ces deux entités.

1-1 - QUELLE PRÉSENCE DE LA DIFFÉRENCE SUR LA SCÈNE URBAINE ?

« Tendanciellement la ville reste fondamentalement un phénomène d'agglomération, d'hommes et de maisons. Ces hommes et ces maisons n'ont pas le même poids, dans la vie économique comme dans la vie politique. L'agglomération des hommes appelle celle des maisons. Mais une organisation particulière de l'espace urbain (le plan de la ville), l'existence d'édifices et de lieux singuliers traduisent aussi le rapport de la communauté aux institutions, qui la font tenir comme communauté » [Pinson, 2000]. L'idée d'agglomération de population et de communauté souligne l'existence d'un regroupement humain s'opérant dans la matérialité d'une forme. Cela implique aussi la présence d'individus différents les uns des autres. Cette agglomération de population et le communautarisme qu'elle sous-entend, impliquent l'idée « d'organisation » sociale et d'une politique pour vivre ensemble, imposant l'existence d'un « projet urbain ». Le projet urbain est appréhendé comme l'ensemble des idées, valeurs et ambitions concourant à l'organisation collective de la vie urbaine. Comment se construisent alors les rapports sociaux et spatiaux des individus sur la scène urbaine ?

1.1.1 - La différence et l'altérité : premier angle d'approche du « handicap »

Le point de départ de la réflexion menée ici s'articule autour des notions de « différence » et « d'altérité ». Comment s'élaborent-elles ? Comment se traduisent-elles dans l'espace ?

1.1.1.1 La différence, un processus interne ?

Dans le vocabulaire courant, la « différence » fait appel au *« caractère qui distingue une chose d'une autre »*[1], ou encore au *« caractère de ce qui est autre »* [Brunet, 1992]. La différence n'existe pas en soi, mais se construit dans un va-et-vient constant entre plusieurs éléments. Elle apparaît alors au moment où nous rapprochons ces différents éléments, quand nous commençons à les comparer. De façon élémentaire deux types de relations sont alors susceptibles d'émerger : l'identique ou la différence, sans pour autant oublier de passer par toutes les nuances possibles. L'intérêt pour une variété d'éléments fait naître, par soucis de mise en relation, la différence. Elle naît donc, à la fois à l'intersection (point) d'une comparaison entre deux ou plusieurs éléments tout en se construisant dans la distance (ligne) qui unit ces différents éléments.

La différence consiste à établir une liste de caractéristiques permettant de distinguer des éléments. Comme l'admet F.Héritier, cela traduit un *« processus cognitif fondamental »*

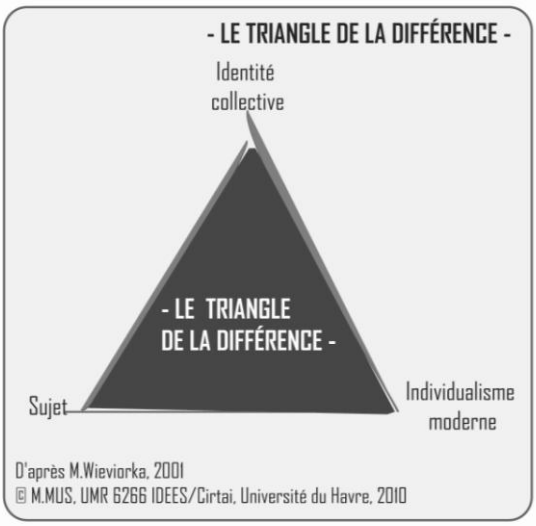
[1] Définition du dictionnaire de langue française, Le Petit Robert, 2003.

qui vise à la *« catégorisation établissant dans l'état du monde connu un ordre basé sur l'opposition entre l'identique et le différent, dont les variations se déclinent selon des codes essentiellement culturels »* [Héritier, 1996]. Cela suggère alors un lien entre la construction de soi, la différence et par contagion l'altérité. L'être social cherchera donc à classer les éléments de son monde (son groupe) afin de pouvoir se situer par rapport aux autres (l'alter) *« qui suppose une différence et/ou une distance sociale découlant d'appartenances (territoriales, généalogiques, génériques, etc.) distinctes. »* [Jodelet, 2005]. Le classement ou la catégorisation résident dans la comparaison (afin de pouvoir se situer et se construire) conduisant à la similitude ou à la distinction par des éléments différents.

Ce bref aperçu sémantique permet de comprendre que *la différence* véhicule avec elle un ensemble de notions connexes qu'il est nécessaire d'évoquer.

L'emprunt à la discipline sociologique des travaux de M. Wieviorka permet de proposer une approche plus précise de la différence. Dans son ouvrage intitulé *La différence,* Wieviorka élabore autour du « *triangle de la différence* » [cf. Encadré 1-1] un outil d'analyse. Après avoir proposé ce modèle théorique pour analyser les différences culturelles, Wievorka suggère qu'en frottant ce triangle à la réalité de l'expérience des acteurs, sa morphologie évolue. Le triangle se décompose et se recompose au gré de différentes *considérations* autour du sujet ou de l'identité. Cette approche reste néanmoins riche de sens, si on l'aborde comme élément de définition générale de la différence, sans pour autant prendre le cas précis de la construction des différences culturelles. Cela précise alors les éléments rentrant en compte dans le processus de production des différences ainsi que les liens internes qui les unissent. Au-delà d'un va-et-vient strictement dichotomique, Wieviorka met en jeu trois entités dans le processus d'élaboration de la différence. La première, au sommet du triangle, fait référence à l'identité collective d'un groupe. La seconde à l'individualisme moderne, et la troisième convoque le sujet au sein de ce trio.

ENCADRE 1- 1



L'identité collective renvoie *à « l'ensemble des références culturelles sur lesquelles se fondent le sentiment d'appartenance à un groupe ou à une communauté, qu'elle soit réelle ou « imaginée »* [Wieviorka, 2001]. L'identité collective définit alors l'unité d'un groupe autour d'un système de valeurs partagées par la majorité de celui-ci.

L'individu moderne renvoie à *« l'atome élémentaire d'une société où les hommes, théoriquement libres et égaux en droit, participent comme autant d'êtres singuliers à la vie moderne. »* [Wieviorka, 2001].
L'individu moderne, qu'il soit intégré ou exclu, est un être qui a accès à l'emploi, l'argent, la santé, l'éducation, le logement. C'est la participation sociale, politique et économique qui définit l'individu moderne et non sa culture. Plus l'être singulier se conforme aux possibilités de la modernité, plus il a de chance de se rapprocher de l'identité collective et de s'éloigner de ce qui crée la différence.

Le s*ujet* est une personne qui *« se construit en mettant en avant une différence qui confère un sens à une expérience existentielle jusque-là vécue comme confuse ou sans espoir ; ou encore, elle y trouve les ressources symboliques lui permettant de renverser un stigmate qui le niait comme sujet, ou lui interdisait de s'exprimer en tant que tel. »* [Wieviorka, 2001].
Le « *sujet* » fait apparaître deux ingrédients, intimement liés, dans la définition de la différence : le choix et la subjectivité. La question du choix, du libre arbitre a une importance de premier ordre. L'identité collective attribut au sujet né dans un groupe, presque par défaut, un système de valeurs auquel le sujet peut adhèrer ou non. Dans ce cas, à défaut de prendre en compte l'identité collective, le sujet donne la primauté à ses états de conscience ; c'est donc la subjectivité qui rentre en jeu et qui permet au sujet de se construire, de prendre sa place.

La différence s'élabore dans un contexte de tension entre la référence à une identité collective et l'accès à un certain nombre de possibilités qui font d'un individu un être moderne et le libre arbitre du sujet qui veut trouver sa place dans une société sans pour autant en être gommé. Plus la distance est grande entre les aspirations du sujet et le système de valeurs du groupe plus la différence est marquée. Considérée comme une construction sociale, il ne faut pas oublier que la différence se dessine à l'interne dans une mise en tension des éléments évoqués précédemment et aussi à l'extérieur. M. Wieviorka

permet de comprendre le développement des différences dans son processus interne. Il faut s'interroger maintenant sur la façon dont les différences existent à l'extérieur. Comment se traduisent matériellement leurs émergences dans les rapports humains, et plus largement dans la société ?

1.1.1.2 Quelles formes l'altérité prend-elle dans les rapports sociaux ?

A l'interne, la « différence » en elle-même ne fait pas intervenir de jugement de valeur. Dans un contexte courant, il est possible d'établir par comparaison une différence entre une variété de situations, d'objets, sans que cela crée des tensions. C'est dans le fonctionnement de la société et les rapports humains, manifestement le rapport à l'autre, que peuvent se cristalliser les dissensions. La différence s'établit, par comparaison avec un « autre », autour d'un ensemble de critères, de caractéristiques pouvant être d'ordres différents : biologiques, économiques, culturels. La différence fait alors référence à la substance de l'objet ciblé. Là où la différence est placée au plan matériel et/ou formel, l'altérité est *« une propriété qui s'élabore au sein d'une relation sociale, et autour d'une différence »*. [Jodelet, 2005] Dans son ouvrage, *L'autre*, D. Jodelet, reprenant le travail qu'elle a mené dans *Folies et représentations sociales* en 1989, distingue deux formes d'altérité présentant une partition socio-géographique et/ou historique de l'altérité : *« l'altérité du dehors*[2] *»* et *« l'altérité du dedans*[3] *»*. La distinction proposée par D. Jodelet met l'accent sur une échelle d'analyse du rapport à l'autre.

Une échelle macro-sociale chargée de comprendre comment les rapports à l'autre s'établissent entre les sociétés et les cultures différentes. Cela concerne l'étude des rapports à l'autre dans une ère géographique et culturelle clairement distante de celle dans laquelle l'observateur se situe. L'archétype est le mythe du bon sauvage si présent dans la littérature depuis le XVIe siècle. Le désir et la recherche d'un ailleurs exotique, vanté par les agences de voyages en est aussi un bon exemple : « *une histoire particulière entre vous et le monde*[4] ».

---

[2] « *concerne les pays peuples et groupes situés dans un espace et/ou un temps distants et dont le caractère « lointain » voire « exotique », est établi en regard des critères propres à une culture donnée correspondant à une particularité nationale ou communautaire ou à une étape du développement social et technoscientifique* ». [Jodelet, 2005]

[3] « *à ceux qui, marqués du sceau d'une différence, qu'elle soit d'ordre physique ou corporel (couleur, race, handicap, genre, etc.), du registre des mœurs (mode de vie, forme de sexualité) ou liée à une appartenance de groupe (national, ethnique, communautaire, religieux, etc.), se distinguent à l'intérieur d'un même ensemble social ou culturel et peuvent y être considérés comme source de malaise ou de menace* » [Jodelet, 2005].

[4] Slogan publicitaire de l'agence de voyage Nouvelles Frontières.

D'autre part, une échelle micro-sociale chargée de comprendre comment s'élaborent les rapports aux autres à l'intérieur d'une société, soit dans un même cadre de référence, social ou culturel. « L'altérité du dedans » se réfère alors à la différence autour de critères pouvant être d'ordre physique, corporel, ethnique, religieux, de mode de vie, de nationalité…

Si l'altérité est *« une propriété qui s'élabore au sein d'une relation sociale et autour d'une différence »*, l'altérité naît donc toujours sous la forme d'une rencontre qu'elle soit choisie ou fortuite. Quelles formes cette rencontre prend-elle dans la société ? Comment cette rencontre s'opère-t-elle ? Le principe même de la vie en société implique le regroupement d'un ensemble d'individus autour du but commun de vivre ensemble. Les différences doivent donc cohabiter autant que les individus et cela n'est pas sans heurt. La réponse à la question de l'émergence de l'altérité trouve une réponse dans le principe de hiérarchisation ainsi que dans la dialectique inclusion/exclusion avec néanmoins toutes les interstices possibles. « L'autre » dans la société moderne est celui qui est *« investi des caractéristiques inverses à celles qui définissent le « Nous »*. [Jodelet, 2005]. Ses différences peuvent alors créer des réactions variées : conflits et tensions, processus de stigmatisation, forme de reconnaissance par la catégorisation ou la discrimination positive.

Les conflits, les tensions trouvent souvent leurs sources dans une différence. Certaines différences peuvent être à l'origine d'inégalités dans nos sociétés créant des tensions ou parfois même des conflits. L'image la plus illustrative de cette forme d'altérité se trouve dans le racisme. Il oppose les principes d'un individu ou d'un groupe d'individus qui n'accepte pas la différence de l'autre, et qui ne veut pas le reconnaître comme faisant partie de son groupe.

Le processus de stigmatisation emprunté à Goffman donne un éclairage intéressant sur la forme que peut prendre le rapport à l'autre dans la société. Par rapport à la différence, le stigmate se forge de façon plus puissante. Il s'inscrit dans la chair en laissant une plaie, une marque sur la personne qui le porte. E. Goffman distingue trois formes de stigmate. La première catégorie fait référence aux *« monstruosités du corps »*, la seconde à ce qu'il appelle les *« tares du caractère »*, enfin la troisième fait référence aux *« stigmates tribaux »* (race, nationalité, religion). Selon lui, la stigmatisation s'opère dans un cadre particulier en vertu d'une forme de normalité supposée. L'individu stigmatisé est alors *« un individu qui aurait pu aisément se faire admettre dans le cercle des rapports sociaux*

ordinaires possédant une caractéristique telle qu'elle peut s'imposer à l'attention de ceux d'entre nous qui le rencontre, et nous détourner de lui, détruisant ainsi les droits qu'il a vis-à-vis de nous du fait de ses autres attributs. Il possède un stigmate, une différence fâcheuse de ce à quoi nous nous attendions ». [Goffman, 1975]. L'expression courante de ces différentes formes de stigmates s'observe dans l'emploi de termes particuliers pour nommer certains individus. Ainsi, il n'est pas rare de parler du «drogué », ou de « l'handicapé » pour désigner ces individus dont la personnalité semble directement et principalement liée à l'existence d'une différence alors ostensiblement marquée.

Deux éléments importants sont ici à retenir permettant de comprendre la formation concrète de l'altérité au sein des rapports humains. Le premier élément est l'idée de catégorisation renvoyant plus ou moins directement à la notion d'identité. C'est en vertu de ce qui constitue notre identité qu'on reconnaît l'existence des autres. Ces différentes formes de rapports à l'autre qu'elles soient conflictuelles, stigmatisantes, conduisent à une mise en marge de « l'autre », à une disqualification. Le second élément important se réfère à la production de l'altérité. Effectivement, l'altérité peut être le résultat d'une construction sociale, c'est-à-dire institutionnalisée dans le but annoncé d'éviter la mise en marge et de permettre l'intégration en mettant en lumière une différence. Dans ce cas, l'altérité repose sur une production institutionnelle de catégorie et sur la mise en place de démarches particulières visant à éviter la mise en marge ou alors à « contraindre » l'inclusion. La discrimination positive s'inscrit dans ce cadre. On trouve l'expression de cette « catégorisation » de population dans le panel français des prestations sociales. Basées sur le principe républicain d'égalité entre tous, les prestations sociales doivent permettre de traduire dans les faits ce principe. Chacune des prestations sociales reposent sur l'élaboration de catégorie dans la population française en vertu d'un certain nombre de critères définis. Ainsi, l'Allocation Adulte Handicapé est versée à ceux que l'État reconnaît comme appartenant à leur catégorie d'handicapé. Cela concerne alors les adultes (entre 20 et 60 ans) ayant un taux d'incapacité supérieur à 80%.

Le principe de discrimination positive est l'étape la plus marquée dans l'institutionnalisation de la différence et du rapport à l'autre. Ce principe est fondé sur l'idée d'accorder un traitement préférentiel à certaines catégories de population afin de compenser les inégalités qu'elles subissent dans la société. Ce principe s'exprime principalement par la mise en place de quotas ou de places réservées pour une ou plusieurs populations strictement définies pour leur assurer l'accès à certaines universités

par exemple aux USA, ou à certains métiers. En France, ce principe est visible à travers la mise en place de « quota » de travailleurs handicapés dans les entreprises. La loi du 10 juillet 1987[5] impose une obligation d'emploi à hauteur de 6% de l'effectif salarié de travailleurs handicapés pour l'ensemble des employeurs (État, administrations…de 20 salariés et plus). La discrimination positive vise donc à catégoriser les individus comme appartenant à une population particulière en leur réservant l'accès à certains domaines de la société. Dans ce cas, cela fait entrer les individus dans une forme d'altérité forcée.

1.1.1.3 L'altérité dans les rapports spatiaux : entre distance et proximité

Abordée en premier lieu sous l'angle des rapports sociaux, comment l'altérité s'élabore-t-elle dans les rapports spatiaux ? Notre position est de considérer l'espace non pas comme *« une simple étendue matérielle support des pratiques, ce que l'expression agir sur dénote et connote, mais comme une ressource sociale hybride et complexe mobilisée et ainsi transformée dans, par et pour l'action »* [Lussault, 2007]. Dès lors, nous ne pouvons pas ignorer que les rapports sociaux se traduisent aussi dans l'espace. Ainsi, les formes de l'altérité observables dans l'élaboration des rapports sociaux s'inscrivent de fait dans des processus spatiaux.

Dès les débuts de la géographie, quelle que soit la définition adoptée, l'idée de l'observation, la description, l'étude et l'analyse d'une variété d'éléments retrouvés à la surface terrestre sont au cœur de la science géographique. Paul Vidal de la Blache évoque les *« expressions changeantes que revêt suivant les lieux la physionomie de la terre »*. P. Gourou d'une variété de paysages. Fondée autour de l'unité de l'espace terrestre, l'idée de différence apparaît, au regard des définitions évoquées précédemment, comme l'essence de la géographie, à travers la variété de paysages, de lieux, des constructions humaines, des comportements, de l'organisation des hommes sur la terre.

La différence est donc au cœur de la géographie principalement parce qu'il est question d'une certaine forme de distance entre des éléments, que ceux-ci soit des lieux, des paysages, des formes d'organisation des sociétés. La distance prend plusieurs formes : la distance euclidienne et métrique mesurée précisément entre des lieux ou des objets géographiques, mais aussi la distance-temps, la distance-coût. La mesure de la distance à travers des unités métriques, de temps ou de coût renvoie directement à la matérialité de l'espace comme support d'éloignement ou de contact entre des réalités distinctes. Au-delà

[5] Loi n° 87-517du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.

de ces quelques exemples la distance s'élabore aussi dans un espace social *« comme le plan d'interférence active des rapports sociaux, des systèmes de relations (de parenté, de propriété, de production, etc.) et des rapports spatiaux (cheminement, repères, fréquentations réelles ou imaginaires de l'espace, sentiments d'attraction ou de répulsion, relations affectives ou fonctionnelles avec les lieux, appropriation foncières, etc) d'un groupe »* [Di Méo, Buléon, 2005]. La distance est donc autant un processus fondamentalement spatial qu'une construction profondément sociale.

C'est précisément en abordant la question des populations déficientes à travers la notion de distance que les bases de l'approche géographique de cette recherche seront posées. La distance, *« physique et psychologique, liée à la culture et l'économie, construite ou subie, renvoie d'abord et avant tout à l'homme acteur de son espace. C'est bien l'homme qui affecte à l'étendue les seules dimensions qui comptent et ces dimensions varient avec les progrès techniques mais aussi avec les attentes que suscitent les désirs ou encore les schémas culturels qui configurent les filtres de notre présence au monde, voire avec les modes d'organisation politique dont il est le promoteur »* [Steck, 2000]. Concernant les populations déficientes, les différents niveaux de la mise à distance de ces populations suggèrent une dimension sociale forte et des implications spatiales directes.

En premier lieu, la distance est le reflet d'un processus individuel de peur et de distanciation face à une réalité difficilement envisageable. Comme le souligne H-J. Stiker, *« la vue de la déficience nous est difficile parce qu'elle nous renvoie une certaine image de nous-mêmes. Chacun se sait défaillant ; chacun connaît sa fragilité et donc sa possibilité de se trouver diminué ; chacun veut avoir une image de lui jeune, beau et performant. La rencontre concrète avec l'infirme trouble, induit la crainte et provoque des gestes de rejet. Là encore, il convient de reconnaître en soi ce mouvement spontané. Et l'on comprend qu'à côté de la connivence avec l'attitude de surprotection le grand nombre trouve son compte, par ailleurs, dans la mise à l'écart, l'image de soi étant ainsi éloignée »* [Stiker, 2009].

En second lieu, le processus historique retracé dans le chapitre suivant dessine une mise à distance soit dans l'éloignement concret des enfants hors des murs de la cité (processus de l'exposition des nouveau-nés à l'Antiquité) soit par le regroupement dans des lieux spécialisés (mise à distance par l'enfermement et la surveillance). Le processus historique de relégation des personnes déficientes au sein d'espaces spécialisés pour les isoler en quelque sorte du « commun » montre « *combien nos sociétés et nos cultures éprouvent du mal à les situer en pleine humanité* » [Stiker, 2004]. Les corps déficients,

porteurs de stigmates visibles ou invisibles[6], sont mis en marge du corps social et citoyen commun.

Enfin, la mise à distance intervient à travers l'élaboration de catégorisation et de discrimination positive. La création de catégories de populations concernant certaines particularités physiques, économiques ou culturelles en créant des groupes spécifiques générant la distinction et une forme d'éloignement par rapport à la population générale.

Ces trois processus exposent des réalités sociales, des représentations, des conceptions et un rapport aux corps différents, se traduisant dans des faits spatiaux.

La différence et l'altérité interrogent directement l'idée de distance et par opposition celles de proximité et de contact. La difficulté des espaces publics à gérer la coprésence des individus suggère effectivement la centralité du concept de distance dans l'approche de la différence et notamment des populations déficientes. La place de « l'autre » et de soi dans les espaces urbains fait appel aux valeurs et besoins ayant concourus à l'élaboration des villes.

1.1.2 - « L'autre » et les formes urbaines

L'espace n'est pas un simple construit, il reflète les manières de vivre et de penser d'une société. La capacité des hommes à se regrouper pour élaborer les premières formes de vie en communauté marque le développement de la civilisation et se trouve au fondement des premières cités.

1.1.2.1 La ville, une construction territoriale favorisant l'échange ?

Pour certains chercheurs [Chemetov, Blanquart, Roncayolo…], les villes apparaissent comme la forme la plus haute de la civilisation. Elles sont le résultat d'une forme spatiale de regroupement humain nécessitant un certain nombre de compétences. La genèse des villes s'élabore alors à travers la capacité des hommes à sortir d'un état primitif, à quitter l'état de nature pour élaborer un cadre de vie commun. Le passage d'un état à l'autre s'opère dans un changement de vision de l'environnement. Il ne s'agit plus de considérer l'environnement comme un simple réservoir de ressources directes (pêches, cueillettes…) mais de mettre en place des techniques permettant de disposer des ressources à plus grande échelle (agriculture, élevage.) [Cazeneuve, 1992][7]. Bien qu'elle

[6] Exemple : les personnes sourdes
[7] Cité dans Encyclopedia Universalis

puisse s'y inscrire, la nature n'est pas, pour la ville, un élément structurant de la vie urbaine [Remy, 1988]. Parce qu'elle véhicule des valeurs de liberté et d'autonomie, l'acquisition du statut de « cité » marque l'accès à un cadre de vie idéal, comme le souligne P. Chuvin, *« il ne s'agit pas seulement d'urbanisme, mais aussi d'organisation politique : en effet, toute ville bâtie aspirait au statut de cité, polis, entité « libre et autonome », qui offrait alors le cadre idéal pour une vie civilisée »*. [Chuvin, 1992[8]]. L'élaboration des villes trouve ainsi les fondements de la civilisation dans l'acte même de dissocier l'existence de l'homme et de la nature en créant un cadre de vie socialement et politiquement organisé. Au-delà de cette dissociation, l'établissement des villes trouve sa source dans le passage de la situation de nomade à celle de sédentaire. La vie nomade était finalement imposée par l'essence même de la nature obligeant à être mobile pour profiter des atouts des différentes saisons. L'homme en se créant un refuge établit une coupure entre son environnement naturel et son nouvel espace de vie, entre l'extérieur et l'intérieur.

Cependant, cette distinction entre la nature et la civilisation n'annule pas pour autant la dépendance de l'homme face à la nature. La construction d'un bâtiment et l'agglomération de population reflètent donc un acte social fort [Gympel, 2005]. Cet acte social, de sédentarisation en premier lieu puis de construction, prend racine, selon Mumford, dans trois causes différentes. Les racines de la sédentarisation s'élaborent à travers le regroupement pour le culte des morts[9], les cultes sacrés[10] et la nécessité d'échanges et de partages matériels. [Mumford, 1964]. Ainsi, les villes se sont fondées à travers une organisation matérielle (architecturale), productive, politique et religieuse prenant racine dans la nécessité et la volonté de regroupement. L'existence de la ville est effectivement basée sur l'interdépendance alimentaire, les villes n'étant pas des lieux de production alimentaire. Leur existence repose sur la production de surplus agricole [Roncayolo, 1990] et sur la capacité d'échanges et d'interactions entre les individus. Le développement et la pérennité des villes supposent donc, *« dès leur origine, une division technique, sociale et spatiale de la production, et impliquent des échanges de natures diverses entre ceux qui produisent les biens de subsistance et ceux qui produisent des*

[8] Cité dans Encyclopedia Universalis

[9] « *Ce culte que les primitifs rendaient à leurs morts, tel que nous le voyons manifesté à travers une symbolique alternée de la lumière et de l'ombre, les a incités, peut-être plus que tout autre besoin matériel, à se rassembler et finalement à adopter un mode de vie sédentaire* ».

[10] « *Le puissant attrait des lieux sacrés n'aurait pas suffi à lui seul à justifier la fixation sédentaire, il n'en fut pas moins un des plus importants mobiles qui ont joué en faveur de l'édification de la cité historique* ».

biens manufacturés (artisans), des biens symboliques (les prêtres, les artistes, etc.), le pouvoir et la protection (les guerriers) » [Ascher, 2001]. Lewis Mumford met en évidence *« dans l'étude des origines de la cité, l'influence de besoins purement matériels, qui ramenait périodiquement les tribus et les groupes familiaux vers un habitat commun : terrain de campement, ou territoires où la chasse et la cueillette étaient fructueuses »* [Mumford, 1964]. Hormis les échanges matériels d'ordres commerciaux se tissant peu à peu, c'est finalement à travers l'interdépendance et la multiplicité des compétences que les villes vont croître et se pérenniser. Interdépendance et variété des compétences rendues possibles par l'agglomération de population. Le développement des villes traduit aussi cette volonté de développement technique nécessitant un regroupement. C'est *« seulement dans les villes que peuvent se réaliser les concentrations d'énergie, les structures sociales et les spécialisations fonctionnelles qui rendent possible les inventions et les progrès techniques ou intellectuels décisifs »* [Cazeneuve, 1992].
Les échanges se jouent donc à deux niveaux. En premier lieu avec l'environnement extérieur à la ville, de façon à assurer les besoins alimentaires. En second lieu, au sein même de la ville entre les différents types de biens produits auxquels chaque individu souhaite avoir accès.

La ville apparaît donc comme le *« dispositif topographique et social qui donne leur meilleure efficacité à la rencontre et à l'échange entre les hommes »* [Roncayolo, 1990], parce qu'elle favorise et impose la coprésence entre les individus. D'un point de vue architectural, les « places », lieux de regroupements, apparaissent comme l'expression concrète de l'importance de cette valeur. La mise en scène de la rencontre et de l'échange, de la vie publique à travers la réalisation des places est à son apogée dans l'Antiquité. La place représente le cœur vital de la vie publique de la cité Antique [Sitte, 1889]. Elle demeure pendant longtemps un objet architectural structurant des villes, lieux de rencontres, d'échanges (marchés), de fêtes populaires. L'échange, l'interdépendance sont les principes clés ayant permis le développement de la ville garantissant aussi son futur. Sous quelles formes matérielles se sont exprimés ces différents principes fondateurs du regroupement humain ?

1.1.2.2 De la cité à l'urbain sans limites

Un des premiers éléments relatifs à l'explication de la forme de la ville prend racine dans la raison même de l'agglomération de population. Si le regroupement

s'élabore d'un point de vue fonctionnel autour des échanges c'est effectivement qu'il permet d'abolir les distances entre les individus. La ville apparaît donc comme *« une configuration spatiale fondée sur le choix initial de privilégier la coprésence »* [Lussault, 2007]. Cette configuration spatiale particulière met en jeu, selon Lussault, une théorie du coût et de la spatialité. La coprésence des individus, soit *« le rassemblement et l'agrégation en un même lieu de réalités sociales distinctes »* [Lussault, 2003], met à disposition des individus un ensemble de réalités sociales pour un coût (social, symbolique ou économique) a fortiori réduit par la proximité de tous les opérateurs en jeu. Les bases du développement urbain s'élaborent autour des valeurs d'échange, de partage, tant des biens que de l'espace, permis par la proximité des individus. Cette coprésence a imposé la mise en place de dispositifs de gouvernance afin de réguler la vie collective. L'importance de l'Agora dans les cités antiques, et plus tard des places, est l'expression architecturale de la coprésence, de l'échange, du partage. Ces formes architecturales symbolisent ces valeurs urbaines.

La proximité, l'agglomération de population dans un même espace sont les premiers critères permettant de dessiner une image de la ville. Mais dans ce cas, quels critères permettent de différencier la ville d'autres formes de regroupement humain ?

Ce qui fonde la spécificité du périmètre urbain par rapport à l'agglomération villageoise est la densité : *« les constructions se serrent les unes contre les autres, avec des murs mitoyens. Non pas au hasard, de manière disparate, mais selon une volonté de maîtrise qui vise à l'utilisation optimale du terrain disponible »* [Blanquart, 1997]. La forte densité de population dans un espace restreint fera naître la nécessité de gouvernance des villes. Une organisation politique est chargée d'organiser la vie en communauté autour de valeurs communes. L'agora en est la forme la plus symbolique et nombre de projets d'architecture contemporaine essaie de retraduire cet esprit de regroupement.

En tant que construction territoriale, la ville, s'est façonnée dans un contexte spatial, social et historique. Ce n'est pas une entité figée mais une forme en mouvement s'inscrivant dans un processus d'évolution de la structure et de la forme des regroupements humains. M. Lussault analyse la « ville » comme une forme de regroupement humain s'inscrivant dans un processus en trois phases : *« la ville héritière de la cité cède devant l'urbain sans limite, caractéristique des sociétés mondialisées, et où la majorité de la population mondiale est appelée à vivre »* [Lussault, 2007]. Deux

éléments s'effritant peu à peu pour complètement disparaître marquent l'évolution de ces formes. Le premier est « la limite » ou encore « la frontière » et le second l'inertie.

Comme le souligne le tableau 1-1 ci-dessous, la cité est une entité totalement identifiable, enceinte de murs et s'inscrivant dans un environnement agraire. Espace défini et clos par les enceintes, la cité ne possède pas la capacité à se développer. Il y a un lien de dépendance fort entre la cité et cet environnement dans lequel elle puise ses propres ressources. La densité et l'agglomération de populations sont des éléments descriptifs importants et caractéristiques de la ville. C'est la continuité du bâti et la densité qui marquent les bornes de la ville. Entité clairement identifiable, elle s'inscrit dans son environnement en opposition avec la campagne. La distinction s'opère notamment par l'activité qui y règne servant toujours de ressources vivrières aux villes. La ville n'est pas un espace fini. Ce qui distingue clairement la ville de la cité et marquera à terme son effritement, est la possibilité et la capacité de développement.

TABLEAU 1- 1

- DE LA CITÉ A L'URBAIN -

	Cité	Ville		Urbain
Définition	Entité discrète entourée par une société agraire	Configuration spatiale fondée sur le choix initial de privilégier la coprésence		Connexion à l'infini d'unités élémentaires à d'autres unités élémentaires
		Ville « classique » Lieu d'échange	Ville industrielle Lieu de production	
Frontière	Totalité identifiable enceinte de murs	Limite distincte par rapport à la campagne		Limite indistincte

D'après Lussault, 2007, L'homme spatial et d'après Roncayolo, 1990, La ville et ses territoires
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

La ville a une structure dynamique possédant une capacité intrinsèque à se remodeler et se développer car *« elle concentre dans un espace restreint, une énorme réserve de force productive ou destructive, mais elle peut aussi étendre ses constructions et son emprise à la mesure des besoins nouveaux d'une société sans cesse plus complexe, et de son héritage historique qui ne cesse de s'accroître et de se développer »* [Mumford, 1964]. Effectivement, contrairement à la cité, les villes ne s'inscrivent pas dans un cadre figé, elles évoluent, se construisent et se développent. Cette possibilité d'évolution introduit, selon M. Roncayolo, deux phases. La phase « classique » renvoie à la ville comme lieu d'échanges économiques et lieux d'activités se distinguant de l'exploitation du sol. Dans

cette phase classique, la ville est le lieu de l'échange dépendante de la campagne, elle-même lieu de production et d'une certaine manière dépendante de la ville. La phase « industrielle » modifiera profondément la ville. Contrairement à la phase classique, elle devient lieu de production. Le développement des techniques et la révolution industrielle induiront une recomposition territoriale autour de ses lieux de production, devenant le poumon économique des villes. À mesure que la ville grandit, la population augmente, les fondements de la coprésence s'effritent. La nécessité de maîtriser les techniques de déplacements s'accroit, et le développement des services de transports publics ou de l'accès à un moyen de transport personnel devient un élément important du quotidien dans la ville. Le développement industriel ainsi que le développement des techniques de transport sont des moments clés dans l'histoire de la ville. Ils vont induire l'étalement urbain et par voie de conséquence une évolution importante de la construction territoriale des villes. Le développement industriel puis le développement d'une société de service vont peu à peu engendrer l'émergence d'une classe sociale moyenne. L'accès aux moyens de transports individuels et à la propriété développe une forme de retour à la campagne de certaines populations. Un nouveau type de regroupement humain voit le jour. L'un d'entre eux s'élabore, hors de la ville ni entièrement à la campagne : la périurbanisation induisant la rurbanisation. La forme de la ville devient floue et perd son sens, au bénéfice de l'urbain.

Contrairement aux deux formes de constructions territoriales présentées précédemment, l'urbain est une entité qu'on ne peut percevoir d'un seul regard, il n'a pas de limites distinctes avec un environnement extérieur. La phase industrielle caractérisée par le développement d'un mode de production et par le développement des techniques annonçait les prémices de l'urbain. L'urbain se fonde sur la réticularité. On ne pense plus en termes de centre ou de périphérie mais en terme d'accessibilité à différents réseaux de communication, de transports, etc. *«À la ville singulière, insubstituable, au territoire continu dominé par les métriques topographiques et le jeu de la coprésence, se substituerait ainsi l'espace urbanisé générique, irrigué de réseaux marqué par la prééminence des métriques topologiques »* [Lussault, 2007]. Ces distinctions, au premier abord très formelles entre la cité, la ville et l'urbain traversent la discipline géographique. Il faut aborder ces différenciations comme une évolution des possibilités socio-spatiales et par-là même de l'offre urbaine en matière d'espace et de réseaux publics. Pour P. Berger et J-P Nouhaud, « *l'intérêt d'une telle distinction est d'abord théorique car elle*

permet de repérer dans l'évolution historique d'une ville le moment et l'endroit où il y a perte de sens, reposant ainsi la question d'un projet en des termes autres… » [Berger, Nouhaud, 2004]. L'urbain brouillerait alors les pistes des valeurs résidant dans l'élaboration de la ville et de la cité tandis que l'urbain génère l'anonymat. Cependant, la caractéristique commune de ces différentes formes spatiales réside soit dans la coexistence d'individualités soit dans le partage d'espaces communs : la rue, les espaces publics, les modes de transports collectifs, les parcs…

1.1.3 - La coprésence au fondement de l'urbain

Une des caractéristiques principales de la vie urbaine réside donc dans le principe de partage d'un espace commun et de présence simultanée de plusieurs individus dans cet espace commun. Dès lors, « *la ville n'est pas qu'une concentration d'immeubles, elle ne se définit pas seulement par une morphologie, même si celle-ci lui est consubstantielle. Si Max Weber privilégie plus que d'autres la dimension politique, tous voient dans la ville une configuration, c'est-à-dire un ensemble d'éléments reliés et formant un système, d'ordre économique et social. Ce système donne son sens à la matérialité de la ville* » [Bourdin, 2005].

1.1.3.1 Une coprésence fonctionnelle : la spécialisation de l'espace

La coprésence, bien qu'élément fondateur du regroupement de population ne s'élabore pas de façon innée entre les individus. De la spécialisation fonctionnelle de l'espace aux phénomènes de la ségrégation, il s'avère que la division de la ville reflète une difficile coexistence des individus.

La densité et l'agglomération de population ont été largement évoquées pour définir la ville. L'essence même de la ville réside effectivement dans ces deux termes. La densité et l'agglomération, de façon générique, renvoient à une pluralité de réalités, plus large que la population. En ce sens, *« l'existence d'une ville repose sur sa forte densité. Densité d'habitants mais aussi de toutes les autres réalités matérielles (bâti, objets mobiles) et immatérielles (information, communication, culture). En tant que situation sociétale, la ville implique la diversité maximale car, à la différence d'une concentration du même (comme dans un bassin minier), la ville suppose une altérité forte, de niveau suffisant pour « faire société »*. [Lévy, Lussault, 2003]. Par conséquent, cette densité traduit une forte diversité, au sein des villes, de ces réalités sociales, matérielles et immatérielles. C'est cette diversité qui rend favorable le développement de l'échange et des rencontres

permettant la vie en société. Cependant, nous verrons dans la suite de ce travail que cette diversité ne se fait pas forcément sans heurt. Certaines configurations urbaines sont l'expression d'une coprésence difficile.

Du point de vue fonctionnel, la diversité se traduit par une division et une différenciation de l'espace. Les villes ne sont pas des unités homogènes. Leur existence est fondée sur la diversité et la différence. La tendance à la différenciation de l'espace en différentes fonctions est donc prégnante, de façon constante, dans les villes. Le principe même de la ville impose la spécialisation. Il est dès lors possible de distinguer plusieurs formes de spécialisation pouvant s'enchevêtrer. Cette division de l'espace se joue selon les époques dans un système vertical à l'échelle d'un bâtiment ou dans un système horizontal, à l'échelle de la ville.

Dans la ville dite « classique », la spécialisation selon l'activité crée des regroupements géographiques en quartiers selon les métiers ou les corporations. D'autres formes de regroupement existent autour de liens familiaux, ethniques ou religieux. On retrouve ce genre de regroupement, comme le souligne Roncayolo, dans les villes de la Renaissance (Gênes, Florence, Bologne), dans les villes de l'islam classique et, dans une forme plus moderne, dans certaines grandes villes américaines tel que Chicago dans les années trente. Une autre forme de division de l'espace s'élabore autour de critères sociaux. À partir de l'époque classique entre la noblesse et le peuple. Cette division sociale s'accentuera avec l'industrialisation, entre des quartiers pauvres et des quartiers bourgeois.

1.1.3.2 La ségrégation ou l'expression spatiale d'une difficile coprésence

Les différentes formes de spécialisation de l'espace évoquées précédemment laissent imaginer une coexistence des individus se faisant dans une relative quiétude. Alors que la coprésence et la diversité sont des éléments fondateurs de la ville, la juxtaposition de réalités différentes et variées ne se fait pas toujours sans heurt. Certaines configurations spatiales traduisent cette difficile coexistence de réalités concrètes. La ségrégation, l'apartheid en Afrique du sud et le développement des ghettos aux États-Unis dans les années trente en sont les images les plus saisissantes. La différence s'exprime effectivement à travers différentes compositions territoriales sans pour autant renvoyer à des mécanismes forcés ou violents. Le processus de ségrégation fait franchir à la ville une nouvelle étape. Il s'élabore dans un contexte de tension entre des groupes d'individus. La

ségrégation, l'apartheid, traduisent une différenciation sociale, ethnique, économique ayant de profondes implications spatiales. Elles traduisent des configurations spatiales visant à séparer des réalités sociales et spatiales n'arrivant pas à coexister ou cohabiter ensemble. La ville se divise alors au gré de ces configurations.

La ségrégation spatiale met en lumière un principe de répartition de groupe d'individus fondée sur des principes d'inégalité et une mise à l'écart. *« La pratique de ségrégation s'appuie sur un arsenal de pratiques pour la plupart intentionnelles, de normes et de procédures qui, si elles sont inégalement codifiées et institutionnalisées, sont toujours prégnantes »* [Brun, 1994]. Qu'elle soit résidentielle, ethnique, urbaine, sociale…, la ségrégation regroupe dans un même espace des individus ayant les mêmes caractéristiques. À l'échelle de la ville, le regroupement des nationalités par quartiers dans le Chicago des années vingt est l'image la plus marquante des principes de la ségrégation. Elle révèle les logiques d'établissement des individus dans un contexte urbain et ethnique très diversifié. Louis Wirth a énuméré l'ensemble des facteurs pouvant concourir à la ségrégation : le lieu et la nature du travail, le revenu, les caractéristiques raciales et ethniques, le statut social, les coutumes, les habitudes, les goûts, les préférences, les préjugés, font partie des facteurs significatifs en vertu desquels la population urbaine est triée et distribuée en des localisations plus ou moins distinctes. *« Divers éléments de populations concentrées dans une aire d'habitat dense tendent ainsi à connaître une ségrégation d'autant plus forte que leurs exigences et leurs modes de vie sont incompatibles et qu'ils s'opposent les uns aux autres »* [Wirth, 1984]. La ségrégation s'élabore souvent à travers la recherche de protection ou de sécurité, le groupe exclu inspirant une forme de peur, souvent fantasmée ou imaginée, aux groupes dominants.

Les facteurs évoqués précédemment conduisent à trois logiques spatiales différentes : le regroupement, la mise à l'écart « volontaire » ou la mise à l'écart « subie ». Les processus d'implantation ethnique décrits par l'école de Chicago relèvent de cette logique de regroupement. Dans ce cas, la ségrégation est marquée par la forte concentration dans l'espace de marqueurs appartenant à une nationalité, par exemple les enseignes des commerces dans la langue de la nationalité la plus représentée dans le quartier ou le district. S'il existe des frontières, elles sont d'ordre symbolique ou imaginaire, la ville et ses différents quartiers restant des espaces ouverts. La mise à l'écart subie renvoie, dans la plupart des cas, à des formes d'enclavement structurelles et donc visibles dans l'espace.

La forme urbaine de l'apartheid en Afrique du sud relève, à l'extrême, de la logique d'une mise à l'écart subie. Elle s'élabore dans un degré supérieur à la ségrégation. Elle renvoie à un mécanisme institutionnalisé. La politique de l'apartheid est celle du développement séparé des populations selon des critères raciaux ou ethniques en assignant une zone géographique précise à ces populations. Cette politique élabore des règles d'assignation territoriale. Les aménités urbaines (moyens de transports, parcs, plages, bureaux de poste, toilettes publics) attribuaient des entrées ou des places séparées pour les « blancs » ou les « noirs ». Le phénomène des « *gated communities* » [Le Goix, 2002 ; Billard, 2005] traduit, quant à lui, une volonté de mise à l'écart choisie de certaines populations. Ce sont des quartiers résidentiels, parfaitement enclos, s'inscrivant *« dans une volonté individuelle et collective d'instaurer une séparation entre l'intra-muros et les quartiers environnants : séparation à la fois politique et sociale, voire fondée sur une discrimination (par l'âge, ou discrimination ethnique jusque dans les années 1960)»* [Le Goix, 2002]. Dans ce cas, la ville apparaît comme un milieu hostile. La ségrégation est produite matériellement par une clôture de l'espace permettant de se mettre en sécurité.

La ségrégation, l'apartheid ou toutes autres formes de mise à l'écart illustrent une réaction humaine spatiale à la présence de l'autre, de l'étranger. Ces réactions expriment et matérialisent les difficultés de la coprésence et de l'agglomération de population dans un espace. La coprésence, bien qu'induite par l'essence de la ville, n'est pas innée. Pour ce qui concerne la déficience, la mise à l'écart se traduit de plusieurs manières. Elle peut être le résultat d'une organisation sociale et spatiale historique mais aussi culturelle, basée sur des lois réglementant des espaces pour les populations déficientes. Cela induit une différenciation géographique. L'organisation spatiale peut aussi évoluer dans le temps passant de situation d'enfermement des populations déficientes à l'institutionnalisation et la reconnaissance sociale. Progressivement, les conceptions architecturales et urbanistiques vont porter ce cloisonnement à travers les constructions publiques et privées. Il en résulte des dispositifs spatiaux visant à se protéger, à se mettre à l'écart des « autres ».

1.2 - CORPS ET DÉCORS URBAINS : LE JEU DU VISIBLE ET DE L'INVISIBLE

Au-delà de l'aspect structurel de la forme de l'urbain et des valeurs aux fondements de la vie en société, les espaces urbains doivent être envisagés autour de l'idée de lieux de la présence/co-présence et de « l'habiter/cohabiter» [Lazzarotti, 2006]. Ces termes renvoient directement à la question de la « place » des individus dans la société et dans l'espace. *« L'habiter repose sur l'idée qu'au croisement du « où l'on est » et du « comment l'on y est », se trouve le « qui l'on est » ou, plus précisément, la part géographique de ce « qui l'on est », autrement dit la part de géographie qui entre dans l'élaboration de l'identité globale des hommes mais qui, aussi participe à sa construction »* [Lazzarotti, 2006]. La dimension identitaire de la présence d'un individu dans l'espace et sa manière d'y trouver une place en l'habitant revêt un caractère identitaire fort, tant individuel que collectif. En effet, l'enjeu est alors pour les individus de trouver leur « place » eux-mêmes. Cependant, cette place s'élabore aussi dans un contexte collectif : le principe d'un espace urbain ouvert et accessible à tous grâce à « la liberté, l'égalité et la fraternité » est-il un mythe plus qu'une réalité ? La population des espaces urbains est-elle segmentée ? Certains individus sont-ils plus acceptables que d'autres ? Une place est-elle faite à chacun ?

Habiter un espace, y trouver sa place, *« être dans un lieu ne va donc jamais de soi quand cela, en outre, ne dépend pas que de soi. Y avoir une place ou, plus exactement, un emplacement c'est-à-dire tenir en place, tenir une place – sa place peut être ? – dans un lieu, la prendre ou y être assigné, la chercher ou la trouver, etc »* [Lazzarotti, 2006].

1.2.1 - « Habiter » les espaces urbains

Pour O. Lazzarotti, « l'habiter » agit comme une grille d'analyse permettant de qualifier une manière d'être au monde. En utilisant cet angle d'approche, une première question simple s'impose : qui habite la ville ? Et comment l'habite-t-on ?

1.2.1.1 Quelles populations habitent les espaces urbains ?

S'interroger ici sur la nature de la population urbaine est fondamental. Cette question a une importance primordiale dans le cadre de l'aménagement du territoire. Se demander, « qui habite la ville ?», est nécessaire afin de savoir : pour qui les espaces urbains sont-ils aménagés? Pour quelles populations ?

Porter un regard sur les recensements de population donne donc un premier élément de réponse. Visant à mesurer la population française pour mieux s'adapter à ses besoins

[Insee, 2009], le recensement offre donc un repère statistique de l'organisation démographique d'un espace et loin d'être une simple photographie mesurée de la population, comme le souligne M. Bussi *« le mode de recensement des populations d'un état est souvent un miroir intéressant de son organisation sociale et territoriale, voire même de sa « culture »* [Bussi, 1999]. Sous l'égide du principe d'égalité dicté par la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, la France se refuse notamment aux statistiques ethniques alors que les États-Unis, le Royaume-Uni ou encore les Pays-Bas les pratiquent. La connaissance des caractéristiques de la population des espaces urbains français semble alors se réduire à des informations relativement simples (genre, âge, catégories socio-professionnelles…) donnant finalement peu d'indication plus précise sur la population urbaine. Elles constituent la part visible des « habitants » ayant gagné le droit d'être comptés. Le descriptif de la population est dans ce cas strictement démographique.

Ces indications basiques sur la population d'un espace sont pourtant riches d'enseignements et suscitent d'ailleurs un vif débat. Outre la controverse sur la pertinence de l'échelle des données utilisées et disponibles pour les chercheurs, le débat sur la discrimination positive a relancé celui du recensement de la population et plus précisément des statistiques ethniques[11]. Est-il permis de compter la population selon son appartenance à une race ? Les statistiques peuvent-elles permettre de combattre les discriminations ? Louis Schweitzer (Président de la Halde) s'oppose aux statistiques ethniques même s'il souligne l'intérêt d'étudier et de mesurer les discriminations :

> Louis Schweitzer, président de la Halde, la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'égalité.
>
> ***Vous êtes opposé aux statistiques ethniques ?***
> *Etudier et mesurer les discriminations est absolument nécessaire. C'est le combat de la Halde. Ces discriminations menacent l'unité du pays. Nous venons par exemple de réaliser une étude avec l'Ined « Trajectoires et origines ». En revanche, je refuse tout classement des gens en pseudo-catégories ethnoraciales, tout système les identifiant par leur appartenance ethnique et raciale.*
>
> ***Qui souhaite de telles statistiques ?***
> *Yazid Sabeg ne les souhaite pas. Simone Veil, dans son rapport au président de la République, en a parlé avec sagesse. La situation en France n'est historiquement pas comparable celle des USA ou de l'Afrique du Sud. Les notions de race ou d'ethnie, la France les rejette. L'article 1er de la Constitution, a-t-elle rappelé, assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens, « sans distinction*

[11] Le débat sur les statistiques ethniques est relancé, *Le Monde*, 7 mars 2009

> *d'origine, de race ou de religion ». Les statistiques ethniques seraient anti-constitutionnelles.*
> **Interview de L.Schweitzer parue dans Ouest France, le 16 avril 2009**

Plus largement, le recensement de la population montre que certains critères de catégorisation des populations renvoient à de véritables débats éthiques sur l'organisation de la société apparaissant lisse et sans aspérités. Mais où sont les Français d'origine africaine, où sont les personnes atteintes de déficiences ? Et surtout combien sont-ils ? Ne pas les compter suggère-t-il qu'on ne veut pas les voir ? Préfère-t-on oublier leur présence ?

Un autre point de vue consiste à se demander comment les collectivités territoriales elles-mêmes catégorisent leurs populations ? Un recensement sur les webs publics territoriaux donne un second élément de réponse. En effet, les webs publics apparaissent comme un outil de communication désormais important pour offrir des services ou des informations à la population d'une collectivité territoriale. Ainsi, l'ensemble des sites internet des villes participant au concours « Label Ville Internet » a été analysé. L'échantillon se compose de 209 sites internet de collectivités territoriales primées. L'objectif de la grille d'analyse construite a pour vocation d'étudier qui sont les publics ciblés par les webs publics territoriaux ? En examinant les sites internet, on remarque que les villes ciblent dès la page d'accueil des publics spécifiques. Cela permet de montrer, en partie, comment les collectivités territoriales se représentent leurs populations.

TABLEAU 1- 2

- ORIENTATION DES PUBLICS DÈS LA PAGE D'ACCUEIL DES SITES INTERNETS DE 210 VILLES FRANCAISES -

TYPE DE POPULATION	Fréquence %
Enfance & jeune	35,1 %
Seniors	10,6 %
Personnes handicapées	3,6 %
Autres populations	1,2 %
Aucune cible spécifique	49,3 %
TOTAL	100 %

© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

Les populations les plus souvent ciblées [cf. Tableau 01-2] sont les enfants et les jeunes. La moitié des sites internet leur accorde un espace spécifique dès leur page d'accueil. C'est le cas de 41% des sites internet. Les personnes âgées correspondent de façon plus limitée à une population cible, mais sont néanmoins présentes : 12% des sites internet les prennent spécifiquement en compte. Les populations atteintes de déficiences physiques, sensorielles ou cognitives disposent quant à elles d'une information spécifique dès la

page d'accueil du site sur seulement 9 sites internet des villes étudiées.
Cette approche soulève la question de la visibilité et par défaut celle de l'invisibilité des populations dans la ville.
Outils de communication largement utilisés par les collectivités territoriales et fortement visibles grâce au développement des réseaux et des connexions, les webs publics territoriaux en ciblant et en catégorisant les services et les informations pour certains groupes d'individus mettent en lumière le développement de services spécifiques en faveur de population particulière. Les jeunes, les seniors apparaissent comme des « publics cibles » pour lesquels certaines informations ou services sont indispensables. Ils sont clairement identifiés par les collectivités territoriales. Le cas des personnes handicapées est alors intéressant car peu considéré comme un public cible dès la page d'accueil et donc plutôt invisible.

Que cela soit dans le cadre du recensement de la population ou dans celui des catégories de public prises en compte par les sites webs territoriaux, la « catégorisation » des populations traduit bien un processus politique, sociale, éthique visant à accepter de compter ou de mettre en lumière et, d'une certaine manière, de rendre visibles certaines populations. Compter la population selon l'ethnie, l'origine ou des caractéristiques physiques soulève un vrai débat de société. Est-ce un acte de catégorisation à valeur discriminatoire, incompatible avec le principe de démocratie et du droit à l'anonymat ? Ou est-ce une façon de comprendre, de saisir la répartition géographique d'une population pour apporter une modification, une évolution de sa situation ?

1.2.1.2 Les indésirables des espaces urbains

Dans l'espace public se joue un certain nombre d'enjeux et de processus entre les dispositifs spatiaux mis en place par les pouvoirs publics et les pratiques spatiales et sociales des populations. Pourtant « habitant » de la ville, deux types de populations reçoivent notamment un traitement particulier de leur « place » dans l'espace public urbain : les Sans Domicile Fixe et les populations déficientes.
Pour les pouvoirs publics et les collectivités territoriales, l'espace public apparaît comme une vitrine donnant une certaine image de la ville. Or, certaines populations, notamment les SDF, *« sont souvent perçues par les pouvoirs publics comme des sources de désordre urbain. Ils sont porteurs de menaces à différents niveaux : moral, public et économique »* [Zeneidi-Henry, 2002]. Dès lors, des dispositifs législatifs aux fortes implications

spatiales sont mis en place afin de rendre invisible la population des Sans Domicile Fixe afin de ne pas troubler l'ordre urbain. Le développement des « *arrêtés municipaux anti-mendicité*» en est un exemple saisissant. Ces arrêtés révèlent la volonté des pouvoirs publics de ne pas vouloir « voir » ces individus ébranler l'ordre urbain, notamment poussés par les commerçants et l'attractivité économique. Les quelques exemples d'extraits d'articles de journaux ci-dessous expriment la parole des maires de quelques communes ayant pris des arrêtés municipaux anti-mendicité ou anti-SDF :

> *«Le maire de Gap (Hautes-Alpes), Pierre Bernard-Raymond (UDF-FD), a pris, vendredi 18 juillet, un arrêté restreignant la mendicité sur la voie publique. Jusqu'au 30 septembre est interdite dans les principales rues du centre-ville "la station assise ou allongée à même le sol, afin d'assurer la libre circulation des piétons"»*
> **Le Monde, 22 juillet 1997 - Un arrêté anti-mendicité à Gap**
>
> ---
>
> *«Raymond Couderc, maire UDF de Béziers (Hérault) a commis hier un nouvel arrêté municipal anti-vagabondage, qui interdit toute occupation.... la consommation d'alcool sur la voie publique et le regroupement des chiens, même tenus en laisse, du 9 mars au 30 septembre »*
> **Libération, 4 mars 1998 - Arrêté anti-SDF : Béziers récidive**
>
> ---
>
> *«Le maire de Vallon-Pont-d'Arc (Ardèche), Pierre Peschier, a pris un arrêté visant à expulser, sans les nommer, les personnes sans domicile fixe occupant le centre-ville de manière "abusive"»*
> **Le Figaro,24 juillet 2002 - Arrêté anti-SDF à Vallon Pont d'Arc**
>
> ---
>
> *«Cela devient indécent. On ne peut tolérer l'ivresse sur la voie publique et certains rassemblements entraînant des désagréments...»*
> **Le Parisien, 9 novembre 2006 - Les SDF désormais indésirables**

Trois éléments ressortent de ces exemples : tout d'abord la question de « l'ordre », la notion de « centre-ville » et la période d'application de l'arrêté. Le maire d'Argenteuil (Georges Mothron, Maire UMP) admet d'ailleurs clairement que *« notre volonté première est de changer l'image d'Argenteuil. Et c'est bien le seul moyen d'intervention »* [L'express, 24 août 2007].

Le développement de ces arrêtés stigmatise des individus et des comportements particuliers gênant le bon fonctionnement de la ville, à l'exemple des personnes ivres [*Le Parisien*, 9 Novembre 2006], des personnes stationnant assises ou allongées sur la voie publique [*Le Monde*, 22 juillet 1997] et des jeunes regroupés avec des chiens [*Libération*, 4 mars 1998]. La période d'application des arrêtés municipaux concernant ces

populations prend effet pendant la période estivale, période pendant laquelle la vitrine urbaine doit refléter ses meilleurs atouts pour attirer un maximum de touristes.
D'autre part, la zone d'application géographique de l'arrêté concerne le centre-ville ou les zones attractives, par exemple *« à Nice, l'arrêté anti-mendicité en 1997 concernait des zones bien précises. Il s'appliquait à un périmètre très large qui englobait « la promenade des Anglais, les boulevards Gambetta et Joseph Garnier, l'Avenue Mallausséna, le Boulevard Rimbaldi, la rue Caissini, le port, l'ensemble du vieux Nice et du Château (Nice Matin, 12 juin 2007)* » [Zeneidi-Henry, 2002].

Outre la problématique de la prise en charge de la pauvreté par les pouvoirs publics, soulevée par ces arrêtés, en mettant en lumière le centre-ville et la période estivale, deux processus d'éloignement et d'invisibilité apparaissent. Tout se passe comme si, pendant la période estivale, les individus susceptibles de nuire à l'attractivité urbaine devaient « disparaître » du centre-ville attractif. L'éloignement de cette population des centres-villes apparaît bien comme moyen d'action pour rendre invisible des comportements et des populations jugées comme nuisibles et ternissant l'image de la ville. L'exemple de Nice illustre là encore ce phénomène : afin d'appliquer le principe de l'arrêté pris par la municipalité les SDF étaient emmenés *« aux limites de la commune dans une maisonnette sommairement équipée sur les pentes arides du mont Chauve, à 10 kilomètres du centre-ville »* [L'Humanité, 7 août 1999]. Le problème n'est pas complètement nié mais éloigné, mis à l'écart et rendu volontairement invisible à une partie de la population urbaine. L'importance que les pouvoirs publics accordent à l'image de la ville, lisse et sans aspérités, la qualité de vie et le bien des uns, passent par l'exclusion et la mise à l'écart des autres jugés indésirables.

1.2.2 - La diversité : entre idéal politique du projet urbain et une difficile exposition sur la scène urbaine

Habiter dans un espace urbain et fréquenter les espaces publics suppose donc de côtoyer un ensemble de réalités (sociales, économiques, politiques, productives, culturelles…) plus ou moins hétérogènes. La diversité a été largement politisée pendant la dernière campagne présidentielle. De même, *« la mixité parce qu'elle correspond à une distribution équilibrée des populations dans l'espace, est devenue l'objectif majeur de la politique de la ville »* [Boquet, 2008]. Les configurations socio-spatiales passées et

actuelles révèlent le contraste entre l'affichage politique, médiatique de ces notions et les représentations, les modes d'actions et la réalité de ces idées.

1.2.2.1 Où sont les corps différents dans la ville ?

Dans le dessin des villes idéales, l'espace est lissé et constitué d'une population uniforme. Les hôpitaux ou autres lieux sanitaires sont présents, et dans tous les cas, sont relégués à la périphérie des villes. La ville idéale de Tony Garnier situe *« les établissements sanitaires (715 lits) sur la montagne, au nord du centre de la ville »* [Garnier, cité dans Choay, 1965]. Alors que Cabet les situe hors de la ville : *« Dans l'intérieur de la ville, point de cimetières, point de manufactures insalubres, point d'hôpitaux : tous ces établissements sont aux extrémités, dans des places aérées, près d'une eau courante ou dans la campagne »* [Cabet, cité dans Choay, 1965]. Non loin de cette philosophie, J-M Bardeau, lui-même atteint de déficience motrice, dans son « Voyage au bout de l'infirmité » illustre une autre forme de mise à l'écart à travers le choix de l'implantation en Bourgogne d'une structure d'accueil spécialisée pour personnes déficientes dans les années 1980 : *« son emplacement a été l'enjeu du prestige de quelques notables. Il sera situé loin de tout centre d'activités mais produira de l'emploi pour une main d'œuvre non qualifiée menacée par le chômage ou un relatif exode rural »* [Bardeau, 1985]. Les corps différents des personnes déficientes semblent définitivement admis au cœur de l'activité humaine et relégués dans des espaces peu denses ou la rencontre avec l'autre se fait plus rare.

C'est effectivement sous l'angle de la matérialité de l'espace à produire que les villes sont construites ; l'homme (en tant qu'individu libre penseur et corps) semble absent des réflexions. Une fois la ville érigée en modèle ou réellement construite, l'homme est placé au cœur de l'échiquier urbain, dans un espace adapté à ses besoins (selon les architectes), où le mode de vie (le plus adéquat selon la philosophie en question) est imposé par le cadre dans lequel il a été placé. Chacun des théoriciens ayant formalisé leur pensée sur la ville a eu à cœur de résoudre les problèmes sociaux, les tares urbaines de leur époque en proposant un nouveau modèle de ville chargé de dissoudre ces problèmes. Pourtant, il s'avère que la différence n'est pas intégrée et que chacune des théories développées s'articule autour d'un corps normé.

Une approche idéale de l'espace public consiste à le voir comme un espace d'accueil. Toutes les populations devant y trouver une place, leur place. C'est aussi une scène

urbaine dans laquelle des corps déambulent (pour eux mêmes) et proposent leurs corps et comportements à la vue de tous les autres, déambulants eux aussi dans cet espace**.** L'expérience urbaine crée les conditions d'une existence publique [Mongin, 2005] ; elle oblige constamment à faire passer les individus de leur espace privé (le chez soi) à l'espace public. En sortant de chez eux, deux processus se façonnent, l'extériorisation et l'exposition du corps. Le fait de sortir de chez soi implique d'endosser un certain nombre de règles de comportement à la fois pour évoluer en public sans troubler l'ordre social tout en profitant des différents services et possibilités offerts par le caractère public de l'espace. Cela mobilise des connaissances et des compétences particulières. Implicitement, l'acte même de sortir de chez soi renvoie à une expérience corporelle et sensorielle forte. L'expérience urbaine implique d'exposer son corps aux autres, de le mettre en scène dans l'espace public.

1.2.2.2 La crise des espaces publics ou les indésirables hors de la ville ?

Les différents processus de mise à l'écart évoqués précédemment soulignent une certaine volonté, pour des individus ou des groupes d'individus, de ne pas se confronter à la diversité contenue dans l'espace public. Ces processus révèlent une volonté de maîtrise de son rapport à l'autre. Que ce soit par le cloisonnement matériel ou par le regroupement spatial, on voit se dessiner un repli sur le « connu » (dans le cas des regroupements ou de la mise à l'écart choisie) ou une vive opposition à la présence de « l'autre », inconnu. Le repli s'effectue alors par une appropriation de l'espace (par une nationalité par exemple), par une « privatisation » de l'espace (cas des *gated communities*), ou par l'assignation territoriale d'une population induisant par voie de conséquence le rejet, et l'interdiction d'accès aux autres espaces. Ces éléments attirent l'attention sur les fondements idéologiques et idéaux des espaces publics. Si elle apparaît comme le dispositif topographique le plus approprié au développement de l'échange et de la rencontre, c'est aussi le contenant de la diversité et de la différence. Les espaces publics des villes devraient en être le symbole. Par définition accessibles à tous, ils résument en quelque sorte la diversité urbaine. Ce sont eux qui expriment le mieux le principe de coprésence. La totalité des espaces publics d'une ville reflète le champ des pratiques sociales et spatiales possibles dans la ville, chacun des citoyens pouvant y avoir accès. Cette dimension « accessible » des espaces publics semble renvoyer pourtant à l'expression mythique d'un idéal plus qu'à une réalité concrète. L'espace public, ou la rue, sont des

« espaces physiques et sensibles de coprésence de deux étrangers» [Joseph, 1998]. Ce sont donc des scènes urbaines présentant le spectacle de la différence humaine.

Cette approche de l'espace public introduit deux questions :
Tout le monde est-il réellement le bienvenu dans les espaces publics ? Tous les spectacles sont-ils acceptés et observés dans ces espaces ? Par ailleurs, tous les citoyens y ont-ils vraiment accès ? Tous les citoyens possèdent-ils les compétences (décryptage des informations, signes et comportements adaptés) normatives attendues pour utiliser ces espaces ?

Ces deux questions font appel à la fois aux concepteurs et aux régulateurs politiques des espaces publics urbains ainsi qu'aux individus pratiquant ces espaces. En prenant l'exemple du piéton obéissant à un certain nombre de codes pour éviter de se cogner les uns dans les autres, E. Goffman a démontré qu'il se jouait dans les espaces publics un ensemble de comportements interactionnels et normatifs. L'ensemble de ces codes induisent et garantissent un contrôle de l'ordre public. Que se passe-t-il alors si des corps ou des comportements sont hors normes ?
R. Sennett répond que marcher dans les rues de New York, *« c'est constater que la différence et l'indifférence aux autres vont malheureusement de pair. L'œil voit des différences auxquelles il réagit avec indifférence »* [Sennett, 1990]. L'indifférence n'est pas la seule réponse à la présence de la différence. L'écartement, ou le changement de direction, peuvent aussi être des moyens de ne pas faire face en évitant soigneusement la différence. De façon plus extrême, une exclusion de l'espace public peut être décidée. C'est le cas des logiques invisibles et dissuasives d'aménagements urbains envers les plus démunis par le développement par exemple d'un certain type de mobilier urbain. C'est le cas aussi des « arrêtés » anti-mendicité pris par certaines villes et visant à interdire l'accès du centre-ville aux mendiants, comme présenté précédemment. Ces exemples montrent la difficulté pour l'ensemble des publics, les aménageurs autant que les usagers, à garantir la diversité et l'accès pour tous, cela traduisant ainsi une crise des lieux publics. Cette crise des espaces publics se manifeste dans l'acceptation de l'usage des espaces publics par toutes les populations, sans vouloir réellement les voir, sans qu'elles trahissent l'ordre public. Une forme de « neutralisation », de lissage de l'espace public se développe. Face à ce gommage des aspérités urbaines, le mythe de l'espace public s'effondre. Il ne doit pas laisser apparaître le désordre urbain. Tout ne peut pas y être exposé. Certains individus

préfèrent, d'eux-mêmes, réduire leur intrusion dans ces espaces. C'est l'exemple des personnes âgées pour lesquelles *« ne plus sortir, pour bien des vieilles personnes, est autant le résultat de handicaps concernant la motricité, que de la volonté de ne plus risquer l'exposition aux autres dans les lieux publics, ou la perte de compétence dans la reconnaissance des signes urbains ou bien encore la concurrence des plus jeunes sur le terrain de la circulation »* [Clément, Mantovani, Membrado, 1998].

Les usagers des espaces publics vivent alors dans une tension permanente entre l'exposition de leurs corps, de leur apparence, (que montrent-ils ? que souhaitent-ils montrer ?) et l'observation. Les concepteurs des espaces publics sont, eux aussi, confrontés à une dissension entre le rôle de l'espace public et la présence des populations indésirables pouvant ternir l'espace urbain.

1.2.3 - Le corps et l'espace

En mettant en parallèle le corps et l'espace comme concepts clés du rapport des sociétés à la différence, les notions de sens et de distance vont apparaître comme deux notions ayant des caractéristiques comparables, au centre des processus spatiaux se jouant dans l'espace public urbain.

1.2.3.1 Les sens et la distance au cœur de l'interaction entre le corps et l'espace

Appréhendés seuls comme des entités simples, le corps et l'espace apparaissent comme des cadres matériels ou des supports fonctionnels, l'un assurant les fonctions vitales propres à la condition humaine et l'autre offrant la structure physique de la vie en société. Ces deux entités ont des caractéristiques communes. Ainsi, tout comme l'espace *« est là mais nous n'en parlons pas »* [Hall, 1959], le *« corps semble aller de soi »* [Le Breton, 1990] car *« la vie apparemment nous l'impose quotidiennement »* [Bernard, 1995]. Le corps et l'espace sont deux entités existant à travers nous. Présents par essence, le corps et l'espace ont donc une forte dimension matérielle comme condition première de l'existence humaine mais existent aussi et se révèlent dans un tissu de relations idéelles. Tous deux s'épanouissent dans un système de relations complexes faisant appel aux dimensions culturelles, sociales, politiques, économiques, psychologiques de la condition humaine. Ils n'existent pas en soi mais interagissent et prennent l'un et l'autre une consistance à travers ce système de relations.

Le corps dans ses dimensions matérielles et idéelles, apparaît comme l'acteur essentiel de la condition urbaine. Il interagit directement avec l'espace. La dimension corporelle de

l'expérience urbaine se dessine donc : *« le corps est, explicitement ou implicitement, le moyen par lequel nous nous plaçons dans un milieu physique et nous prenons la mesure de ses dimensions »*. [Murphy, 1987]. C'est à travers les notions de « sens » et de « distance » que se joue, semble-t-il, cette interaction entre le corps et l'espace. Merleaux-Ponty place le corps dans un milieu comme condition d'existence et d'être au monde, *« avoir un corps, c'est pour un vivant se joindre à un milieu défini »* [Merleau-Ponty,1945]. Au-delà des fonctions biologiques et physiologiques de l'être humain, ce sont ses perceptions qui les mettent directement en relation avec l'environnement extérieur et sont le garant de son existence. C'est à travers nos cinq sens (la vue, le goût, l'ouïe, l'odorat, le toucher) que se construit notre rapport au monde qui nous entoure, *« c'est en lui [le corps] et par lui que nous sentons désirons, agissons, exprimons et créons »* [Bernard, 1995]. C'est donc en premier lieu à travers les sens que l'interaction entre le corps et l'espace apparaît. Les sens permettent au corps de se situer et de prendre conscience de l'espace.

En introduisant la distance dans l'interaction entre le corps et l'espace, on est en mesure de comprendre la place des hommes entre eux. Comment l'homme utilise et construit-il l'espace ? Comment chaque corps se positionne par rapport aux autres dans l'espace ? La proximité ou la distance revêtent un fort caractère symbolique, social et culturel. Nous avons vu précédemment que l'espace public impliquait la coprésence des individus et donc des corps entre eux, c'est donc un espace interactif. Les corps sont souvent proches des autres mais se touchent peu, *« il n'est rien que l'homme redoute davantage que le contact de l'inconnu »* [Canetti, 1966]. Canetti en travaillant sur « les masses », au sens collectif et social du terme, à mis à jour *« la phobie du contact »* et c'est précisément ce que E.T Hall a étudié en développant le terme de « proxémie » [Hall, 1966]. Le contact physique avec les autres, le corps à corps, n'est pas inné entre les individus. Une confrontation directe avec l'autre intervient dans l'espace public. Un ensemble de distance s'établit donc entre les individus notamment en raison de cette phobie du contact entre les inconnus. Les sens et la perception interviennent dans le positionnement d'un corps par rapport aux autres, c'est précisément le processus perceptif à travers lequel s'élabore un ensemble de distance. E.T. Hall l'a étudié en distinguant quatre types de distance entre les individus qu'il a étudiés chez des sujets américains. Ainsi, les rapports entre les individus se jouent dans une distance allant de l'intime jusqu'au publique. À chacune de ces distances, les sens interviennent différemment. Dans la sphère de l'intime

et du personnel (mode proche) le contact avec l'autre à travers le toucher est normal. Dans la sphère personnelle (mode lointain) jusqu'à publique, on ne touche plus l'autre sauf dans des circonstances de foule ou d'accident non souhaité. Dans ce cas, le contact est extrêmement codifié.

En tant que point d'entrée, la distance et la perception (les sens) permettent de mettre en évidence l'interaction entre l'espace et le corps. Comment cette interaction s'élabore entre les individus ? L'espace urbain doit être envisagé comme un milieu sensible. Le regard des anthropologues, notamment E.T Hall, R. Sennett, et des psycho-environnementalistes permet de comprendre que l'espace n'est pas un simple décor [Moser, Weiss, 2003], ni un simple support matériel. Les travaux menés sur l'espace public notamment par Sennett, Goffman, Joseph, suggèrent que l'espace urbain doit être envisagé comme *« un espace sensible, dans lequel évoluent des corps, perceptibles et observables, et un espace de compétences, c'est-à-dire de savoirs pratiques détenus non seulement par des opérationnels et des concepteurs, mais aussi par des usagers ordinaires »* [Joseph, 1998]. L'espace urbain fait intervenir directement les sens : le toucher, l'odorat, le goût, la vue, l'ouïe agissent comme des filtres pour pouvoir lire l'espace, y accéder et se l'approprier. Notre corps habite donc *« l'espace au moyen de chacun de ses sens, espace visuel bien sûr, mais aussi sonore, tactile ou olfactif »* [Chelkoff, Thibaud, 1992]. De nombreux travaux sur les ambiances urbaines, notamment menés par le CRESSON[12], mettent en évidence l'importance des sons ou de la luminosité dans les interactions et les comportements se jouant dans l'espace public.

L'aspect sensible de la condition urbaine, en mobilisant les sens révèle la question de l'intégrité du corps humain. Que se passe-t-il si l'habitant urbain est privé d'un de ces sens ? Le déplacement et l'accès à la ville, en mobilisant les sens suggèrent que l'accès à l'espace urbain nécessite l'apprentissage d'un certain nombre de Savoir pour être en mesure d'en décrypter les codes, les rites [Goffman, 1973].

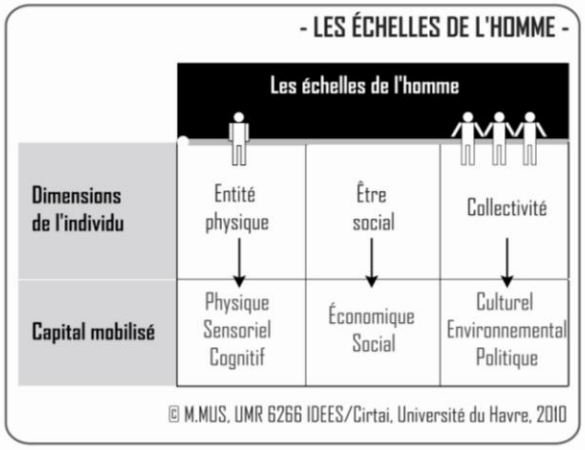
1.2.3.2 L'espace urbain, le corps et la compétence de mobilité

La compétence de mobilité est un processus mobilisant différentes ressources de l'être humain. Quelles ressources, quel capital l'individu mobilise-t-il et quels sont les

[12] Centre de Recherche sur l'Espace Sonore et l'Environnement urbain, UMR 1563 CERMA-CRESSON

enjeux des compétences de mobilité dans la pratique des espaces bâtis ? Une distinction entre l'homme comme entité physique, puis comme être social et enfin dans sa dimension collective sera effectuée [cf. Schéma 1-1] pour comprendre quel capital est mobilisé en fonction de ces différentes dimensions.

SCHEMA 1- 1



Premièrement, un certain nombre de ressources concernent les capacités physiques d'un individu. En l'état donné d'un moyen de transport par exemple, un individu doit avoir un certain capital physique (bras, jambes…) pour pouvoir à la fois accéder et utiliser ce moyen de transport. Cela implique donc d'être capable de monter et descendre dans un bus, un avion, une voiture, un train… Il est aussi nécessaire d'être en mesure d'utiliser les services à l'intérieur du bus, du train, (accès aux toilettes, au chauffeur pour payer…) et enfin de pouvoir se garer ou attendre un véhicule. Si les capacités physiques d'un individu ne sont pas en adéquation avec la forme (matériel) du dispositif de transport, il ne pourra pas en faire usage et se trouve donc exclu du mouvement. Dans la même logique, le capital sensoriel mobilisable joue un rôle déterminant dans le cadre de la mobilité. La ville renvoie à une expérience physique et sensorielle. Dans le cas d'une personne n'ayant pas de déficience, le goût et l'odorat interviennent peu. Par contre le toucher, l'ouïe et la vue sont intégrés à la perception de l'environnement (danger de la circulation par exemple) et à l'interaction avec celui-ci. L'accès à l'information sonore (danger de la circulation, mais aussi information sur le réseau de transport, interaction avec le guichetier pour acheter son billet ou avoir des informations) et à l'ambiance urbaine, (accès à l'information lisible) sont des éléments importants dans un déplacement. L'accès à l'information visuelle pour être capable de décrypter un panneau, un plan de réseau ou pour aller jusqu'à un guichet, jusqu'au quai… mobilise fortement la vue. D'autre part, l'espace transmet un ensemble de signes et d'informations qu'il est nécessaire de savoir décrypter pour aborder l'acte mobilitaire. Le capital cognitif, au sens de la connaissance et de la conscience des objets et de l'environnement, entre donc en jeu dans l'accès à la mobilité. La capacité à lire les informations données (sous forme de pictogramme, de dessin, ou d'écriture) et à demander des informations, soit à être capable de communiquer, sont des éléments

importants pour appréhender l'usage d'un système de transport. D'autre part, la mobilité nécessite effectivement d'avoir intégré un certain nombre de règles, de codes de conduite, dans le cas de l'usage d'un véhicule personnel, ou de connaissance des réseaux, du mode de paiements, etc.

Deuxièmement, le capital économique intervient fortement dans l'acte mobilitaire. Avoir à disposition un certain capital économique est la condition pour avoir accès, dans la légalité, aux différents modes de transports, qu'ils soient individuels ou collectifs. La maîtrise d'un territoire implique de s'être approprié les normes d'usage. À la fois du point de vue technique (acheter un ticket, le valider, demander l'information) ainsi que du point de vue du comportement à adopter dans un espace collectif.

L'acquisition ou non de ces différentes formes de capital conditionne l'accès à la mobilité et à l'usage de l'espace urbain. Si les capacités physiques, sensorielles, cognitives, économiques ou sociales manquent à un individu alors il peut se trouver en situation d'exclusion face au déplacement et donc en situation de handicap.

Un lien est clairement établi par E. Le Breton, entre des individus ayant accès à la mobilité et par voie de conséquence au monde réticulaire, et ceux qui n'y ont pas accès se retrouvant alors « assignés à résidence ». Dans ce cas, *« la capacité de mobilité et le statut social d'un individu croissent ou décroissent de concert. Le pauvre est immobile et l'immobilité disqualifie »* [Le Breton, 2005]. La corrélation est manifeste entre la mobilité et le capital économique, social, physique, sensoriel et cognitif. Elle ne suffit cependant pas à expliquer le processus de mobilité ou d'assignation territoriale. Ces différents types de capital jouent un rôle prépondérant dans l'acte de mobilité mais s'inscrivent dans un environnement et un contexte plus large. Une fois encore cela met en perspective la dichotomie active entre ceux qui construisent et gèrent les espaces urbains et ceux qui les pratiquent au quotidien.

1.2.4 - Quand l'environnement fait obstacle

Les conceptions du « handicap » ont évolué en modifiant le « lieu » du handicap. Un transfert s'opère dans le soin apporté aux populations déficientes du corps malade à l'espace comme responsables de situations handicapantes.

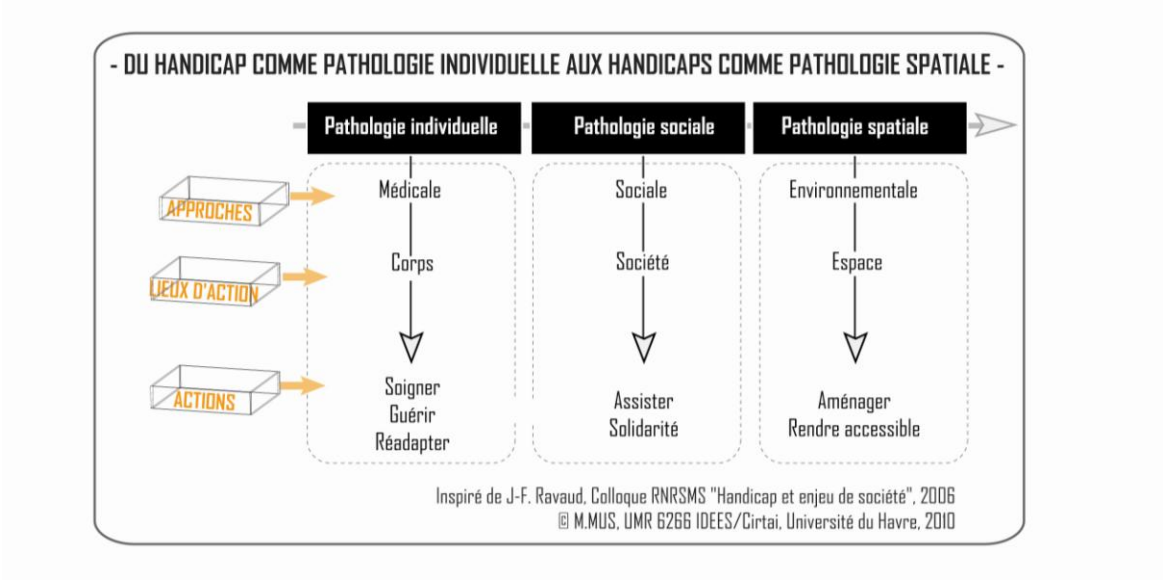
1.2.4.1 Du corps lieu du « handicap » à l'espace

Dans la conception médicale du handicap, le corps apparaît comme le lieu d'action, la médecine s'empare de lui pour le soigner et le réadapter. Peu à peu, l'État en

développant la solidarité sociale a pris en charge les populations étant dans l'incapacité de subvenir à leurs besoins vitaux. Des systèmes de compensations du handicap sous forme de pensions ou d'accès à la rééducation font basculer le handicap d'une pathologie individuelle à une pathologie sociale. Dans la logique d'assistance c'est la société qui doit intervenir pour permettre aux « handicapés » d'être des citoyens à part entière. Pourtant les leviers politiques, économiques et sociaux ne suffisent pas. Certaines associations, notamment l'Association des Paralysés de France, puis la Classification Internationale du Handicaps émise par l'OMS vont faire ressortir l'idée que le handicap réside aussi dans l'inaccessibilité d'un lieu. Le handicap apparaît donc comme une pathologie spatiale au sens où le cadre bâti urbain n'apparait pas adapté aux populations déficientes. Ainsi, c'est en agissant sur l'accessibilité de l'espace que les populations déficientes pourront acquérir une place dans la société par l'accès aux bâtiments recevant du public, aux écoles, aux commerces, aux moyens de transports. L'accessibilité devient un levier d'action important à partir des années 1980 mais extrêmement difficile à mettre en place. En 1975, la loi du 30 juin d'orientation en faveur des personnes handicapées constitue la première base législative réelle concernant la place de cette population dans la société française. Pourtant l'accessibilité y tient une faible part. C'est la loi du 11 février 2005 qui affirmera clairement le développement de l'accessibilité comme une obligation légale pour les collectivités territoriales. Un regard actuel sur les villes montre que l'accessibilité est en plein développement mais de façon encore trop souvent ponctuelle ou mal-conçue.

Dès lors, il apparait clairement que les lieux d'actions en faveur du handicap ont évolué du corps de l'individu à la société puis à l'espace. Qu'il s'agisse du système productif ou même du système urbain, l'objectif n'est plus de réadapter le corps pour qu'il évolue dans un espace normatif, mais d'adapter et de réaménager l'espace afin qu'il corresponde aux capacités des individus atteints de déficiences.
L'évolution du handicap d'une pathologie individuelle à une pathologie spatiale ne doit pas être envisagée de façon linéaire, l'une laissant strictement la place à l'autre [cf. Schéma 1-2, p 65]. Ces trois approches traduisent l'évolution des conceptions du handicap mais interagissent dorénavant ensemble dans la société.

SCHEMA 1- 2



1.2.4.2 L'icône du handicap comme forme d'assignation spatiale d'une catégorie de population

Le regard et la gêne que peuvent occasionner la présence d'individus dans l'espace public jouent un rôle important dans la volonté de rendre invisible certaines populations. À l'exemple des sans domicile fixe que l'on ne veut pas forcément voir aux pieds de nos commerces. À l'inverse, les populations déficientes se distinguent des populations marginalisées comme les sans domicile fixe par un phénomène de « marqueur spatial ». Le logo universel du handicap est « l'image » la plus répandue de la « personne handicapée » dans les espaces urbains, largement diffusée : le logo blanc sur fond bleu [cf. Encadré 1-2]. Plus qu'une simple représentation graphique à valeur strictement informative, ce logo a une forte dimension symbolique. Cela pose un problème de simplification de l'image du handicap et fait oublier la diversité des situations existantes.

ENCADRE 1- 2

Comme le souligne F.Saillant et P. Fougeyrollas *« l'icône du handicap parle d'elle-même et révèle la hiérarchie implicite des incapacités : celui qui est en fauteuil représente dorénavant « le handicapé ». Celui qui ne marche pas ou peu est mis en avant de la scène »* [Saillant, Fougeyrollas, 2007]. Cette

icône représente la part explicitement visible, repérée et repérable des personnes handicapées. Tout en homogénéisant la « forme » des personnes handicapées autour d'un objet unique : le fauteuil roulant, l'icône du handicap, est un fort marqueur spatial. Il permet d'indiquer l'accessibilité possible des personnes handicapées dans un espace, ou dans certains cas l'entrée ou le cheminement que les « personnes handicapées » doivent emprunter pour pouvoir pénétrer dans un lieu. S'il indique en quelque sorte la capacité d'accueil dans un lieu envers les « personnes handicapées », par défaut il lui assigne aussi une place, un cheminement à suivre. La présence de cette icône sur la scène urbaine a donc deux effets. La mise en lumière de l'existence de cette population d'une part, mais dans un cadre très précis et souvent restreint d'autre part.

Si l'approche peut sembler extrême, on retrouve dans l'ancrage spatiale du logo « personne handicapée » une forme d'assignation spatiale caractéristique de l'apartheid pendant laquelle les noirs et les blancs avaient une place définie pour l'usage de l'espace public. Dans le cas de l'apartheid en Afrique du sud, cette situation est le résultat d'un processus politique amené par une idéologie raciste et discriminatoire. Comme le montrent les photos 1-1 et 1-2 ci-dessous, une séparation à l'aide de panneaux est réalisée pour diviser l'usage de l'espace entre les « blancs » et les « noirs ». Cela indique la place ou le cheminement dont dispose chaque personne dans l'espace public.

PHOTO 1- 2

- LA SÉGRÉGATION SPATIALE PENDANT L'APPARTHEID
en Afrique du Sud -

Un panneau indique que la plage est réservé aux "blancs" à Strandfontein près de Cap Town
- Afrique du Sud en janvier 1985-

Source: United Nations Photo
www.unmultimedia.org

PHOTO 1- 1

- LA SÉGRÉGATION SPATIALE PENDANT L'APPARTHEID
en Afrique du Sud -

Un arrêt de bus à Johannesburg pendant l'appartheid.
La photo montre l'existence de deux arrêts et deux files d'attente distinctes.
- Afrique du Sud en janvier 1982-

Source: United Nations Photo
www.unmultimedia.org

En ce qui concerne le logo « personnes handicapées », là aussi la place ou le cheminement répondant aux normes d'usages pour les personnes se déplaçant en fauteuil roulant est signalé [cf. Photo 1-3 et 4]. Les panneaux signalant l'entrée ou le cheminement pour les personnes à mobilité réduite traduisent, comme dans le cas de l'apartheid, une forme d'assignation territoriale induite par l'obligation de suivre un cheminement spécifique pour pouvoir accéder à un lieu ou un service.

PHOTO 1- 3

Dans le cas des populations déficientes, l'assignation existe presque par défaut puisqu'elle naît de la possibilité ou non d'accéder à un lieu. Cependant, elle dénote une idéologie urbanistique et architecturale fondée autour de la construction de lieux pour les personnes valides. Si l'espace n'est pas adapté, les personnes déficientes n'ont pas d'autres choix que d'emprunter un cheminement différent. En proposant un itinéraire prédéfini et spécifique, à l'écart de l'itinéraire emprunté par les personnes dites « valides », on répond à un défaut de prise en compte de ces populations à la base de la conception architecturale. La visibilité des « personnes handicapées » et

PHOTO 1- 4

leur existence comme une population faisant partie intégrante des espaces urbains ne sont pas pleinement assurées. Cela introduit la discrimination et la ségrégation de l'espace.

CONCLUSION :

L'ESPACE URBAIN : MILIEU SENSIBLE, MILIEU HOSTILE ?

L'espace, en mettant en scène l'organisation des collectivités humaines est le point de convergence des enjeux sociétaux, éthiques et économiques. Les premiers phénomènes de regroupements humains se sont élaborés autour de l'échange et de la protection. Progressivement, la mobilité apparaît comme le critère, la capacité ayant valeur de reconnaissance sociale. La vitesse, le mouvement deviennent des enjeux importants des sociétés occidentales. Les voies de circulation sont des couloirs du mouvement où les corps et les moyens de transports se déplacent en entrant peu en contact les uns avec les autres.

D'autre part, la condition urbaine suppose la coprésence et la coexistence des individus. Le développement de dispositifs urbains ou de politiques ségrégatives mettent en lumière le jeu complexe d'interactions se construisant dans les espaces communs et partagés de la vie citadine. La différence fait peur. Une ambivalence s'élabore alors entre une volonté de sauvegarder, de maîtriser l'ordre public et les rencontres imposées par la condition urbaine publique.

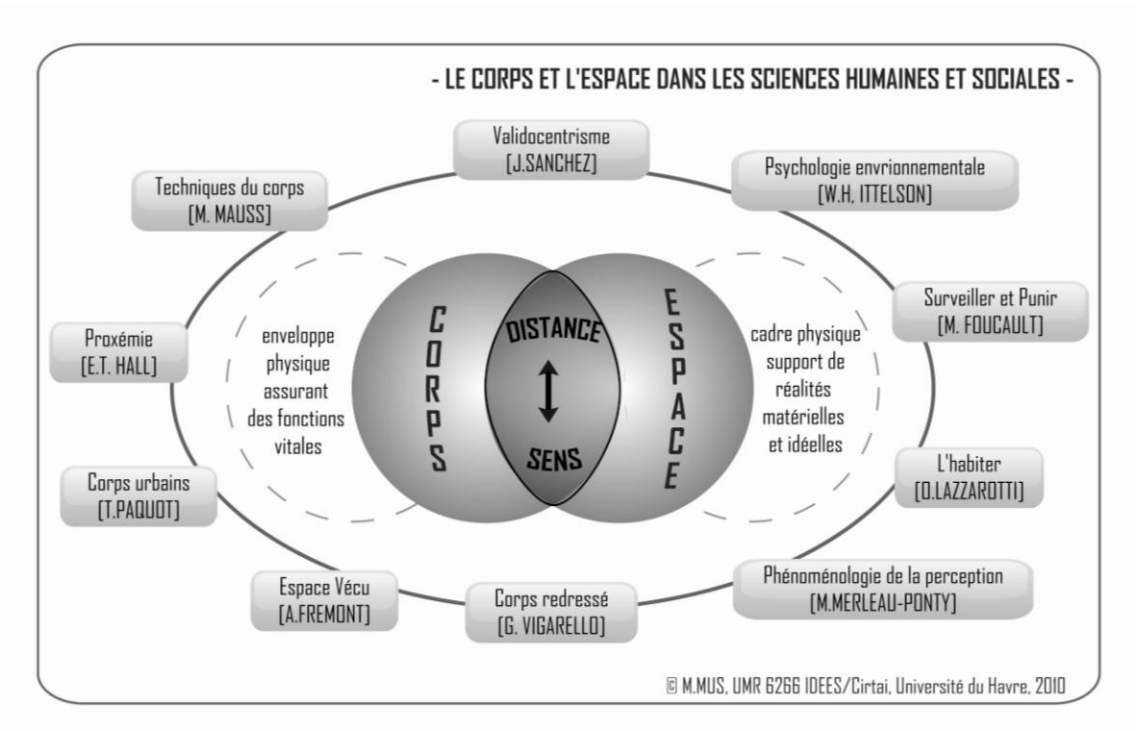
Si la ville est appréhendée comme un espace sensible, mobilisant sens et compétences, tous les individus ne sont pas égaux devant les ressources de l'urbain. Si la mobilité, la vitesse, sont des valeurs urbaines contemporaines, tous les individus ne sont donc pas égaux devant elles. Si la coprésence et la coexistence des individus ne sont pas évidentes entre elles, elles apparaissent comme le défi urbain de demain. C'est là qu'apparaît l'ambigüité du projet urbain contemporain mettant à mal la capacité de la société à organiser sa vie collective en intégrant tous les individus.

En tant que cadre matériel, *« un premier critère relatif à la forme d'une ville renvoie à la capacité pour un corps individuel de s'y mouvoir à l'infini. Une ville doit rendre possible des trajectoires corporelles dans tous les sens (4 points cardinaux) et à tous les niveaux (horizontal, le haut, le bas, le souterrain) »* [Mongin, 2005]. Pour que cela soit possible, deux conditions sont nécessaires. La première renvoie à la perception de l'espace. Les sens de l'homme entrent en jeu dans la perception qu'ils ont des espaces urbains, les représentations et les images qu'ils en construisent. Les déplacements des individus font appel aux sens et aux compétences. La seconde condition fait appel à la capacité des espaces urbains à être lisibles. Dans ce cas, les producteurs et les concepteurs de l'urbain ont un rôle à jouer. Comme le souligne A.Moles, *« le cadre, c'est matériel, je le subis, j'y*

réagis » [Moles, 1986]. Donc, en mobilisant les sens, les compétences et les capacités de l'être humain, l'espace urbain, s'il est inadapté, peut apparaître comme un milieu hostile, comme une jungle urbaine.

L'approche géographique des populations déficientes met en lumière une dimension fondamentale de la vie en communauté. En s'intéressant aux réactions et représentations sociales, on comprend mieux les réalités spatiales et le fonctionnement des processus d'exclusion, d'intégration, d'appropriation ou non de l'espace urbain.
Le corps et l'espace [cf. Schéma 1-3] en tant qu'entités fondamentales de notre existence ont largement été investis par les sciences humaines et sociales (Mauss, Merleau-Ponty, Hall, Sanchez, Vigrallo, Paquot, Lazzarotti, Frémont…). Indépendamment ou non les liens entre les deux concepts apparaissent dans de nombreux travaux dans l'ensemble des sciences humaines et sociales (techniques du corps, la phénoménologie de la perception, proxémie, validocentrisme, le corps redressé, les corps urbains, l'habiter, l'espace vécu…).

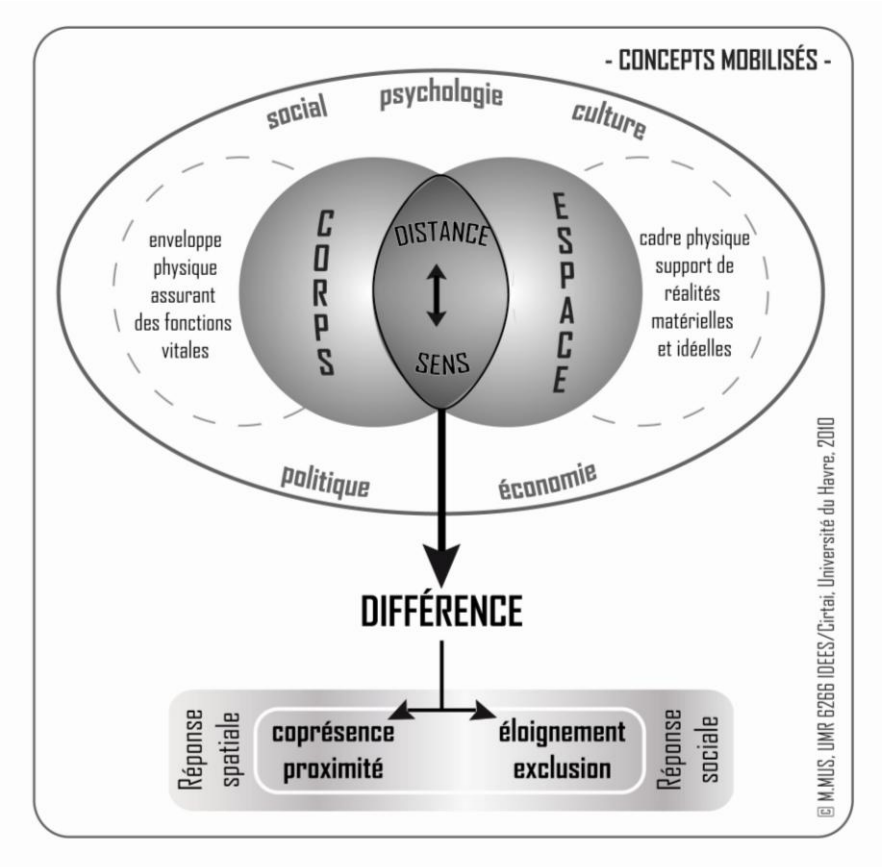
SCHEMA 1- 3



Ces deux concepts [cf. Schéma 1-4, p71] recouvrent donc une forte dimension spatiale à l'intersection desquels la mobilisation des notions de « sens » et « distance » interroge la problématique de la place des individus dans la société par le biais de la différence.

Les populations déficientes représentent des individus « différents » pour lesquelles la question de place d'un point de vue individuel, social, spatial et politique, dans la société est fondamentale. L'éloignement ou la proximité, la coprésence des individus dans des espaces communs traduisent des réponses sociales et spatiales à l'acceptation ou non de la différence. Dès lors, dans la mesure où la place des populations déficientes dans la société dépend en partie du niveau d'accessibilité des espaces communs urbains, elle apparaît comme un levier pour permettre l'intégration de ces populations dans la société.

SCHEMA 1- 4



Les déficiences sont donc au cœur d'une problématique sociale posant de nombreuses questions : celle des politiques publiques de santé et d'aménagement des gouvernements mises en place sur les territoires ; celle de l'urbanisme, et de la prise en compte des populations particulières dans la construction et l'aménagement des espaces de façon à garantir l'intégration de tous, et la qualité de vie. La place des corps différents dans l'espace sera interrogée à travers deux angles d'approche. Tout d'abord, un regard géo-historique retracera l'évolution des conceptions et représentations sociales face aux différences corporelles ou mentales. Puis, le corps sera replacé dans l'histoire des conceptions matérielles de l'environnement humain au cœur de la pensée architecturale et urbanistique.

Chapitre 2
La différence a-t-elle droit de cité ?

L'expérience urbaine recouvre plusieurs dimensions. C'est une expérience physique, sensorielle, cognitive pour nombre d'individus : l'urbain est cadre de vie. C'est aussi un produit social, culturel, économique, politique pour ceux qui construisent, aménagent et gérent les espaces urbains. Comment la différence et le rapport à l'autre sont vécus par la population urbaine ? De quelle façon les pouvoirs publics acceptent-ils les populations marginales dans leurs espaces urbains ?

Comme le souligne B.Gleeson, la réponse à cette question ne se trouve pas dans le présent. «*The social position of disabled people in society can be fully understood only through socio-spatial analysis of lived experience, past and present*[13] » [Gleeson, 1999]. Il est nécessaire d'analyser l'histoire du handicap puis celle de l'architecture et de l'urbanisme à travers la place et les représentations des corps différents. De nombreux travaux, notamment ceux de l'anthropologue H-J. Stiker (1997) mais aussi M.Foucault (1972), M.Gauchet (1980), M.Vial (1996), retracent l'histoire des personnes handicapées. Il s'agit de s'appuyer dessus pour mettre en lumière la dimension spatiale de leur histoire, en tant qu'évocateur de leur « place » dans la société. H-J Stiker souligne qu'un *« certain nombre de « construits sociaux », c'est-à-dire de façons partagées d'élaborer une réalité que nous choisissons ici d'examiner, nous instruisent sur l'origine et le fondement que la société attribue au handicap et sont révélateurs des rapports, à soi, aux autres et à l'ordre social que ces figures impliquent »* [Stiker, 2009]. Cet avis scientifique est à mettre en parallèle avec l'analyse des « construits spatiaux », en tant que réalité tangible et reflétant le niveau de considération de la société à l'égard de cette population. La « place » des « personnes handicapées », au sens physique et citoyen, dans le cadre urbain contemporain est l'expression des conceptions sociales et des représentations passées.

L'architecture et l'urbanisme repositionnent l'analyse de l'espace urbain dans sa dimension matérielle. En premier lieu, *« l'architecture et l'urbanisme répondent à des*

[13] « *La position sociale des personnes handicapées dans la société ne peut être pleinement comprise qu'à travers l'analyse socio-spatiale de leurs expériences, de leurs conditions de vie, passées et présentes* »

« besoins » considérés communs à tous les êtres humains et cherchent à les satisfaire par la généralisation de réponses techniques, industrialisées et rationnelles » [Paquot, 2003]. Le cadre offert par l'architecture et l'urbanisme est le résultat d'un système de pensée particulier du cadre bâti sous-tendant un rapport au corps spécifique. La généralisation voire la standardisation des réponses architecturales et urbanistiques dans la construction des espaces urbains témoignent aussi d'une vision généralisée et standardisée de l'être humain et du corps. Les usages, les comportements et la diversité des corps ne seraient donc pas considérés dans le projet urbain. La conception d'un projet comme réponse aux besoins d'un individu ou d'un groupe d'individus, aux besoins particuliers n'est pas envisagée.

L'approche géo-historique du handicap puis l'analyse du lien entre le corps et la pensée architecturale moderne mettent en évidence les représentations, les comportements sociaux et spatiaux à l'œuvre aujourd'hui. L'espace urbain abordé dans sa dimension matérielle permet de saisir la dimension idéelle de la condition urbaine présente des populations déficientes. Leur place dans les organisations structurelles et architecturales s'est définie progressivement au cours des temps, des époques et des impératifs économiques.

2.1 - APPROCHE GÉO-HISTORIQUE DU « HANDICAP »

La coprésence « pacifique » des individus dans l'espace urbain n'est pas un processus inné ni acquis dans l'existence de l'urbain. Le rapport à l'autre, dans certains cas, se traduit dans l'espace par des pratiques excluantes. L'histoire du handicap donne des éléments de compréhension à la situation actuelle de cette population dans les espaces urbains. Le mot handicap apparaît au sens médical dans les années 1950 mais les corps difformes ou différents font partie de l'histoire, des légendes et croyances depuis l'Antiquité. Il est alors particulièrement intéressant de retracer l'évolution historique de ces populations, « handicapées » d'aujourd'hui, monstres, boiteux, mutilés d'hier, en faisant l'hypothèse que le rapport de notre société au handicap et son traitement social trouvent ses racines, dans le passé et des faits historiques particuliers. La perspective d'appréhender la géographie comme l'espace dans le temps, et l'histoire comme la géographie dans l'espace [Reclus, XIXe siècle] trouvent ici tout leur sens, et plus encore en liant les deux approches en passant l'histoire des populations handicapées[14] au crible de ses implications territoriales.

2.1.1 - De l'Antiquité au Moyen-âge : le règne de l'ordre social

Le maintien de l'ordre dans la ville apparaît comme le moyen permettant de garantir une certaine forme de sérénité, de bonheur et de calme sociale à ces citoyens. Un certain nombre de dispositifs spatiaux, exclusion ou mise à l'écart, reflètent donc cette volonté.

2.1.1.1 Quand la différence n'a pas droit de cité

L'Antiquité se caractérise principalement par la nécessité d'expliquer et de trouver un sens au handicap. Ainsi, pendant longtemps, toutes les différences physiques étaient apparentées à des signes divins, liés au maléfice, au diable, à une punition venant de dieu, ou pouvaient faire référence à l'impureté.

Cette période est marquée par le rejet de certaines populations, les malformés, les mendiants, les fous, hors des murs des cités. La pratique la plus significative de l'Antiquité est celle de « l'exposition des nouveau-nés » malformés en Grèce. Comme le souligne H-J. Stiker, *« ces nourrissons sont le « signe avertisseur » des dieux adressé à un groupe social fautif et en risque de déviance. Le signifiant qu'est le nouveau-né mal formé doit être renvoyé à ses expéditeurs pour montrer que le message est reçu. Alors, les Grecs pratiquent l'exposition de ces enfants. Sur décision des responsables de la cité, les*

[14] Notons que le terme handicap apparaît du point de vue médical dans les années 50, cependant dans ce cas nous l'utilisons pour parler de l'histoire en général

enfants présentant des anomalies étaient emmenés hors de l'espace social où ils mouraient » [Stiker, 1997]. La pratique d'expulsion de certaines catégories de personnes est aussi évoquée dans la constitution des « Lois » de Platon. Afin de construire une cité parfaite et vertueuse, il propose un ensemble de lois visant à constituer la vie d'une cité fictive dans son intégralité. Le régime politique, les institutions qui régissent la cité, les modes de vie sont élaborés pour organiser le bonheur des citoyens. Cette cité doit éduquer, former le meilleur des hommes. La conformité est un élément essentiel garantissant l'ordre social *: « Ô vous les meilleurs des hommes, ne cessez pas de suivre la nature en honorant la conformité, l'égalité, l'identité, l'accord aussi bien dans le nombre qu'en toute autre propriété apte à produire des effets qui sont beaux et bons »* [Platon, Lois V]. Tous les individus s'éloignant de la perfection, de la beauté et d'une certaine forme de pureté sont donc rejetés par la philosophie platonicienne et doivent être rendus invisibles ou inexistants.

Trois initiatives peuvent concourir à cet objectif révélant une dimension fortement géographique de la pensée platonicienne.

La première consiste à exclure certaines personnes de l'accès à la cité. La population de la cité de Platon doit être conservée au même niveau. Ainsi, les maladies ou les guerres apparaissent comme des fléaux qui peuvent fragiliser un équilibre. Malgré tout, si *« il survient une vague qui apporte un déluge de maladies, ou le fléau des guerres, et que la population subisse des pertes qui la ramènent bien au-dessous du nombre fixé, il ne faut pas de plein gré faire entrer dans la cité des citoyens formés par une éducation bâtarde ; »* [Platon, Lois V]. Dans ce cas, la ville est donc fermée à l'accueil de certains étrangers. Ce principe expose la dialectique de l'accès des étrangers au territoire faisant par ailleurs l'objet de règle précise dans le livre XII. En effet, Platon distingue quatre réponses possibles dans l'accès à sa cité selon la dangerosité des étrangers. Nous en compterons cinq si l'on considère les *« citoyens formés par une éducation bâtarde »* qui n'ont pas le droit de cité. Ainsi, l'entrée dans les murs de la cité est refusée aux étrangers, tels les commerçants qui pourraient introduire des « nouveautés » : *« c'est sur les places publiques qui s'élèvent en dehors de la ville mais tout près d'elle, que le recevront les autorités préposées à cet effet, lesquelles devront veiller à ce qu'aucun étranger de cette espèce n'introduise aucune nouveauté ; elles régleront les différends de ces étrangers, en n'ayant avec eux que les contacts nécessaires, les plus rares possible »* [Platon, Lois XII]. Les commerçants apparaissent pour Platon comme une population dangereuse. Ils

transportent avec eux des denrées ou mêmes des maladies pouvant rompre l'ordre sociale, la nouveauté et le changement ne sont pas à l'ordre du jour de la cité platonicienne.

La seconde initiative consiste à garder chez soi certains individus. La rue et les espaces publics doivent eux aussi conserver leur harmonie. Ainsi, le fou est considéré comme un élément perturbateur qu'il est nécessaire de canaliser et surtout comme un « spectacle » n'ayant pas lieu d'être dans une « cité excellente ». De fait, c'est aux « proches » de l'individu que revient la charge de mettre en place les mesures nécessaires pour ne pas troubler l'ordre public : *« un homme pris de folie ne doit pas être vu dans la cité. Ses proches devront dans tous les cas le confiner à la maison en le surveillant du mieux qu'ils pourront, sinon ils paieront une amende… »* [Platon, Lois XI]. « *Cela dit, il y a bien des gens qui sont fous et bien de sortes de folies. Ceux dont nous venons de parler le sont devenus sous l'effet de maladies. D'autres le sont sous l'effet d'un excès naturel de colère aggravée par une mauvaise éducation ; ce sont précisément ceux qui pour la moindre offense jettent des hauts cris et profèrent méchamment les uns à l'égard des autres des paroles injurieuses, un spectacle qu'il ne convient vraiment pas, d'aucune façon et nulle part, de voir dans une cité dotée de bonnes lois »* [Platon, Lois XI]. La dialectique du dehors et du dedans apparaît ici. Le chez soi est le lieu où le fou est gardé. La folie n'a de place que dans l'intimé du cadre de vie. Elle ne peut être exposée sur la scène publique au risque d'en troubler l'harmonie.

Enfin, *« dans notre cité, il ne doit y avoir aucun mendiant. Si quelqu'un se risque à le faire et va glanant des moyens de subsistance par des prières sans fin, que les intendants de la place publique le chassent de la place publique, que les intendants de la ville le chassent de la ville et que les intendants de la campagne le chassent de la campagne et l'expulsent hors des limites du territoire, pour faire que tout le pays soit radicalement débarrassé de ce genre de personnage »* [Platon, Lois XI]. Cela rappelle directement la pratique des maires des communes françaises ayant mis en place des arrêtés anti-mendicité visant à exclure de certaines rues ou espaces les sans-domicile-fixe. La dialectique centre/périphérie est clairement évoquée dans la pensée platonicienne et prend un écho important dans le choix géométrique de la cité de Platon. Le « centre » apparaît comme un élément favorisant l'équilibre[15] et l'authenticité de sa ville, la fondation de la cité est organisée autour du centre. C'est en périphérie que sont rejetés

[15] « ce qui en premier lieu vient après cela, c'est l'obligation relative à l'emplacement de la cité, qui sera le plus possible au centre du territoire, pourvu que le site choisi possède tous les autres avantages » [PLATON, Lois V, p277]

tous les indésirables, tous ceux qui troublent l'ordre. D'autre part, le rejet hors du centre et parfois hors des murs de la cité doit permettre au centre, ou à la cité toute entière de conserver sa pureté[16]. Ainsi, les actes délictueux sont punis par l'exil hors du territoire : *« s'il n'a pas apporté ce secours, il sera banni du territoire à perpétuité »* [Platon, Lois IX] ; *« Si quelqu'un est reconnu par la loi coupable de coups et blessures contre ses parents, il sera d'abord banni hors de la ville vers une autre partie du territoire »* [Platon, Lois IX]

Dans la cité parfaite de l'Antiquité, la norme physique ou sociale joue un rôle important. D'un point de vue spatial, si la différence n'a pas le droit de cité partout, elle n'est cependant pas écartée dans tous les cas mais suit parfois un processus de repli dans un espace précis. L.Avan souligne que *« l'Égypte est accueillante aux faibles où les nouveau-nés atteints de malformations ou qui se révèlent dans leurs premières années « simples d'esprit » sont acceptés comme touchés par la grâce des dieux et intégrés dans la société »* [Avan, 2002]. S'il ne s'agit pas, dans ce cas, d'exclusion hors des murs de la cité, il apparaît néanmoins que les populations différentes ne sont jamais considérées comme des citoyens normaux à l'égal des autres.

2.1.1.2 Au cœur du Moyen-âge l'inclusion excluante

Il n'est pas évident d'avoir une approche historique des infirmes tant les termes, les conceptions sont propres à une époque. Ainsi, *« au Moyen Âge, le terme infirmus présentait une acception très large : il désignait « celui qui manque de force », celui qui est atteint d'une « infirmité » que nous pourrions qualifier aujourd'hui de faiblesse, maladie, impotence, invalidité ou difformité »* [Laharie, 1995]. Les propos de M.Laharie font donc référence à une diversité de situations et de réactions possibles de la société médiévale. Dans tous les cas, de la même manière qu'à l'Antiquité, le handicap renvoie toujours, plus ou moins, à des forces obscures liées à des troubles spirituels. Il revêt donc un caractère fortement symbolique. Plusieurs logiques s'affrontent face à l'infirmité, mais les tares corporelles ou mentales se noient dans le groupe plus large des prostituées, mendiants, pauvres. Cette époque se caractérise par le mélange des situations : « *ces attentes disparates révèlent le statut encore peu spécifique de la maladie, au XIIIe siècle :*

[16] « *si la personne est reconnue coupable d'un tel meurtre, perpétré sur une des personnes susdites, les serviteurs des juges et les magistrats le mettront à mort : ils le jetteront nu, hors de la cité, à un carrefour désigné à cet effet, et tous les magistrats, au nom de la cité tout entière, chacun portant sa pierre, la jetteront sur la tête du cadavre pour purifier la cité tout entière* » [Platon, Lois IX, p. 145]

infirmités ou désespoirs sont mêlés dans la même démarche de défense générique : les atteintes naturelles sont rarement distinguées des atteintes non naturelles, les désordres venus de causes physiques de ceux venus de causes occultes » [Vigarello, 1999].
Cependant, comme le souligne Muriel Laharie, *« on constate un processus croissant d'exclusion à partir du XIIe siècle, qui se traduit par des mesures d'ostracisme prises à l'égard des infirmes comme des autres marginaux : lépreux, hérétiques, pauvres… »* [Laharie, 1995]. Dans la mesure où *« la transmission du mal semble identifiée : attribuée au contact, à la proximité, diffusion toujours tragique »* [Vigarello, 1999]. L'éloignement apparaît comme le moyen de ne pas transmettre et de se tenir à l'écart des contagions. La cause de cet ostracisme prend notamment racine dans cette explication. À cette époque, les infirmes, aveugles, prostituées, étaient confondus dans le groupe des pauvres. Ils n'étaient pas exclus de la ville elle-même, mais se regroupaient dans les mêmes quartiers, et créaient des espaces en marge de la vie de la société, Cours des miracles *« véritable monde à part, avec leurs propres lois et langages, leurs chefs »* [Stiker, 2001].

Figure emblématique des fêtes et festins royaux, le bouffon, bien souvent infirme ou nain, est un personnage du Moyen-âge. La peinture européenne témoigne de l'existence de ces personnages au sein des palais royaux. Monique Zerbib dans son étude sur la représentation des nains et des bouffons dans la peinture de Velasquez souligne qu'il *« leur fait une place de choix dans son œuvre mais son intention n'est pas de faire un catalogue des infirmes du palais mais de témoigner de leur présence en tant que personnes partageant, tout comme lui, les appartements royaux et qui aiment à fréquenter son atelier »* [Zerbib, 2004]. La place faite au « bouffon », au « fou du roi » dans la société médiévale revêt un caractère particulier. Plutôt rejetés de la société médiévale, ils sont pourtant accueillis dans la vie de la cour, engagés pour faire rire ou servir. Muriel Laharie, dans son approche iconographique de l'infirmité au Moyen-âge, souligne qu'il s'agit d'une forme de récupération qui représente néanmoins une forme d'exclusion : *« la récupération représente une forme d'exclusion plus subtile. Elle a pour cadre les cours royales et seigneuriales où, à partir des XIe et XIIe siècles, l'entourage destiné à servir et à amuser les grands s'étoffe. D'où la multiplication des fous à gages qui sont recrutés parmi les personnages contrefaits, notamment les nains, les débiles mentaux et les personnalités légèrement pathologiques »* [Laharie, 1995]. L'idée de récupération par les cours royales de cette population finalement marginalisée dans les villes du Moyen-âge ne semble pas spécialement à propos. Au lieu de « récupération », ce processus nous

rappelle à celui d'exposition au sens d'exhibition soulignant clairement à une forme de stigmatisation dans un rôle particulier et donc d'exclusion.

Ces deux exemples démontrent finalement une forme d'inclusion/exclusion. De fait, les différentes populations évoquées ne sont pas directement jetées hors de la ville. Certaines d'entre-elles font partie du décor des villes comme de véritables personnages urbains ou royaux. Le mendiant sera le personnage de la rue, le bouffon celui de la cour royale, placés et acceptés dans un rôle social et un espace défini.

2.1.1.3 La charité chrétienne : entre accueil et désir de maintien de l'ordre social

Selon les préceptes chrétiens d'accueil et de charité envers les démunis des lieux d'accueil vont peu à peu se développer pour certaines populations infirmes. La dimension symbolique de l'infirmité à cette époque peut renvoyer à deux logiques.

La première est liée à la tradition biblique établissant le rapport entre *« infirmité et pêché »*. La seconde renvoie à la « *mise en pratique des préceptes évangéliques et à l'exercice des « œuvres de miséricorde »* [Laharie, 1995]. Cela a pour effet de développer le principe de charité, et par là même au-delà de l'aumône, les lieux d'accueils vont trouver leur essor. C'est précisément à cette période que se développe les institutions hospitalières (au sens strict du terme, non pas au sens médical). La charité chrétienne ouvre donc les portes des hôtels-dieux et autres maisons d'accueil (St-François d'Assise par exemple), destinés à accueillir et secourir une large partie d'une population démunie ayant besoin d'assistance. C'est effectivement dans *« le contexte de lien indissociable entre Roi et Dieu propre au premier millénaire de notre ère, concrétisé par la fusion romano-canonique, que les premiers hôpitaux français ont été construits : l'hôtel-Dieu de Lyon fondé en 549 et l'Hôtel-Dieu de Paris en 651. […] Il s'agissait d'accueillir des « pêcheurs » dont les âmes étaient sauvées par des religieux, dans ces lieux d'hébergements financés par d'autres « pêcheurs » plus riches »*. [Danet, 2008]. Une répartition spécifique des lieux d'accueil s'opère alors. F.O Touati, professeur d'Histoire du Moyen-âge, a notamment travaillé sur la géographie hospitalière médiévale. D'après ses travaux, deux logiques président à l'installation des lieux d'accueils dans les prémices de l'assistance médiévale. Le premier type d'implantation se réalise dans les espaces urbains à *« l'initiative des évêques comme on le voit à Antioche, à Arles, à Clermont. […] il offre une « maison » (domus), une étape (mansio), un abri aux diverses catégories*

d'assistés (infirmes, vieillards, orphelins) et trouve à s'agréger au groupe épiscopal » [Touati, 2004]. La deuxième logique d'implantation renvoie à une *« position péri-urbaine, l'un des tout premiers modèles est la célèbre « cité » fondée par saint Basile dans les faubourgs de Césarée en Cappadoxe […] Le phénomène se trouve reproduit, dans de moindres dimensions, auprès de nombreux monastères à travers la fonction d'accueil qu'ils sont censés exercer envers tout passant, offrant un gîte d'étape ou une simple hôtellerie, d'abord aux clercs et aux religieux en déplacement, et en second lieu aux pèlerins laïcs : par conséquent à quiconque avide de guérison spirituelle ou corporelle, à la recherche de tout réconfort, aux pauvres »* [Touati, 2004].
Finalement, lieu d'accueil et d'hébergements pour des populations déviantes, ils auront une véritable fonction de régulation de l'ordre social au sein des cités médiévales.

2.1.1.4 La lèpre modifie la topologie des espaces d'accueil

Les grandes épidémies de lèpre et de peste noire du XIVe siècle contribuent au développement d'une peur envers cette population déjà marginale. Une distinction s'opére donc dans les espaces d'accueil : *« il fallut séparer les lépreux du reste du peuple. On construisit des léproseries, ou des maladreries, aux entrées des villes, des bourgs et des villages. […] On les mit irrévocablement hors de l'enceinte des lieux habités »* [Tenon, 1788]. La lèpre impliquera donc la mise à l'écart. La diffusion de la peste est différente puisqu'elle touche et décime les villes. L'agglomération et la densité de population favorise l'expansion de la maladie : *« sa diffusion incontrôlable, intensifiée au cœur même des cités »* [Vigarello, 1999]. Dans les deux cas, la lèpre et la peste, des processus de mise à distance spécifique se développent.

À fin du Moyen-âge, alors que la lèpre finira par disparaître, il restera des milliers de léproseries vides et inexploitées : *« dans les marges de la communauté, aux portes des villes s'ouvrent comme des grandes plages que le mal a cessé de hanter, mais qu'il a laissé stériles et pour longtemps inhabitables. Des siècles durant, ces étendues appartiendront à l'inhumain »* [Foucault, 1972]. Bien que débarrassées de l'impureté de la maladie, les léproseries en garderont les stigmates, inscrits matériellement dans ces lieux par leur situation loin du quotidien de la ville, mais aussi symboliquement. Pendant longtemps ces lieux resteront vides, puis seront reconvertis en espaces d'accueil. La situation des léproseries et des maladreries aux périphéries des villes trouvait sa source à travers le caractère contagieux de cette maladie. Elles deviendront des espaces d'accueil

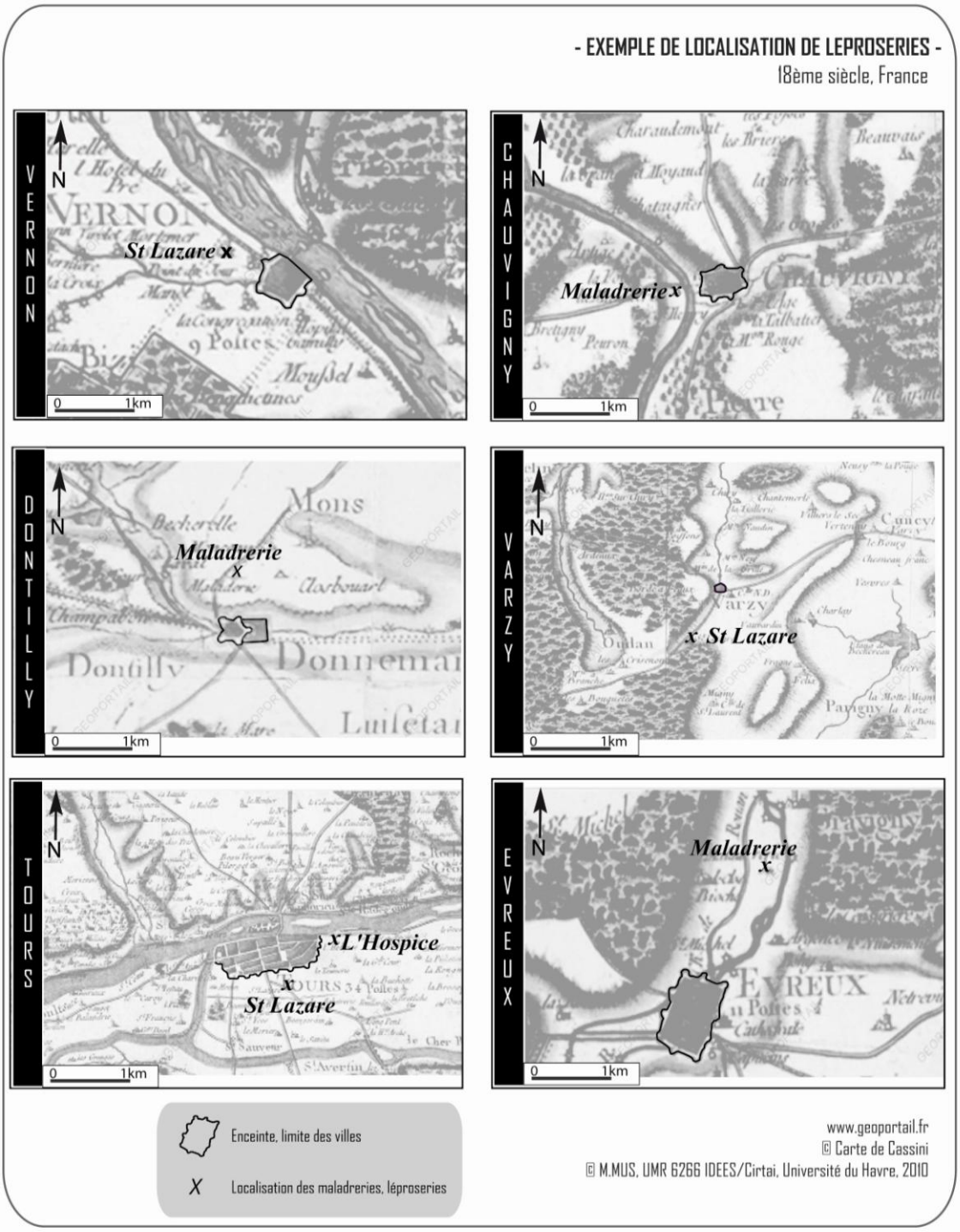
idéaux, en marges des villes pour des populations que la charité accueille mais loin de l'ordre urbain. Les mêmes jeux d'exclusion se retrouvent donc : *« pauvres, vagabonds, correctionnaires et « têtes aliénées » reprendront le rôle abandonné par le ladre, et nous verrons quel salut est attendu de cette exclusion, pour eux et pour cela même qui les excluent »* [Foucault, 1972].

En croisant les données de la base « Architecture et Patrimoine » du Ministère de la Culture[17] avec les cartes dite de Cassini[18], il est possible de localiser les léproseries et maladreries. L'encadré ci-après [cf. Encadré 2-1, p83] présentent quelques exemples de situation périphérique des léproseries à l'écart des villes et villages. Ainsi, de nombreuses léproseries ou maladreries laissées à l'abandon, seront transformées en hôpitaux généraux ou dépôt de mendicité. L'hôpital Saint-Nicolas d'Auxerre (créé en 1678) en est un exemple [cf. Carte 2-1, p84]. Dans cette histoire de la charité chrétienne, les lépreux feront l'objet d'un traitement particulier, tant cette maladie fait peur et tant la contagion nécessite la mise à distance. Les aveugles et les sourds eux aussi bénéficieront d'un soin particulier par l'ouverture d'instituts spécialisés. Pour Zina Weygand, qui s'est particulièrement intéressée à l'histoire des aveugles dans la société française, cela renvoie au fait que ce type de déficience revêt un caractère incurable : *« le désir de subvenir aux misères les plus répandues, de secourir le plus grand nombre de malades et de nécessiteux faisait souvent écarter de ces nouveaux hospices les personnes atteintes de maux incurables. Il apparut donc nécessaire d'instituer pour elles des asiles spéciaux, dont les aveugles ont été les premiers bénéficiaires »* [Weygand, 2003]. Les instituts se développeront aussi grâce à l'intérêt que leur ont porté certains individus soucieux d'instruire ou de développer la communication de ces individus. Louis Braille pour les aveugles et l'Abbé de l'Épée pour les sourds et muets en seront les figures emblématiques. Ainsi, cette époque se caractérise non pas par l'exclusion systématique de cette population hors des villes, mise à part pour les lépreux, mais plutôt par un regroupement et un enfermement de ces populations dans des quartiers ou des lieux précis, comme les « hôtels-dieux », et les hôpitaux généraux.

[17] http://www.culture.gouv.fr/culture/inventai/patrimoine/. Cette base de données fait l'inventaire de certains

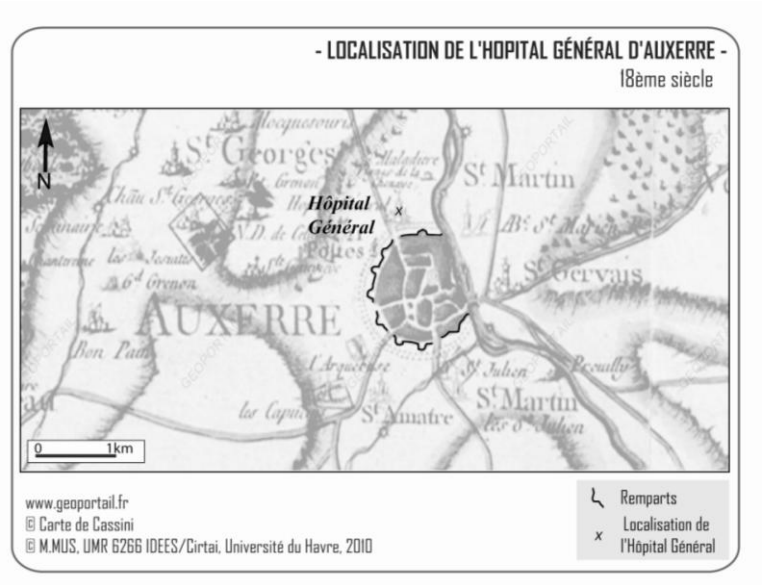
[18] Première carte géométrique du territoire français réalisé au 18ème siècle par la famille Cassini.

ENCADRE 2- 1


- EXEMPLE DE LOCALISATION DE LEPROSERIES -
18ème siècle, France
VERNON
St Lazare x
CHAUVIGNY
Maladrerie x
DONTILLY
Maladrerie x
VARZY
x St Lazare
TOURS
x L'Hospice
x St Lazare
EVREUX
Maladrerie x
N
0 1km
Enceinte, limite des villes
X Localisation des maladreries, léproseries
www.geoportail.fr
© Carte de Cassini
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

L'exclusion n'est pas directe mais s'opère dans une forme de délimitation de l'espace et de mise à l'écart. Par la suite, l'essor démographique et le développement urbain vont accroître les besoins, le développement des échanges, sont autant d'éléments mettant en danger l'ordre social de la ville. Peu à peu la dimension de l'accueil charitable laisse place à celle de l'enfermement.

CARTE 2- 1



2.1.2 - Le basculement vers l'enfermement

Le développement de la lèpre et son traitement médical mais aussi social annonce la façon dont les grandes maladies renvoyant à des peurs ancestrales, liées au mal et à une punition des dieux, seront traitées dans les siècles à venir. Dès lors, l'histoire fait glisser le « fou » dans l'abîme de l'internement. Le XVIIe siècle sera celui de son avènement.

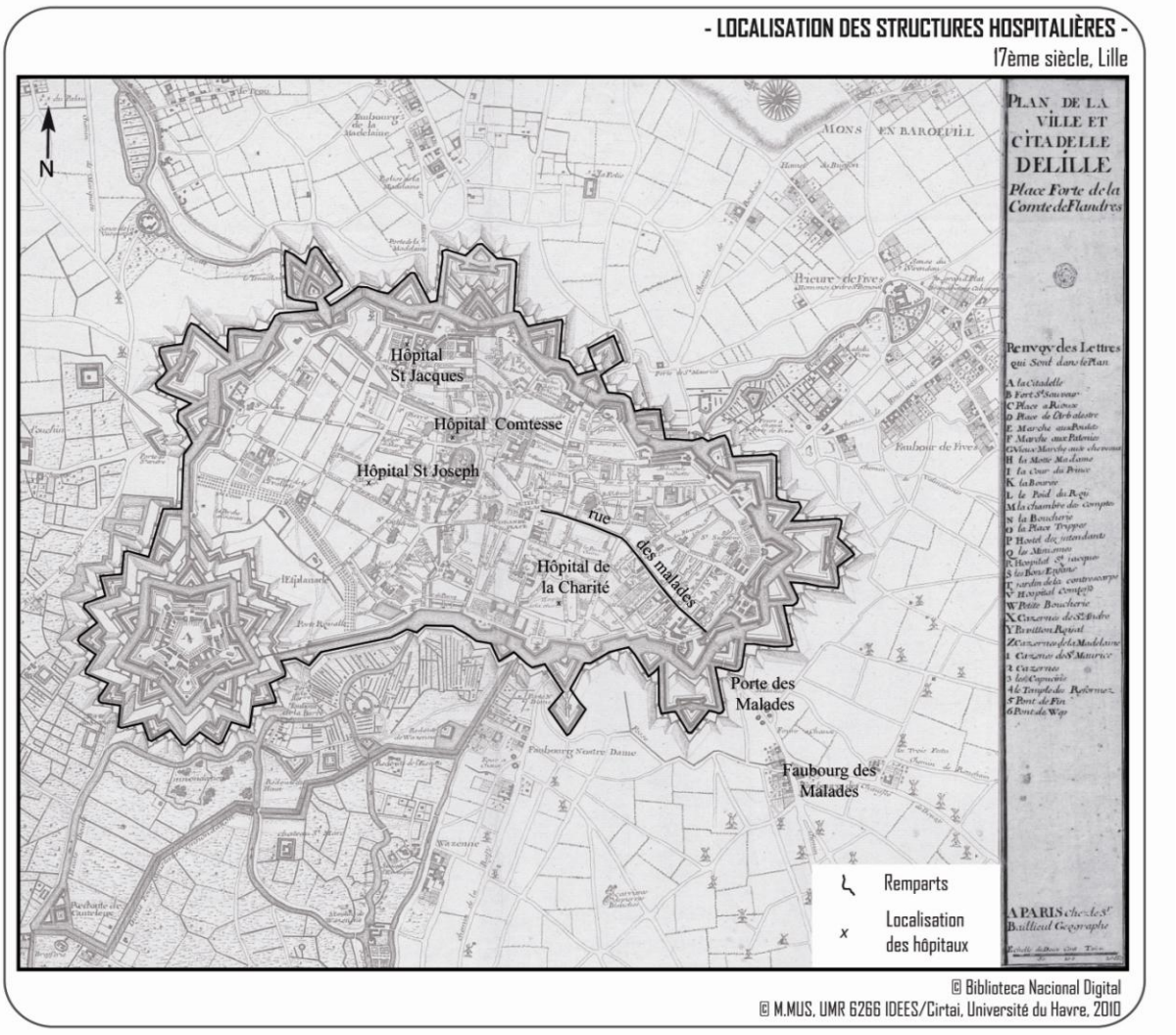
2.1.2.1 Le développement des hôpitaux : processus spatiaux

Outre l'aspect particulier de la situation spatiale des léproseries, la localisation des hôpitaux de malades obéit elle aussi à des logiques spécifiques. Le mode d'implantation spatiale de premiers lieux d'accueil trouve donc son origine dans le caractère chrétien de la démarche d'assistance et d'hospitalité. Le fou, le sot, l'insensé feront partie du décor des villes de la fin du Moyen-âge et seront traités de différentes façons. Dans certains cas, ils seront assujettis à une vie d'errance, personnages peu désirés dans les villes, ils seront souvent jetés hors de ses limites, (nous retrouvons ici les lois de la ville platonicienne) remis à des marchands, pèlerins ou bateliers. [Foucault, 1972]. Dans d'autres cas, Foucault souligne qu'ils seront accueillis dans les Hôtels-Dieux, là où ils ont des dortoirs réservés. Plus qu'accueillis, ils seront souvent emprisonnés, enfermés pour arrêter de nuire dans *« des lieux de détentions réservés aux insensés »* [Foucault, 1972]. La façon dont ces individus sont traités à cette époque et surtout les lieux qui les accueillent sont symptomatiques du regard d'une époque. Qu'il s'agisse de l'exclusion hors des murs des villes ou au contraire de l'enfermement entre les murs d'une prison, à cette époque,

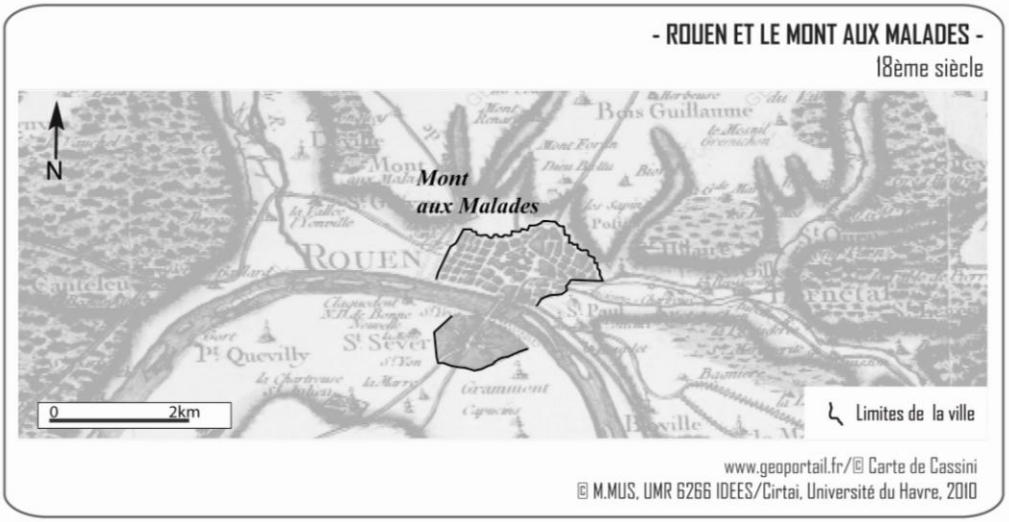
finalement indésirable, l'intention réside dans la volonté de purifier la ville, en rendant invisible les insensés. La volonté de mettre une distance topographique et symbolique entre l'espace d'accueil et les villes est présente dans la localisation des lieux d'accueil. Ainsi, *« les premiers hôpitaux de malades, ne furent d'abord que des petits hôpitaux : on les plaça, à leur origine, près de l'évêché et de la principale église. Cet usage a subsisté, quoique la plupart des motifs qui l'introduiront aient disparu. Ce ne fut point d'après des principes de santé que l'on choisit l'emplacement de ces hôpitaux : ce fut d'après des convenances, des besoins que les malades avaient de subsistance, de charités et d'attentions »* [Tenon, 1788]. Selon Tenon, les hôpitaux destinés à soigner les « maladies ordinaires » s'élèvent au sein des villes. C'est donc le cas de l'Hôtel Dieu et de nombreux autres lieux d'accueil (ex orphelinat…), situés au cœur de Paris, sur l'Ile de la Cité près de Notre-Dame. Pourtant, on peut observer dans de nombreux cas une mise à distance des malades, hors de l'activité des villes ou des villages. Certains dispositifs topographiques illustrent fortement ces processus d'exclusion.

Ainsi, un plan de la ville de Lille au XVIIe siècle [cf. Carte 2-2, p86] montre effectivement la présence de plusieurs hôpitaux au sein de la ville. Cependant, hors des murs de la ville, on distingue le « Faubourg des malades » (localisation de l'ancienne léproserie), ainsi qu'une porte d'entrée de la ville appelée « la porte des malades », porte donnant directement accès à un ensemble d'hôpitaux situés à l'extrémité de la ville aux pieds des remparts ainsi qu'à la « Rue des malades ». La mise à l'écart s'observe réellement dans la disposition des lieux d'accueil et dans la structure de la ville. Elle est renforcée symboliquement par les fortifications formant une barrière entre le faubourg aux malades et le cœur de la ville. L'inscription de l'aspect « hospitalier » de certains espaces est symboliquement accentuée par la toponymie. Un autre exemple, à partir des cartes de Cassini traduit cette mise à l'écart. C'est le cas du « Mont aux malades de Rouen » [cf. Carte 2-3, p86]. Alors que la ville de Rouen est située en fond de vallée, les espaces d'accueil se localisent dans les hauteurs de la ville, là où se situe, actuellement la commune de Mont Saint-Aignan. Symboliquement, la mise à l'écart s'opère à la fois de façon horizontale par rapport à la distance avec le centre de la ville, et verticalement par cette dichotomie entre le fond de la vallée et le plateau. En Grèce, la mise à l'écart des fous sur l'île de Léros, appelée aussi « l'île aux fous » est un exemple extrême de la mise à l'écart amplifiée par l'insularité.

CARTE 2- 2



CARTE 2- 3



2.1.2.2 Les hôpitaux parisiens et populations accueillies

En étudiant le rapport de Tenon (1788) sur la situation des hôpitaux de Paris on découvre des éléments précis permettant de comprendre les processus exposés précédemment. Alors que l'offre de soins des « maladies ordinaires » trouve sa place au cœur des villes, les maladies contagieuses sont reléguées à l'écart de la ville. Comme le montre le tableau 2-1 ci-dessous, chacun de ces hôpitaux accueille des populations spécifiques.

TABLEAU 2- 1

- LES DIFFÉRENTS TYPES D'HOPITAUX PARISIENS -
18ème siècle

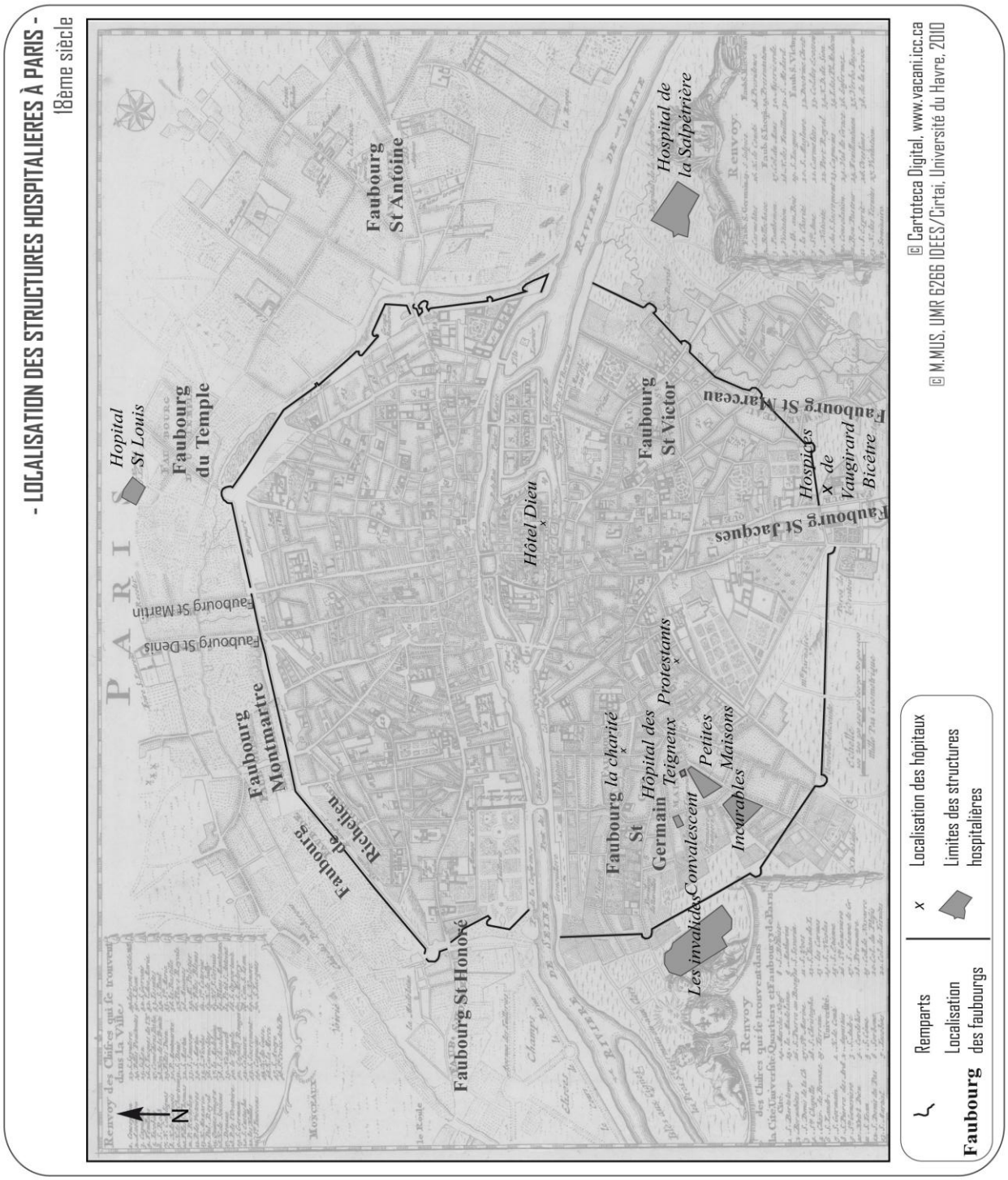
Types d'hôpitaux		Nom
HOPITAUX DE MALADES	Hôpitaux pour les hommes malades	la Charité ; l'Hôpital des Convalescents ; Maison Royale de la santé, Hôpital de Charenton ; Hôpital Militaire des Gardes Français et des Gardes Suisses ; Hôpital des Protestants
	Hôpitaux pour les femmes malades	les Religieuses hospitalières ; les hospitalières ; les hospitalières de Saint Mandé
	Hôpitaux pour les malades des deux sexes	Hospice du collège de chirurgie ; Hospice de la paroisse Saint Sulpice ; Hospice de la paroisse Saint-Jacques-Du-Haut-Pas ; Hospice de la paroisse Saint-Méry ; Hospice de la paroisse Saint-André-des-Arcs ; Hôtel-Dieu
	Hôpitaux destinés au traitement de certaines maladies	Hôpital Saint-Louis ; Hôpital Saint-Anne (ou de la santé) ; Hôpital Sainte-Reine ou des Teigneux ; Hôpital des Quinze-Vingts ; Hôpital des incurables ; Hospice de Vaugirard
HOPITAUX DESTINES AUX PAUVRES MALADES ET AUX PAUVRES INVALIDES		Hôpital des Petites-Maisons ; Hôpital de la Pitié ; Hôpital de la Salpétrière ; Château de Bicètre ; Hôtel Royal des invalides ; Ecole Royale Militaire
HOPITAUX DESTINES AUX PAUVRES VALIDES	Hôpitaux pour les Orphelins	Hôpital de la Trinité ; Hôpital Notre-Dame de la Miséricorde ; Maisons des Orphelins ; Filature de la Paroisse Saint-Sulpice ; Orphelines du Saint-enfant Jésus et de la Mère de la Pureté ; Hospice de M.de Beaujon ; Hôpital du saint Esprit ; Hôpital des enfants trouvés (2) ; Maison de l'Enfant Jésus ; Ecole d'Orphelins, fils d'officiers ou de soldats
	Hôpitaux pour Vieillards	Communauté des prêtres de Saint-François de Sales ; Hôpital du Saint-Nom de Jésus; Les invalides ; Hôpital Général ; Hôpital de la Pitié ; Hôpital de la Salpétrière ; Bicêtre ; les Petites Maisons
	Hôpitaux pour les Paffans	Hôpital de Sainte-Catherine ; Hôpital Sainte-Anastasie et Saint-Gervais
	Maisons de Veuves	Maison des Veuves
	Maisons où l'on retire la jeunesse pendant le jour	Maison de Filature de la Paroisse Saint-Sulpice ; Maison de la Dentelle Noire ; Filles Séculières de Sainte-Agnès

Tableau réalisé d'après le mémoire de Tenon sur les Hôpitaux de Paris en 1788

© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

Une distinction stricte s'opère entre la vocation des différents hôpitaux : « les hôpitaux de malades », « les hôpitaux destinés aux pauvres malades et aux pauvres invalides » et « les hôpitaux destinés aux pauvres valides ». Ce n'est pas tant le caractère contagieux des maladies qui permette d'expliquer la localisation des hôpitaux mais la pauvreté de la population accueillie. La carte 2-4 [cf. Carte 2-4, p88] met en évidence la localisation des structures hospitalières parisiennes.

CARTE 2- 4


- LOCALISATION DES STRUCTURES HOSPITALIERES À PARIS -
18ème siècle
N
Faubourg St Honoré
Faubourg de Richelieu
Faubourg Montmartre
Faubourg St Denis
Faubourg St Martin
Hopital St Louis
Faubourg du Temple
Faubourg St Antoine
Hospital de la Salpétrière
Faubourg St Marceau
Faubourg St Victor
Hôtel Dieu
Faubourg St Jacques
Hospices de Vaugirard
Bicêtre
Faubourg St Germain
Faubourg la charité
Hôpital des Teigneux
Protestants
Petites Maisons
Incurables
Convalescent
Les invalides
Remparts
Localisation des faubourgs
Localisation des hôpitaux
Limites des structures hospitalières
© Cartoteca Digital, www.vacani.icc.ca
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

Ainsi, les « hôpitaux destinés au traitement de certaines maladies » et les « hôpitaux destinés aux pauvres malades et aux pauvres invalides » sont situés soit à l'extérieur de la ville soit au sud-ouest dans le faubourg St Germain. Les autres hôpitaux sont situés intra-muros. Les quatre plus grands hôpitaux de la capitale, localisés après les remparts de la ville, accueillent les personnes contagieuses (Hôpital de St Louis) et un ensemble de population malade, exclue [Tableau 2-2].

TABLEAU 2- 2

- POPULATIONS ACCUEILLIES DANS QUATRE GRANDS HOPITAUX PARISIENS
18ème siècle -

Hôpital Saint-Louis	- Maladies contagieuses: scorbut, cancer, galeux
Hôpital de la Salpêtrière	- Femmes, filles enceintes, nourrices avec leurs nourrissons, enfants mâles, jeunes filles de tout âge; - Vieilles femmes et vieux hommes mariés; - Filles furieuses, imbéciles, épiléptiques, paralytiques, aveugles, estropiés, teigneux, des incurables de toute espèce; -Enfants avec des humeurs froides
Hôpital Bicêtre	- Pauvres hommes jeunes et vieux; - Valides ou invalides et malades; - Fous furieux, imbéciles, des épileptiques, des paralytiques, des aveugles, des écrouelleux, des incurables de toute espèce,; -Hommes et femmes soumis aux grands remèdes; - Gens arrêtés par ordre du roi ou par la police ou flétris par les tribunaux
Hôtel Royal des invalides	- Officiers fiévreux et blessés, vénériens, scorbutiques, cancéreux, fous, personnes qui gâtent leur lit;

Tableau réalisé d'après le mémoire de Tenon sur les Hôpitaux de Paris, 1788
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

L'hôpital de la Salpétrière et Bicêtre ont en leur sein une Maison de force et une prison accueillant « *les gens arrêtés par ordre du roi ou par la police ou flétris par les tribunaux* » [Tenon, 1788]. Comme le souligne le tableau ci-dessus, la population de ces deux hôpitaux est très variée. L'Hôpital Saint-Louis et l'Hôpital des Invalides quant à eux, accueillent notamment des personnes atteintes de maladies contagieuses. Construit en 1607, la situation et l'architecture de l'hôpital Saint-Louis marquent une volonté affichée de mise à l'écart de la ville : *« l'hôpital Saint-Louis diffère encore des hôpitaux de fiévreux et de blessés par sa double enceinte de murailles, ses doubles cours qui l'enveloppent et qui interceptent toute communication avec la ville… »* [Tenon, 1788]. Dans ce cas, les préoccupations de santé expliquent réellement la localisation de cet hôpital, le plus éloigné de la capitale. Mais, plus que l'effet de contagion, il apparaît que

certaines populations marginalisées sont reléguées à l'écart de la ville : les « fous furieux », « les imbéciles », les « filles enceintes », les vénériens, sont autant d'exemples de personnes indésirables ou mal acceptées dans les villes, troublant l'ordre social. La façon dont Tenon analyse le besoin de la population en hôpitaux en est un bon exemple. Ainsi, en 1785, le déménagement de « l'Hospice Vaugirard » vers les faubourgs de Paris souligne une forme d'exclusion des populations « honteuses ». Des Lettres-Patentes autorisent *« les administrateurs de l'hôpital Général à acquérir dans les faubourgs de Paris, un lieu propre à recevoir les femmes enceintes, les enfants, les nourrices atteintes du mal vénérien; à les traiter gratuitement, ainsi que les pauvres de tout âge, de l'un et de l'autre sexe frappés du même mal: de sorte qu'on aura désormais un Hôpital spécialement affecté au traitement de la maladie honteuse »* [Tenon, 1788].

Une distinction apparaît entre la vocation des hôpitaux selon qu'ils soient placés dans Paris intra-muros, dans les faubourgs ou hors des murs de la ville. Cette différenciation structurant la localisation des hôpitaux dépend fortement du caractère contagieux des maladies. Les lieux d'accueil des populations marginales à l'exemple de celles accueillies à Bicêtre, à la Salpêtrière et à l'Hôpital Saint Louis, sont situés à l'extérieur de la ville.

2.1.2.3 Des hôpitaux généraux et autres maisons de force à l'asile

Louis XIV marque de son sceau l'histoire de l'enfermement en créant par décret l'Hôpital Général de Paris, par la suite d'autres grandes villes les développeront. Le pouvoir ecclésiastique contribue aussi à ce mouvement, ainsi *« Vincent de Paul réorganise Saint-Lazare, la plus importante des anciennes léproseries de Paris »* [Foucault, 1972]. Loin du caractère hospitalier que l'étymologie de leur nom leur confère, la logique de l'Hôpital général réside dans une pratique d'enfermement quasi-systématique des *« pauvres de Paris, de tous sexes, lieux et âges, de quelque qualité et naissance, et en quelque état qu'ils puissent être, valides ou invalides, malades ou convalescents, curables ou incurables »* [Foucault, 1972]. Cela s'intègre, comme c'est le cas dans les époques précédentes, dans une logique d'assainissement des villes.

Jusqu'alors le lien entre population indésirable et purification de l'espace est clair, et bien que des espaces spécialisés d'enfermement ou d'accueil de ces populations soient construits, la logique est avant tout policière et non médicale : *« la maison d'internement à l'âge classique figure le symbole le plus dense de cette « police » qui se concevait elle-*

même comme l'équivalent civil de la religion pour l'édification d'une cité parfaite » [Foucault, 1972]. Jusqu'au milieu du XIXe siècle, la population mise à l'enfermement est très hétérogène, noyée dans la grande classe des asociaux, mendiants, vagabonds, fous, pauvres, femmes filleuses. À cette époque, le fou n'est pas clairement distingué des autres « enfermés ». Cependant, dans certains cas, on réserve aux insensés des places à part dans les hôpitaux ou les prisons.

La fin du XVIIIe siècle représente un tournant dans l'histoire de l'enfermement décrite précédemment. L'époque des lumières constitue un tournant dans le traitement des fous ou autres individus différents, parce qu'elle introduit une réflexion sur un monde égalitaire, libre et fraternel. Tous les hommes sont égaux et ont droit à une forme de libre-arbitre, y compris les tarés et les fous : *« on avait inventé la lecture braille, l'abbé de l'Épée avait pris en charge les sourds-muets, etc. Il fallait soigner le malade mental car on pensait qu'il était un homme libre, potentiellement parlant. Il ne fallait pas l'exclure, mais bien « l'inclure » par le traitement, le normaliser »* [Van Meerbeck, 2001].

D'autre part, 1785 marque une date importante dans l'histoire de l'internement et de la folie pour deux motifs. Premièrement, parce que cela fait rentrer « un ordre médical » dans la décision de l'internement, *« on pose à propos de chaque interné la question de savoir s'il est fou ou non »* [Foucault, 1972]. Deuxièmement, parce que cette année marque le fou d'un statut juridique. Ainsi, en 1790, deux décrets de l'Assemblée nationale prononcent la libération des emprisonnés par lettre de cachet et l'examen médical des détenus pour démence afin de les soigner dans des hôpitaux. C'est le fameux épisode de la libération des enchaînés de Bicêtre. Dès lors, les hospices parisiens seront réorganisés, les Hôtel-Dieu ne seront plus dévolus à l'accueil des insensés : *« par la grâce d'un arrêté du ministre de l'Intérieur, pris de concert avec l'administration des hospices et le directeur de Charenton, et portant que la folie ne serait plus traitée à l'Hôtel-Dieu, que tous les insensés hommes seraient conduits à Charenton pour y être traités, ainsi que vingt femmes, c'est-à-dire le gros, seraient reçues par contre à la Salpêtrière »* [Gauchet, Swain, 1980]. Pour ce qui est de Paris, Charenton deviendra à partir de 1798, la Maison Nationale de Charenton, seul lieu d'accueil pour les insensés, commune se situant hors des murs de Paris.

Alors que la société bascule peu à peu d'un traitement social et ségrégatif des insensés vers une approche médicale, la psychiatrie se constitue comme discipline médicale, notamment avec Pinel et Esquirol, faisant alors naître les asiles. Cela constitue un

changement radical dans le statut du malade mental. Il ne sera plus confondu, dans le groupe des exclus, des pauvres, des mendiants, mais il est maintenant admis qu'il est possible de traiter du point de vue médical les fous. Des lieux d'accueil spécialisés seront alors créés.

2.1.2.4 La loi de 1838 et les structures asilaires

Le développement des asiles sera pris en charge par le gouvernement dès 1838 avec la « loi sur les aliénés n° 7443 ». Elle instaure l'obligation pour *« chaque département d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département »* [Loi sur les aliénés, 1838, Art 1]. L'implantation des quartiers d'aliénés est plutôt variée dépendant de différentes situations. Avec l'exemple de l'Hôpital d'Auxerre présenté précédemment, nous avons vu que l'asile a été édifié sur le site de l'ancienne léproserie : *« les situations géographiques, les conceptions architecturales et les situations par rapport à l'hôpital étaient toutes aussi variées : contigus (Nantes, Niort, Tours), isolés (Montpellier, Poitiers), éléments prédominants d'un groupe hospitalier dont les autres services sont peu importants (Pontorson) et qui correspondent à un refus de prise en charge par les Conseils généraux »* [Masse, 1992]. Dans les représentations de l'asile on voit apparaître l'image d'un monde à part relayé dans de nombreux travaux : *« d'ordinaire, les asiles sont coupés du monde extérieur, ils ne sont soumis qu'au seul regard médical » ; « L'asile est un lieu clos, soustrait aux regards extérieurs »* [Fauvel, 2002].

Le traitement médical du « fou » modifie le rapport à cette population relevant maintenant de médecins. Ainsi, deux thèses apparaissent dans la logique d'implantation des asiles.

La première renvoie à la mise à l'écart. La création d'un asile près de Nice répond à cette logique : *« une maison de campagne située à moins d'un kilomètre au sud du hameau de Saint-André, juste au niveau de la confluence du ruisseau de Saint-André et de la rivière du Paillon ; le nouvel asile se situait donc à trois kilomètres au nord-est de la ville de Nice. Cette propriété présentait un certain nombre d'avantages par rapport au traitement spécifique des aliénés : l'éloignement de toute agglomération humaine, l'implantation au fil d'une vallée largement ventilée assurait en permanence le renouvellement de l'air, et surtout la présence d'une source d'eau »* [Duclos, 1995].

La seconde renvoie à la recherche d'espace suffisamment grand justifiant leur localisation hors des murs de la ville, à l'image de l'asile de la Rochelle : *« le choix de ce site s'explique tout d'abord parce que la ville de la Rochelle intra-muros n'avait pas d'emplacement suffisamment grand pour contenir un édifice très demandeur d'espace et devant offrir toutes les conditions de salubrité. L'éloignement n'était donc pas tant une mise à l'écart qu'un atout : sa proximité avec la ville faisait qu'il était soumis à l'octroi et sa situation à la campagne permettait à la fois d'adoucir l'hospitalisation et de disposer d'espaces suffisants pour faire travailler les malades »* [Meynen, 2004].

La création dans chaque département d'un asile a été difficile pour les structures publiques. Dans de nombreux cas des compromis ont été cherchés pour envoyer les aliénés dans des départements extérieurs ou pour créer des asiles à la limite de deux départements. Souvent des congrégations religieuses ont répondu à cette demande publique. Parmi les départements français, Paris constitue une exception puisqu'aucun asile n'y sera créé : *« pour des raisons pratiques et financières on ne créa pas d'établissements spéciaux départementaux, pour se contenter des quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière, de la Maison nationale de Charenton et de l'exil en province d'un grand nombre d'aliénés à partir de 1844 (ce qui était facteur d'économies) »* [Masse, 1992]. Si G. Massé l'explique notamment par des facteurs économiques, il est aussi possible d'y lire une volonté parisienne de ne pas accueillir en son sein plus d'aliénés que dans les structures déjà existantes.

2.1.3 - Le corps et le pouvoir : entre assujettissement et autonomie ?

Le développement de la médecine a engagé un rapport scientifique au corps envisagé comme seul porteur des maladies. Il ressort de l'approche géo-historique une dimension coercitive de l'action sur le corps, caché ou reclus, menée par les corps dirigeants et acteurs du maintien de l'ordre politique et social.

2.1.3.1 La lèpre et la peste dans la cité : 2 modèles d'expression contemporains du pouvoir ?

La lèpre et la peste sont deux maladies ayant suscité et nécessité des interventions politiques fortes. Elles se caractérisent par deux modes de gestion différente ayant des implications spatiales considérables.

La gestion de la lèpre se traduit par l'exclusion des lépreux hors des murs de la cité. La mise à l'écart, le rejet loin de la vie publique caractérise l'organisation spatiale de cette

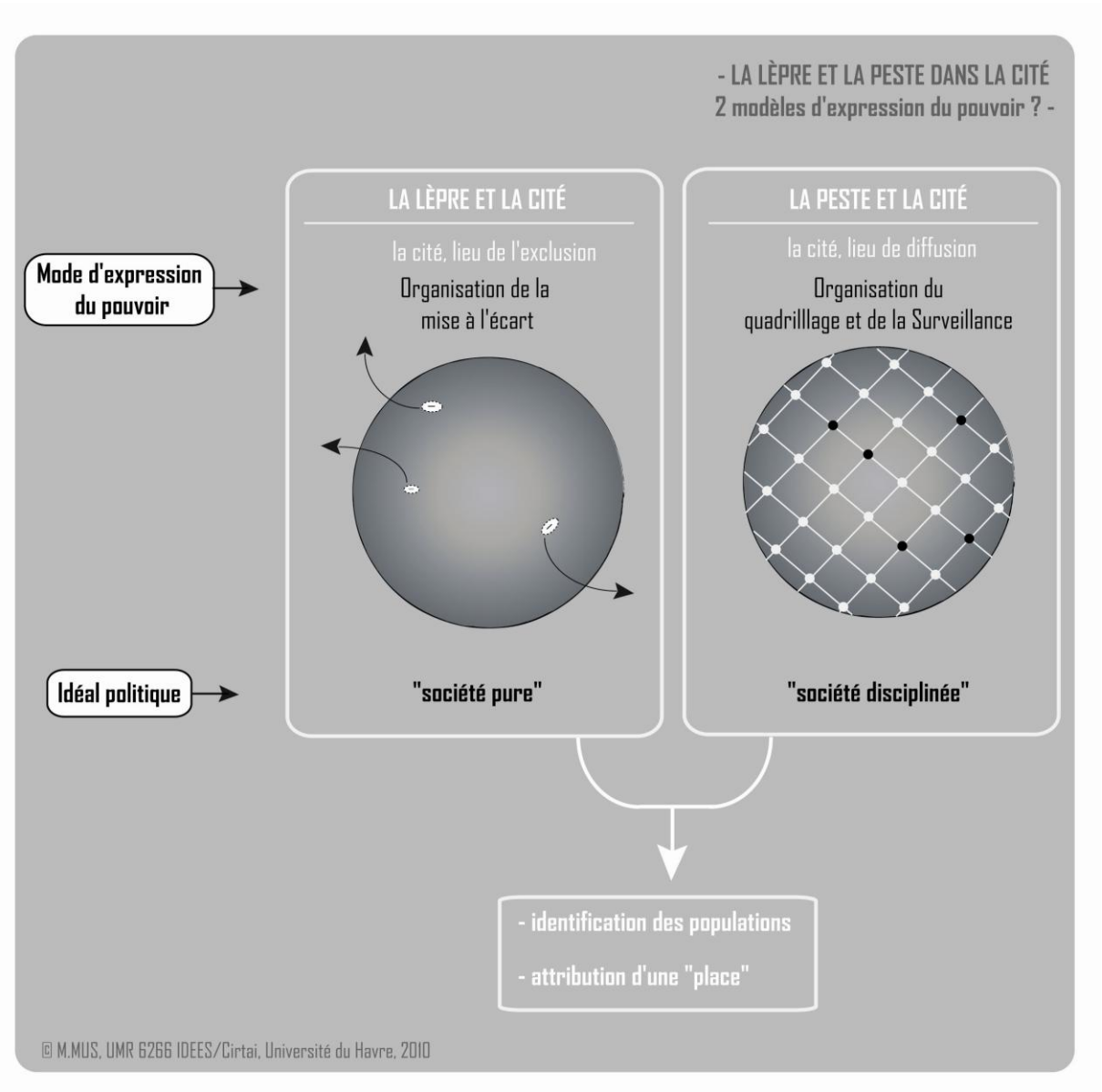
maladie. La cité apparaît comme lieu de l'exclusion : « *le règlement de la léproserie de Lille, en 1239, interdit aux lépreux l'accès à la ville, tout en leur autorisant l'accès aux campagnes, à condition de n'entrer dans aucune maison* » [Vigarello, 1999], l'éloignement apparaît donc au Moyen-âge comme le moyen de ne pas transmettre et de se tenir à l'écart des maladies contagieuses.

La peste a conditionné une autre réponse spatiale. Elle ne se traduit pas par la même virulence : « *l'expérience est sans rapport avec celle de la lèpre : la peste est brutale, sa diffusion incontrôlable, intensifiée au cœur même des cités* » [Vigarello, 1999]. Dans le cas de la peste, la cité apparaît comme le lieu de diffusion de la maladie. Un système de surveillance des cas est mis en place. La cité est quadrillée et mise sous contrôle : « *fermeture, bien entendu, de la ville et du « terroir », interdiction d'en sortir sous peine de la vie, mise à mort de tous les animaux errants ; découpage de la ville en quartiers distincts où on établit le pouvoir d'un intendant…* » [Foucault, 1975]. Les citoyens sont enfermés dans les murs de la cité, chez eux.

Comme le souligne le schéma 2-1 ci-après [cf. p95] Derrière ces deux maladies, deux réponses spatiales différenciant le rejet hors de la cité ou le maintien et l'enfermement dans la cité caractérisent deux idéaux politiques différents : l*'exil du lépreux et l'arrêt de la peste ne portent pas avec eux le même rêve politique. L'un c'est celui d'une communauté pure, l'autre celui d'une société disciplinée. Deux manières d'exercer le pouvoir sur les hommes, de contrôler leurs rapports, de dénouer leurs dangereux mélanges* [Foucault, 1975]. Un point commun réside pourtant dans les deux démarches : celui de l'attribution d'une place par le pouvoir politique.

Effectivement, dans les deux cas, il s'agit d'élaborer un processus spatial visant à répartir les malades en les affectant à une place précise, les règlements concernant la lèpre ou la peste le démontrent. L'identification et l'attribution d'une place, à l'intérieur des murs de la cité ou hors des murs de la cité, recouvrent le principe d'une prise de contrôle du pouvoir sur les corps malades ou anormaux. Cette forme d'exercice du pouvoir et ces deux modèles d'organisation, l'exclusion ou la surveillance, se retrouvent-elles dans les modes de gestion contemporaines des corps différents ? Le corps est-il identifiable comme un lieu de pouvoir par les instances gouvernementales ?

SCHEMA 2- 1


- LA LÈPRE ET LA PESTE DANS LA CITÉ
2 modèles d'expression du pouvoir ? -
Mode d'expression du pouvoir
LA LÈPRE ET LA CITÉ
la cité, lieu de l'exclusion
Organisation de la mise à l'écart
LA PESTE ET LA CITÉ
la cité, lieu de diffusion
Organisation du quadrilllage et de la Surveillance
Idéal politique
"société pure"
"société disciplinée"
- identification des populations
- attribution d'une "place"
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

2.1.3.2 Le corps comme lieu d'expression du pouvoir ?

Le corps humain dans sa matérialité, lui-même inclus dans un corps social régi par un ensemble de codes, de normes, de croyances, d'interdits, est soumis à la tension entre liberté individuelle et vie collective. Comme le souligne Foucault, dans *Surveiller et Punir* : « *dans toute société, le corps est pris à l'intérieur de pouvoirs très serrés, qui lui imposent des contraintes, des interdits ou des obligations* » [Foucault, 1975]. Discipline, répression et punition sont donc les instruments utilisés par la société pour établir des contraintes par la soumission.

Des tortures du Moyen-âge aux peines les plus modernes (la dernière exécution en France date de 1977), le corps est le lieu du supplice : expier le mal ou la faute par la souffrance. À « l'école », l'usage de « châtiments corporels » a longtemps fait partie en France des punitions infligées aux élèves par les maîtres d'écoles. Aujourd'hui, la *Déclaration universelle des droits de l'homme* est chargée de garantir l'intégrité physique :

- *« Nul ne sera tenu en esclavage ni en servitude; l'esclavage et la traite des esclaves sont interdits sous toutes leurs formes »* [Art 4, ONU]
- *« Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants »* [Art 5, ONU]

Pourtant, dans de nombreux endroits du monde, le corps est toujours soumis aux châtiments. Cela témoigne de l'usage du corps comme lieu d'expression d'un pouvoir à deux niveaux : l'oppression et la punition. Le cas de Loubna Ahmed al-Hussein [cf. Annexe 1] est un exemple parmi d'autres du corps contrôlé et soumis à des châtiments en cas de non respect des règles. Au Soudan, cette journalise a été condamnée au titre de l'article 152 du code pénal soudanais[19] à une peine maximale de quarante coups de fouet pour avoir porté un pantalon dans un restaurant de la capitale, ceci étant considéré comme un acte indécent violant la moralité publique. L'idéologie appliquée par la constitution soudanaise et l'esprit de la loi islamique en vigueur dans cette partie du monde mettent en évidence une démarche oppressive visant à interdire certaines attitudes vestimentaires considérées impudiques par le pouvoir central d'une part et punitives d'autre part en exerçant une sanction physique.

Si les châtiments corporels sont bannis des pratiques politiques dans de nombreux États du monde, le corps reste soumis à des pratiques de contrôle social. Même s'ils

[19] Selon le code pénal soudanais, entré en vigueur en 1991, deux ans après le coup d'état de l''actuel président, Omar- el Béchir

n'illustrent pas directement une souffrance physique, deux exemples contemporains expriment l'idée du corps contrôlé à travers lequel le pouvoir s'exerce par la privation de droit et l'action coercitive indirecte. Il s'agit de l'exemple du bracelet de surveillance électronique des prisonniers d'une part et de l'exemple des structures panoptiques d'autre part.

Le placement de certains détenus sous surveillance électronique vise à proposer une alternative à l'incarcération. Le lieu et les horaires d'assignation sont alors fixés par le juge d'application des peines et s'exercent donc en dehors de la prison. Le bracelet électronique, placé au poignet ou à la cheville, rappelle physiquement à toutes personnes soumises à sa surveillance, la peine infligée. Le contrôle d'une déviance législative s'exerce non plus directement par l'enfermement et la privation de liberté physique mais par le contrôle et l'injonction du corps dans un cadre territorial et temporel imposé.

Le développement des structures panoptiques de J. Bentham évoqué par M. Foucault dans *Surveiller et punir* illustre parfaitement les principes de domination d'un pouvoir sans recours à une action directe sur le corps. Le système panoptique réside dans les principes de visibilité et par conséquent d'autocontrôle permanent du prisonnier. Effectivement, le dispositif architectural imaginé par J.Bentham permet au surveillant (école, prison, asile) situé dans une tour au centre de l'édifice d'observer les silhouettes des prisonniers sans leur offrir la possibilité de savoir s'ils sont réellement observés ou non. L'individu surveillé est placé dans une pièce (d'un bâtiment circulaire) percée de part et d'autre de larges fenêtres, potentiellement soumis au regard du surveillant placé au cœur de l'édifice. La panoptique met en évidence l'inversement des principes traditionnels pénitentiaires de réclusion des corps déviants en ouvrant les structures et en rendant visible les individus plutôt qu'en occultant le jour et en enfermant.

Directement ou indirectement, les institutions abordent le corps comme lieu d'intervention privilégié. La discipline apparaît comme instrument du pouvoir par l'élaboration d'un ensemble de règles à suivre. Le développement des principes disciplinaires sous-entend un renversement dans l'ordre et la forme de la soumission. Là où la soumission s'élaborait à travers le produit du travail (vassalité, esclavage), la discipline impose l'obéissance et se façonne directement dans le travail du corps : « *le moment historique des disciplines, c'est le moment où naît un art du corps humain, qui ne vise pas seulement la croissance de ses habiletés, ni non plus l'alourdissement de sa sujétion, mais la formation d'un rapport qui dans le même mécanisme le rend d'autant*

plus obéissant qu'il est plus utile, et inversement. Se forme alors une politique des coercitions sur le corps, une manipulation calculée de ses éléments, de ses gestes, de ses comportements. Le corps humain entre dans une machinerie de pouvoir qui le fouille, le désarticule et le recompose » [Foucault, 1975]. Réprimandes, répressions, punitions sont les instruments du respect ou non de la discipline. Elles s'imposent dans les lieux où la vie collective règne : *« on les trouve à l'œuvre dans les collèges, très tôt ; plus tard dans les écoles élémentaires ; ils ont investi lentement l'espace hospitalier ; et en quelques dizaines d'années, ils ont restructuré l'organisation militaire. Ils ont circulé parfois très vite d'un point à un autre (entre l'armée et les écoles techniques ou les collèges et lycées), parfois lentement et de façon plus discrète. Chaque fois, ou presque, ils se sont imposés pour répondre à des exigences de conjoncture : ici une innovation industrielle, là la recrudescence de certaines maladies épidémiques, ailleurs l'invention du fusil ou les victoires de la Prusse* » [Foucault, 1975]

Le respect des règles régissant le fonctionnement du corps social passe essentiellement par un système de répression et de sanctions centrées sur les corps individuels à travers des formes de souffrances physiques directes (punitions) ou de contrôle et de surveillance indirecte du corps (discipline). Cependant, les évolutions historiques et sociales expriment une dissension entre le corps comme lieu de répression/punition et le développement de l'assistance sociale aux corps meurtris ou malades.

2.1.3.3 La naissance des droits des personnes handicapées expression d'un pouvoir providentiel ?

Deux événements historiques majeurs dans l'histoire de nos sociétés occidentales vont confronter le corps social aux mutilations, difformités, amputations physiques. Un passage s'effectue alors d'une logique d'assistance religieuse et familiale à une logique de prise en compte sociale et collective.

Le premier fait historique est le développement de l'industrie au XIXe siècle. Il s'accompagne de l'amplification des accidents du travail. L'année 1898 marque la première étape vers la reconnaissance d'un statut social. La loi sur la réparation des accidents du travail[20] établissant la notion de responsabilité sociale va être votée. Dès lors, les atteintes physiques dues aux accidents du travail doivent être obligatoirement

[20] Loi du 9 avril 1898 relative aux accidents du travail

compensées. Cette loi contribue à donner aux accidentés ou mutilés de l'époque une reconnaissance et une place dans la société : « *le corps infirme, par la médiation de l'accidenté du travail, allait changer de perspective : il n'était plus le résultat d'un destin, d'une catastrophe naturelle, d'une faute, d'une déviance de la vie, il devenait un corps abimé par les mécanismes sociaux, dont nous sommes collectivement responsables* » [Stiker, 2005]. Cependant, la logique médicale de la réadaptation prévaut. Même si les accidentés sont reconnus socialement, il n'en reste pas moins que la médecine se donne pour objectif de réadapter leur corps afin qu'il se rapproche le plus possible de la « normalité ». D'un point de vue social, *« cette image du « handicapé » comme un être à « réadapter » signifie que la société se considère comme un ordre unique à établir ; elle se considère donc comme ayant le « devoir », la charge, la tâche, d'annuler les disparités dans sa norme »* [Stiker, 2001]. Pourtant, c'est précisément à ce moment qu'un changement profond s'élabore dans la société,

Le second événement historique est la Première Guerre mondiale. Elle dévoile aux yeux du monde le visage de ceux qui seront appelés « les gueules cassées ». Les guerres agissent comme des révélateurs du handicap. Elles mettent en lumière des populations civiles, parties valides et revenant infirmes. Sous la pression associative, *« la société se doit alors de prendre en charge cette population d'hommes que « les patries ont cassés»* [Stiker, 2001]. Ces hommes retournent vivre chez eux, l'infirmité sort alors dans la rue : *« en se réintégrant autant que faire se peut dans le travail, la famille, la cité, les victimes du front expérimentent la première génération d'invalides dans la société industrielle »* [Doriguzzi, 1994]. Revenant en héros s'étant battu pour la patrie, la société légifère pour cette nouvelle population d'infirmes : les mutilés de guerre. Plusieurs lois les concernant voient le jour. En 1916, une loi propose des emplois réservés[21], en 1918[22], une loi vise à garantir la rééducation, en 1924[23] une loi propose l'emploi obligatoire. Dès lors la personne handicapée, n'étant pas encore définie comme tel, va avoir un statut social. Il est établi qu'il doit être compensé par un système d'aide et de prise en charge. La société se tourne vers la prise en charge de l'infirmité et de l'assistance.

[21] Loi du 17 avril 1916 pour l'obtention des emplois réservés dans les administrations aux anciens militaires réformés ou retraités par suite de blessure ou d'infirmité contractées durant la guerre 1914-1918

[22] Loi du 2 janvier 1918 instituant l'office national des Mutilés et réformés de guerre destiné à subventionner des écoles de rééducation

[23] Loi du 26 avril 1924 sur l'emploi obligatoire des mutilés

Ces deux événements ont une incidence forte sur la société. Ils rendent visible sur la scène publique une population particulière. Le pouvoir se doit de prendre en compte ces individus aux corps déformés et mutilés.

2.1.3.4 Effacer le handicap par la réadaptation : une action ciblée sur le corps ou l'expression d'une dimension ambivalente du pouvoir ?

La logique d'enfermement généralisé laisse effectivement la place à une logique d'assistance, de réadaptation et de réintégration. La population de marginaux, d'infirmes, de pauvres, de prostitués, au cœur de la cour des miracles du Moyen-âge était définie comme une entité à part, supposant nécessairement l'enfermement. Or, la mise en place de l'assistance et de la réintégration va faire peu à peu des « handicapés » une catégorie de population particulière, certes différente, mais pour laquelle il va falloir mettre en place des systèmes de compensation. Ces systèmes de compensation visent à faire participer la personne mutilée (par le travail ou la guerre) à la vie de la société. Cependant, l'objectif des politiques publiques et des lois mises en place et même de la médecine est de « réadapter » l'individu afin qu'il se rapproche le plus possible des personnes normales : les valides. La réadaptation vise donc à *« intégrer ces personnes en cherchant à les normaliser, à les adapter unilatéralement à la société, et non pas à revenir sur les normes régissant l'organisation de celle-ci »* [Sanchez, 1989]. Le développement du travail standardisé est un exemple emblématique : *« l'exigence des normes productrices impose un type d'ouvrier standardisé capable de suivre un rythme régulier, dans le moule d'un outillage auquel l'ouvrier s'adapte »* [Doriguzzi, 1994]. Dans cette logique, comment un individu mutilé ou ne possédant pas toutes ses capacités physiques peut-il trouver sa place dans ce système productif normatif ? La loi du 23 novembre 1957 propose le statut de travailleur handicapé afin d'intégrer les personnes handicapées dans le monde du travail. Plutôt que de permettre une intégration en milieu ordinaire, cette loi développe deux principes conduisant, soit à la normalisation, soit à la création d'espaces de travail spécifiques (création des Ateliers Protégés (AP) et des Centres d'Aide par le Travail (CAT)). Effectivement, cette loi *« envisage le reclassement des travailleurs handicapés ou leur reclassement suivant un processus adapté à chaque cas : réadaptation fonctionnelle, rééducation, formation professionnelle »* [Allemandou, 2001].

L’intervention politique et sociale sur le corps s’articule donc autour d’une double dimension du pouvoir. D’une part, le pouvoir s’exerce directement sur le corps. Il devient l’expression du maintien de l’ordre social, directement par les supplices et les peines physiques et indirectement par le contrôle et la surveillance (bracelet électronique, camisole chimique). En France, l’évolution des formes de pouvoir sur les corps individuels est marquée par le passage de l’action répressive directe sur le corps à l’action indirecte. Le développement de l’intérêt pour les mutilés de guerre, les malades à travers les lois et l’importance de la réadaptation traduit le changement de l’exercice du pouvoir sur le corps. Le corps, en devenant, lieu du handicap devient, par la même occasion, le lieu de nouvelles actions politiques en charge de la réadaptation et de l’action sociale. Cependant, en définissant le « handicap » d’un point physique les actions à mener pour intégrer l’individu à la société restent dans le domaine médical. En vertu de cette conception du corps, lieu unique de la problématique du « handicap », le cadre matériel de la vie en société, l’environnement du corps, soit le cadre bâti, les espaces publiques, les systèmes de transports, les logements… se sont élaborés autour d’une vision spécifique du corps humain.

2.2 – LE CORPS, PRÉSENT OU ABSENT DE LA PENSÉE ARCHITECTURALE ET URBANISTIQUE ?

L'urbain propose un cadre, un support à la vie en société de l'être humain. L'urbanisme, l'architecture, les aménageurs sont chargés de produire ce cadre. Les différents courants de pensée ou écoles ont chacun développé leurs préceptes pour faire de la ville un lieu de vie correspondant à un idéal politique et social de la vie en communauté urbaine. Le corps *« est à la base de toute architecture, la condition sine qua non de son existence, l'architecture est pensée, projetée, construite et même vue en fonction du corps »* [Perelman, 1994]. Cela se traduit par un corpus littéraire conséquent, offrant tour à tour villes utopiques et modèles d'urbanisme dont certaines réalisations sont d'ailleurs visibles dans nos paysages urbains contemporains. Pourtant, l'analyse du lien entre le corps et l'architecture n'est pas courante, ni directe, bien que les deux soit intimement liés. Au-delà de l'analyse du lien entre le corps et l'architecture, le travail mené ici consiste à mettre en lumière ce rapport. Avant de parler du corps comme « *composante matérielle de la dimension biologique de l'être humain, ensemble de dispositifs (sens, motricité…) rendant possible l'interface avec le monde extérieur* » [Hancock, in Lévy & Lussault, 2003], rappelons que les fondements du lien entre la ville et le corps se sont établis autour de la représentation de la ville comme un corps. La place du corps, en tant qu'entité physique directement confrontée à l'espace, apparaît en filigrane des projets, la vocation intégratrice des villes envers les populations déficientes étant récente.

2.2.1 - L'architecture et l'urbanisme au secours du corps urbain

Dans l'histoire de l'architecture et de l'urbanisme le lien le plus récurrent avec le corps trouve ses racines dans les définitions urbanistiques ou architecturales de la ville.

2.2.1.1 Les maladies du corps urbain

De nombreuses métaphores biologiques de la ville placent l'architecture et l'urbanisme comme outils, sciences ou arts, ayant pour objectif d'organiser, de réparer la ville : *« l'urbanisme entend organiser rationnellement un espace urbain qui fait figure de corps malade et dont il s'agit d'identifier la logique de fonctionnement, de diagnostiquer les maux et d'imaginer les remèdes… »* [Frey, 2000]. Effectivement, pour de nombreux architectes ou urbanistes l'utilisation de la métaphore corporelle est récurrente pour décrire des bâtiments ou la ville. Alberti (architecte, XVème siècle) établit un parallèle entre les constructions architecturales et le corps humain : *« comme tout corps (vivant), l'édifice est composé d'une ossature (éléments porteurs), de tendons et ligaments*

(éléments de liaison) ainsi qu'une chair (remplissage) et d'une peau (revêtements) ». [Alberti, cité dans Choay, 1980]. Dans le même ordre d'idée pour Le Corbusier (architecte, XXe siècle) la ville est un corps malade qu'il faut guérir : *« dans le plus dangereux et menaçant cancer qui dès maintenant se prend à étreindre la ville et l'étouffera »* [Le Corbusier, 1925]. Les métaphores physiques s'expriment aussi de façon symbolique dans certains objets architecturaux. Perelman souligne que chez les Grecs certains objets architecturaux ont une symbolique corporelle forte, la colonne grecque, par exemple, renvoyant à la jambe.

Ces métaphores physiques traduisent surtout une image, une représentation des villes et des bâtiments. Une approche plutôt fonctionnaliste et prophétique s'installe alors. L'édifice ou la ville fonctionne de la même façon que des corps humains, avec un ensemble de fonctions (organe) et de réseaux de circulation (systèmes nerveux, systèmes sanguins). Les villes ont souvent été envisagées comme des organismes vivants, *« des corps malades proliférant comme un cancer »* [Frey, 2000]. Pourtant le lien entre le corps et l'architecture ne se limite pas à une vision métaphorique de l'architecture ou de l'urbanisme. Dans cette relation plusieurs liens peuvent être tissés. Le premier interroge la place du corps dans la ville, qu'il soit malade ou en bonne santé, comment le corps est accueilli et pris en compte dans la pensée urbanistique ? La seconde fait référence à l'usage de la ville et des édifices. Comment le corps utilise et s'adapte aux différents objets architecturaux ? À l'inverse enfin, comment les architectes utilisent le corps en tant qu'instrument de mesure possible pour la construction?

2.2.1.2 L'hygiénisme et le fonctionnalisme comme réponse à la ville malade

L'attention portée à la maladie, aux infections dans les villes prend racine dans la critique de la ville industrielle et la croissance démographique. Les villes de cette époque sont sombres, grises, sales alors que les villes ressentent de plus en plus fortement les effets de la croissance démographique. La ville doit donc grandir et s'adapter à un nouveau mode de vie. Le cadre urbain doit être repensé et refaçonné devant les nouvelles exigences contemporaines : *« l'industrialisation, la croissance démographique et l'urbanisation constituent un terreau extrêmement favorable »* [Giovannoni, 1998]. Les problèmes de la ville ne peuvent pas non plus être dissociés des problèmes sociaux qu'elle abrite. L'urbanisme doit revoir la structure physique de la ville en agissant sur la structure et les tares sociales. Les critiques formulées sur la ville industrielle ne sont pas

séparables *« d'une critique globale de la société industrielle, et les tares urbaines dénoncées apparaissent comme le résultat de tares sociales, économiques et politiques »*. [Choay, 1965].

Dans le contexte du développement de la médecine, les principes de l'hygiénisme visent l'assainissement des villes, la circulation des éléments naturels (eau, air, lumière) ainsi que le bien-être à travers le développement des équipements sportifs, le développement des systèmes d'évacuation des eaux usées...etc. L'hygiénisme tend à éviter les maux urbains tels que la délinquance, l'alcoolisme, la maladie, présents dans certaines villes, certains secteurs notamment dans les quartiers prolétaires. Il y a donc un lien entre la pensée hygiéniste et les maladies physiques mais aussi sociales des espaces urbains. Les prémices d'une pensée environnementaliste s'amorcent à cette période. L'hygiénisme suppose qu'en agissant sur le cadre urbain, certaines tares sociales et maladies physiques peuvent être éradiquées. Effectivement, *« la plupart des acteurs sociaux du moment partagèrent, peu ou prou, ces mêmes valeurs, crurent que la ville malade, en certains de ses quartiers, était curable, s'engagèrent dans cette voie. Il fallait guérir la ville et l'édilité publique, comme l'urbanisme furent des instruments de choix pour satisfaire cet objectif »* [Lussault, 2003].

Par la suite, le courant fonctionnaliste basera sa conception des espaces urbains sur l'analyse des besoins humains afin d'organiser la ville et créer autant de zones, secteurs qu'il y a de fonctions à remplir. La physiologie du corps humain et les activités humaines sont donc effectivement prises en compte mais d'un point de vue finalement assez normatif et limité. Le postulat étant que selon le type d'individu (enfant, femme, homme) chacun à un certain nombre de besoins à remplir (boire, manger, dormir, travailler, laver le linge, être éduquer, faire du sport). Les tenants de l'urbanisme progressiste (le Congrès International d'Architecture Moderne (CIAM) et notamment Le Corbusier) ont réduit *« les activités humaines en quatre fonctions (travailler, habiter, circuler, se récréer) devant chacune recevoir un traitement rationnel spécifique, en architecture comme en urbanisme »* [Choay, 1996]. Une vision très simpliste du corps et extrêmement rationalisée s'esquisse ici. Le Corbusier ira encore plus loin dans la pensée progressiste guidée par la volonté de normalisation et de standardisation de l'habitat.

Enfin, l'urbanisme opère à l'échelle de la ville. Elle est appréhendée comme un corps global avec son cœur, véritable moteur central, ses autres fonctions vitales et ses voies de communication. La ville est une entité pouvant subir des dysfonctionnements, véritables maladies venant gangrénées ses fonctions (maladie, pandémie, condition de salubrité générale…). Cette approche de l'architecture et de l'urbanisme à tendance à nous faire oublier que la ville abrite aussi des individus et donc des corps. Les urbanistes et les architectes doivent porter leur réflexion sur la conception du cadre bâti en fonction des corps qu'ils vont entourer.

2.2.2 - Quand le corps devient outil de l'architecte

L'architecture se plaçant à l'échelle de l'édifice doit envisager le corps comme une entité directement reliée à elle. La théorisation du corps dans l'architecture est donc ancienne. Depuis l'Antiquité, le corps est utilisé comme un outil de référence dans l'élaboration des mesures du quotidien.

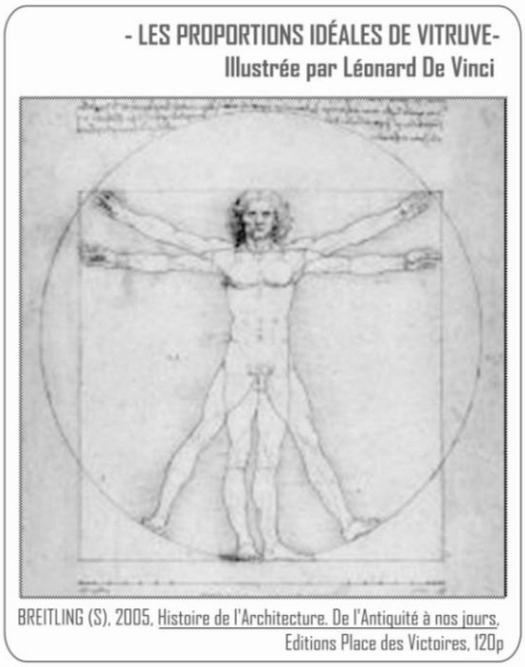
2.2.2.1 Les dimensions du corps

Elaboré par la nature, le corps apparaît comme un modèle des proportions parfaites. La « proportion » au sens *« grandeur et dimension d'une partie, comparée avec le tout ou l'ensemble auquel elle appartient »* [Millin, 1806] mobilise le regard. D'autre part, elle suggère l'idée d'harmonie ainsi que celle de norme. Tout d'abord, l'harmonie, que cela soit dans le cas d'un bâtiment ou même du corps, est garante d'une forme de respect de l'ordre visuel en instaurant un équilibre. Porter le regard sur un bâtiment ou un corps dont les proportions sont respectées permet de balayer d'un regard un espace ou un objet dans son ensemble. Les proportions lissent le bâtiment ou la personne observée, elles garantissent une forme d'harmonie. Si les proportions ne sont pas respectées, l'équilibre est brisé, le regard s'accroche ou s'arrête sur un élément s'éloignant de l'équilibre harmonique. Il y a donc à travers l'importance des proportions le développement de règles, de normes, garant de l'ordre et de l'équilibre. Ainsi, les critères de beauté (d'un corps ou d'un bâtiment) dépendent fortement des proportions, liées à la culture, à l'histoire d'une société, l'œil ayant incorporé ces normes façonnant nos mentalités. L'usage d'un rapport de proportion pour l'architecture apparaît comme « l'outil » indispensable à l'architecte et a toujours alimenté les théories architecturales. Le nombre d'or en est l'exemple le plus représentatif. C'est un système de proportion géométrique tel que le rapport entre deux longueurs (a/b) est égal à la somme des deux

longueurs sur la plus grande (a)[24]. Ce rapport est toujours égal à 1,618 soit la *« section d'or »* [Boudon, 1992[25]]. Intervenant dans la construction de nombreux bâtiments, dont le Parthénon par exemple, ce rapport assure l'harmonie esthétique idéale à un édifice.

Si le nombre d'or trouve ses sources dans des recherches mathématiques, Vitruve (architecte romain, Ier siècle avant JC) sera l'un des premiers théoriciens reconnus ayant fait un lien entre le corps et les proportions idéales. Le travail de Vitruve a pour objectif de trouver des règles permettant aux architectes de proportionner leurs édifices de façon à ce qu'ils accèdent à la beauté. C'est en prenant les mesures sur celles du corps humain qu'il est possible d'arriver à produire ces règles. Selon lui, *« pour qu'un bâtiment soit bien ordonné, il faut donc que toutes les proportions s'y trouvent et se rapportent entre elles ; comme il est nécessaire, pour qu'un homme soit bien fait, que tous ses membres soient bien proportionnés les uns avec les autres »* [Vitruve traduit par De Bioul, 1816]. Le corps apparaît comme une forme bien proportionnée composée par la nature, *« de manière que chacun de ses membres est proportionné avec le tout »* [Vitruve traduit par De Bioul, 1816]. Ainsi, le corps est le module de base à partir duquel il construira par analogie les mesures idéales des édifices [Guillerme, 2007[26]]. Vitruve a divisé tous les membres du corps humain en différentes mesures s'inscrivant dans différentes formes géométriques. Léonard de Vinci a illustré les principes de proportion du corps humain de Vitruve *en dessinant* les proportions du corps humain [cf. Encadré 2-2].

ENCADRE 2- 2



Au XVe siècle, Alberti reprend les principes de Vitruve en proposant à la fois une critique et une actualisation de sa pensée. Il propose des règles permettant d'élaborer des constructions, basées notamment sur *« l'axiome « édifice-corps »* [Choay, 1996]. Il met en évidence la nécessité d'élaborer un système normatif permettant de construire des

[24] a/b = (a+b)/a = 1,618…
[25] Cité dans l'Encyclopedia Universalis, Ressource électronique
[26] Cité dans l'Encyclopedia Universalis, Ressource électronique

édifices en vertu des différents usages humains : *« l'infini variété des usages humains qui se répercute sur les édifices et exige, pour qu'on ne se perde point dans cet univers de différences, l'établissement d'une taxinomie »* [Alberti cité dans Choay, 1996]. Alberti aborde l'édifice comme un corps. Ayant conscience de la diversité possible des édifices et de l'usage qui en sont fait, il trouve nécessaire d'élaborer un lien entre le corps et l'architecture.

Selon Alberti, le corps est le seul élément permettant de trouver une unité dans la diversité des possibles qu'il évoque. Tous deux établissent là un lien entre les proportions du corps et des bâtiments. Le système de proportion physique de l'être humain établi sur un dimensionnement mathématique du corps et donc excessivement normatif. Le corps est abordé comme une entité parfaite dans ses mesures et ses capacités. Cette approche, par analogie, renvoie donc au développement d'une architecture, elle aussi normée et basée sur l'idéal d'un corps parfait. Le développement des théories de Le Corbusier, au vingtième siècle, souligne que cette approche du corps idéal persiste fortement.

2.2.2.2 Le Corbusier et le « Modulor » ou la base d'un urbanisme moderne normé

Les travaux de Le Corbusier sur la construction d'un système de mesure universel pour l'urbanisme cristallisent la conception rationaliste de l'architecture moderne prônée par le Congrès International d'Architecture Moderne (CIAM). À travers la théorie du Modulor, il apparaît *« indispensable de disposer d'un outil de mesure capable d'apporter unité et diversité »* parce que les différents systèmes de mesure élaborés jusqu'à maintenant par la pensée contemporaine sont *« devenus paralysants et intolérables »* [Le Corbusier, 1948]. Il y a derrière le développement des théories de Le Corbusier une recherche de l'ordre et une forme de gommage des différences sous-entendant une standardisation du corps. C'est le cas dans la proposition du plan en damier pour la ville de Chandigarh ou dans l'élaboration de ses unités d'habitat moderne.

La nécessité de disposer d'un tel outil de mesure apparaît indispensable à Le Corbusier alors qu'il souhaite construire des habitations en série, notamment au moment de la reconstruction après la Seconde Guerre mondiale. Il souhaite alors développer les outils nécessaires à la standardisation et normalisation de l'architecture. Le corps apparaît comme l'outil de mesure le plus logique. Il a souvent été utilisé par les hommes pour construire ou mesurer (exemple la coudée, la foulée, le pied…). D'autre part, c'est autour

du corps que les édifices se construisent, les corps en sont les usagers guidés par l'esprit. Cela met en lumière la dimension mathématique du corps humain. Dans un contexte de développement des techniques de mobilité (voiture, aviation…), le passage se fait, aux yeux de Le Corbusier, entre un monde figé avec des produits architecturaux stables et la nécessaire harmonisation des systèmes métriques, divisé jusqu'à maintenant entre le pied-pouce anglo-saxons et le système métrique. Auparavant, les lieux ne voyageaient pas, les bâtiments *« Parthénon, temples de l'Inde et les cathédrales, les huttes et les maisons, se construisaient en des lieux précis : Grèce ou Asie, etc… produits stables qui ne voyageaient pas et n'avaient pas à voyager »* [Le Corbusier, 1950]. Dans un monde en mouvement, il doit être possible de construire partout. Pour Le Corbusier, il est donc nécessaire de trouver un outil de mesure universel moderne, c'est précisément ce que propose « le Modulor ».

Dans l'*Habitation moderne* [Le Corbusier, 1948], Le Corbusier affiche avec facilité la construction de *« l'immense édifice de Marseille*[27] *»* en prenant les *« mesures des appartements et de l'immeuble avec une série de quinze mesures seulement »* [Le Corbusier, 1948]. Bien que son approche paraisse novatrice et moderne pour l'époque, elle n'est pas si éloignée des théories de Vitruve ou Alberti évoquées précédemment. L'approche développée dans le principe du Modulor a effectivement les mêmes objectifs de recherche d'une certaine forme de perfection harmonique et d'universalité des mesures, même si jusqu'à maintenant les théories liées aux corps et à l'architecture avaient surtout une visée esthétique et spirituelle dans la conception harmonique du corps et de la construction.

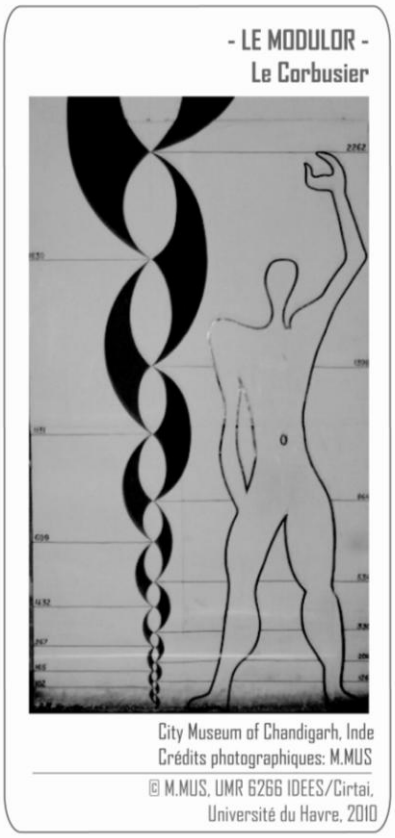
Le Modulor [Photo 2-1, p109], outre le fait d'abolir les problèmes de conversion entre différents systèmes métriques, propose un outil de dimensionnement du cadre bâti à l'échelle humaine. C'est *« un outil de mesure issu de la stature humaine et de la mathématique. Un homme-le-bras-levé fournit aux points déterminants de l'occupation de l'espace, -le pied, le plexus solaire, la tête, l'extrémité des doigts le bras étant levé, -trois intervalles qui engendrent une série de section d'or, dite de Fibonaci »* [Le Corbusier, 1950]. Il permet de fixer les dimensions des objets à construire,

[27] Il s'agit de la « Cité Radieuse » dont la construction s'est achevée à Marseille en 1952

harmonieusement organisés autour de l'échelle humaine, car ces objets sont le prolongement du corps.

La prétention d'universalité de Le Corbusier le pousse à concevoir les corps comme des objets eux aussi universels. En envisageant l'utilité d'un instrument de mesure universel pour l'architecture, il utilise un outil basé sur le corps humain, par essence varié. Il soulève effectivement la question de la variété des corps dans *« l'Habitation moderne »* en soulignant que *«chaque région, chaque pays, chaque civilisation, affecta des dimensions particulières à ces éléments de mesure. Le pied français par exemple, était plus grand que le pied italien »* [Le Corbusier, 1948]. Pourtant, il ne fera qu'effleurer ce problème de tailles différentes de l'être humain dans l'évolution de sa pensée. Il le solutionnera rapidement : *« puisque les objets de fabrication mondiale à dimensionner avec le « Modulor », voyagent en tous lieux, devenant, par conséquent, propriété d'usagers de toutes races et de toutes tailles, il est aussi naturel qu'impératif d'adopter la hauteur de l'homme le plus grand (six pieds) pour que les contenants fabriqués puissent être employés par lui. Il en résulte le dimensionnement architectural le plus grand ; mieux vaut être (dans une mesure sage) plus grand que trop petit, disposant ainsi de contenants utilisables par tous ».* [Le Corbusier, 1950]. En utilisant, « l'homme le plus grand » comme norme de construction, Le Corbusier finit par occulter les populations plus petites, ou plus fragiles, loin du standard qu'il élabore. Sa volonté de standardisation exclut une partie de la population de l'usage de ces constructions.

PHOTO 2- 1



L'urbanisme de Le Corbusier s'organise donc autour d'une vision normative et restrictive du corps. Il propose à la fois l'image d'un corps idéal et standard et par voie de conséquence des usages normés des contenants architecturaux. Construits autour d'un homme normalisé, comment les individus éloignés de ces dimensions peuvent s'approprier, utiliser et vivre dans un cadre spatial normé et finalement inadapté ? Au-

delà des bâtiments, la pensée du corps à travers l'architecture et l'urbanisme dépasse le cadre figé des bâtiments et est aussi entrée dans l'ère du mouvement.

2.2.3 – Le corps et le mouvement dans la pensée architecturale et urbanistique

Le mouvement des individus et des biens est au cœur de la transformation de la cité vers l'urbain. Au fil des évolutions des moyens de transports, la mobilité devient à la fois un enjeu technique puissant mais aussi social et économique.

2.2.3.1 Les voies de circulation comme élément du devenir urbain ?

L'organisation de la cité, en tant que forme, est fortement corrélée à celle des voies de communication. Le développement de ramifications étroites, de façon à maximiser l'utilisation de l'espace, et l'impossibilité d'étendre le réseau de rues hors des enceintes de la cité dessinent une entité figée sans possibilité d'extension. En configurant les déplacements, le développement des voies de circulation revêt une importance urbanistique et par là même symbolique, assez forte. À partir du moment où les murs de la ville tombent, les voies de circulation se développent. Dans sa théorie de l'urbanisation (1867), Cerdà (urbaniste et architecte espagnole, XIXe siècle) aborde l'idée d'une nouvelle civilisation urbaine *« dont les caractères sont le mouvement et la communication »* par opposition *« aux anciennes villes, où tout est mesquin et étroit »* [Cerdà, 1867]. Une rupture apparaît donc entre l'idée de villes anciennes, figées et immobiles et l'essor d'une nouvelle civilisation urbaine pour laquelle le mouvement et la mobilité apparaissent comme des éléments fondateurs et fondamentaux de cette nouvelle civilisation. D'un point de vue symbolique, *« un premier problème, éternel, posé par la mobilité est celui de la coprésence, de l'intrusion de l'autre sur « notre territoire »* [Orfeuil, 2008]. L'ambiance rassurante de la cité protégée mais fermée par des enceintes est mise à mal par l'ouverture et le développement des voies de circulation. Cela impose de fait, le mouvement de population, l'intrusion des « autres » sur un territoire auparavant encerclé et donc contrôlable. La rue devient un espace où les interactions sont constantes. Espace dans lequel chacun inscrit son existence publique mais aussi espaces de risques où s'inscrivent toutes sortes de pratiques spatiales conflictuelles ou non [Roulleau-Berger, 2004].

Le développement des moyens de transport, l'amélioration de la vitesse apparaissent selon Mumford comme certains des plus grands bouleversements du XIXe siècle et comme la période la plus importante de l'humanité pour Cerdà. Effectivement, le

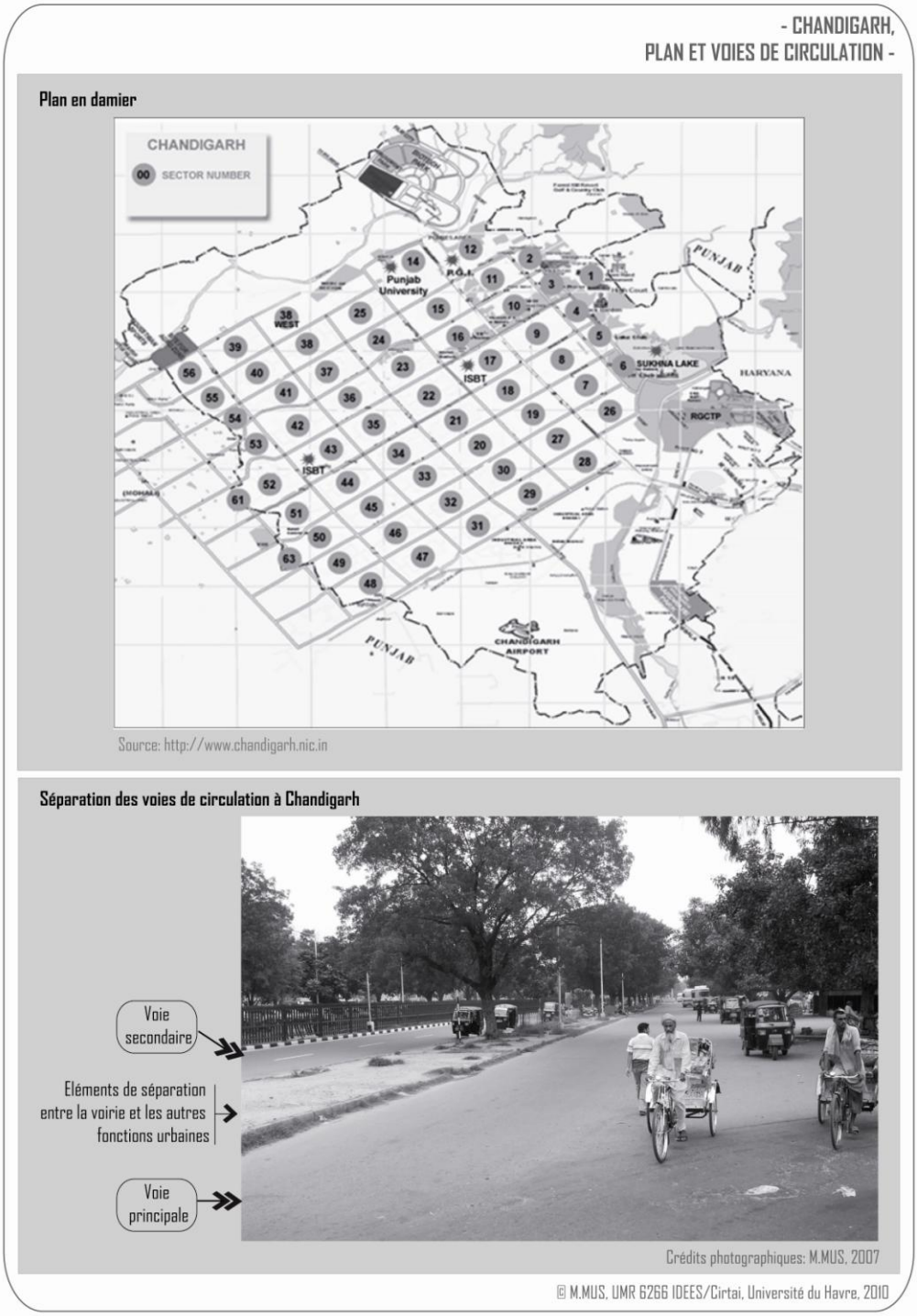
développement des transports modifie, dans la forme, ce qui était au fondement de la cité, la « coprésence ». Grâce aux transports, *« l'entassement dans un espace réduit cessait d'être le seul moyen de permettre le contact et la coopération d'un très grand nombre d'individus à la fois »* [Mumford, 1964]. La concentration de population et la coprésence ne sont plus des nécessités dans la mesure où les moyens de transport permettent de relier les réalités distantes entre elles. Ainsi, le développement de la ville et des voies de circulation sont intrinsèquement liés, l'une étant la condition de l'extension de l'autre. Les voies de circulation et les moyens de transport ont donc joué une importance capitale dans l'organisation de la ville. La taille des voies de circulation, le mode de transport seront garants de la fluidité ou non du trafic, de la congestion ou non des espaces urbains. C'est dans cette perspective que la mobilité apparaît à la fois comme un élément garant de la pérennité des espaces urbains, élément clé de la modernité.

L'adaptation à la vitesse, aux dimensions des véhicules et aux exigences circulatoires qu'elles imposent est difficile pour les espaces urbains. Ils sont malades, congestionnés. Pour Cerdà, *« elles (les villes) ressemblent à ces malheureux qui aux moyens de fards et de riches vêtements, s'obstinent à dissimuler leurs maladies et leurs infirmités »* [Cerdà, 1867]. Pour Le Corbusier, la ville est malade, les réseaux tels qu'ils se sont historiquement développés affaiblissent la ville et pourraient conduire à sa mort *: « les capitales n'ont pas d'artères, elles n'ont que des capillaires ; la croissance marque leur maladie ou leur mort. Pour se survivre, leur existence est depuis longtemps entre les mains des chirurgiens qui tailladent sans cesse »* [Le Corbusier, 1925]. Les grandes opérations de réaménagement des villes se justifient donc. L'intervention massive sur la structure des villes apparaît comme le moyen de les guérir. Ainsi, le réaménagement de Paris par Haussmann s'inscrit dans cette logique. Le réaménagement des anciennes citées européennes médiévales ou baroques passent nécessairement par le redéploiement des réseaux. Dans ce cadre, l'urbanisme fonctionnaliste s'empare de la circulation comme l'une des quatre fonctions de l'établissement humain (habiter, travailler, circuler, se cultiver le corps et l'esprit). La ville, objet, moderne devient alors un espace fonctionnel au sein duquel la circulation sera, au même titre que les autres fonctions, rationalisée. Dans la Charte d'Athènes (1933), Le Corbusier insiste sur l'inadaptation de la taille des voies de circulation avec *« les nouvelles vitesses mécaniques et l'essor régulier des villes »*. Les villes proposées par les tenants de l'approche progressiste sont donc

extrêmement calibrées et répondent à une hiérarchie fonctionnelle des différents composants urbains.

L'exemple de Chandigarh[28], dont le plan d'urbanisme [cf. Encadré 2- 3] a été réalisé pour partie par Le Corbusier et son équipe autour de différents secteurs urbains, le met en évidence.

ENCADRE 2- 3



[28] Capital du Punjab situé au nord-ouest de l'Inde et partageant une frontière avec le Pakistan.

Chaque secteur mesure 800 mètres par 1200 mètres et accueille une fonction précise : le secteur 17 regroupe les hôtels, bars et restaurants tandis que l'université de Chandigarh est implantée sur le secteur14, etc. Le système de circulation de Chandigarh est extrêmement hiérarchisé autour de « sept niveaux » de circulation visant à structurer le déplacement des différents modes de transports, la voiture étant le symbole de la modernité pour laquelle de larges artères ont été prévues. Les sept types de voies sont organisés comme suit : *"The 7Vs establishes a hierarchy of traffic circulation ranging from : arterial roads (V1), major boulevards (V2) sector definers (V3), shopping streets (V4), neighbourhood streets (V5), access lanes (V6) and pedestrian paths and cycle tracks (V7s and V8s)29".* Envisagées comme un support technique aux moyens de déplacements, les voies de circulation apparaissent pour les urbanistes comme la clé du devenir urbain. Le courant progressiste et moderniste révèle une rupture, chez les aménageurs, les architectes et les urbanistes, dans la place accordée au piéton et le triomphe de la voiture comme moyen de transport dominant et socialement valorisé. La mobilité motorisée nécessite une organisation urbaine centrée autour de l'objet « voiture » et permet une *« mobilité étendue »* [Grinberg, 2001] aux individus, symbolisant la modernité et la liberté. Cependant, la valorisation urbaine de la voiture et des voies de circulation s'est souvent faite au détriment d'une réflexion sur le piéton, l'individu-usager non motorisé de l'espace, devient un oublié de la structuration urbaine.

2.2.3.2 La valeur du mouvement : « être mobile » et « corps immobile »

La connexion à l'infini, clé de l'urbain, met en avant le mouvement comme un élément important du mode de vie urbain. Le *« succès de la coprésence et l'étalement urbain qui en résulte imposent rapidement d'utiliser au mieux le déplacement et la télécommunication, donc la mobilité »* [Lussault, 2007]. Avec l'urbain naît à la fois une société du mouvement et de la mobilité. La mobilité représente la vie alors que l'immobilité renvoie à l'inertie et à la mort. Être capable de se déplacer est donc devenu indispensable. Ce sont ces avancées techniques fortement corrélées avec l'évolution de la ville qui ont contribué à de profondes mutations. La mobilité et la ville interagissent, l'une élaborant les transformations de l'autre et vice-versa. Ce n'est pas tant un *« couple infernal »* [Wiel, 2005] qu'un couple indissociable. L'urbain s'inscrit dans un système d'interactions sociales et spatiales. Il met en jeu une *« morphologie/agencement urbain,*

[29] Site officiel de Chandigarh http://chandigarh.nic.in

des interactions sociales (s'inscrivant dans des lieux) et des flux de déplacement pour passer de l'un à l'autre » [Wiel, 2005]. Si la circulation représente un objet urbanistique important c'est *« parce que les grandes villes, dans l'état actuel de la civilisation, ne sont que des agglomérations d'hommes pressés ; qu'on y vienne pour produire, pour échanger, pour jouir, pour paraître, on est talonné par le temps, on ne supporte ni délai, ni obstacle »* [Mongin, 2005]. La circulation est une valeur essentielle de l'urbain contemporain. Elle permet le contact de façon efficace au quotidien. La mobilité apparaît donc comme une valeur de l'urbain au sens économique *« cette emprise de la circulation est aussi monétaire, elle consacre l'argent comme échangeur et médiateur, elle préfigure la circulation contemporaine, celle qui n'a plus de limites spatiales, avec l'ouverture des marchés financiers qui singularise la troisième mondialisation »* [Mongin, 2005]. D'autre part, loin d'être uniquement des dispositifs techniques, les réseaux de transport supports du mouvement, doivent être envisagés comme de véritables territoires.

Au premier abord, le système de transport *« est généralement composé de voies de circulation et autres installations fixes ; de véhicules approvisionnés en énergie ; d'un système de communication pour l'exploitation et la sécurité ; de personnels techniques et commerciaux pour gérer l'entreprise »* [Rivier, 2004]. Ils sont donc les « supports » de la mobilité, au sens où ils offrent les conditions matérielles des déplacements. Les systèmes de transport ouvrent aux individus un ensemble d'opportunités en termes d'accès à des services, des lieux par exemple. Mais pénétrer dans un système de transport, s'agissant de transports en commun ou de transports individuels, implique de s'approprier les éléments matériels et d'inscrire ses pratiques spatiales et sociales sur ce support. De fait, l'accès au réseau de transport suppose de pouvoir mettre en place un certain nombre d'actes : être capable de lire le plan des réseaux, d'acheter les billets, de les valider, de savoir ou monter/descendre, dans le cas des transports collectifs, de connaître le code de la route et d'avoir passé son permis de conduire dans le cas de la voiture. Ainsi, *« entrer sur un «réseau-territoire » suppose de sacrifier à des normes et des rites, à des protocoles d'entrée et de sortie »* [Le Breton, 2005]. En abordant la mobilité comme un capital au même titre que le capital économique ou social (Bourdieu), S. Allemand suggère que la mobilité en elle-même fait référence à un patrimoine, à des ressources mobilisables, *« ne reposant pas seulement sur la possession de moyens de transports individuels ou l'accès à des moyens de transports collectifs, mais sur des compétences et des savoir-faire »* [Allemand, 2004]. En ce sens, les dispositifs techniques de la mobilité, qu'elle soit réelle

ou virtuelles deviennent de véritables outils qu'il est nécessaire de maîtriser pour être inclus dans l'urbain et son mode de vie. A l'ère de l'urbain, la mobilité ne constitue pas une simple compétence, mais une véritable compétence citadine.

Il semble effectivement que la mobilité ne soit pas un « capital » au sens de ressources ou de patrimoines disponibles mais une compétence renvoyant à l'aptitude et à la capacité d'un individu à se déplacer. L'acte mobilitaire s'inscrit dans un espace sensible dans lequel le corps et l'esprit doivent interagir avec un certain nombre de dispositifs techniques et sociaux. La mobilité n'est pas un capital en elle-même, mais une compétence renvoyant à l'aptitude des individus à mettre en œuvre tous les dispositifs médiatisant le rapport et la construction des territoires [Le Breton, 2005]. Une maîtrise fonctionnelle et sociale des réseaux est donc nécessaire afin de maîtriser l'environnement spatial. La mobilité apparaît comme *« une forme élémentaire de la vie quotidienne, une matrice de toutes les expériences sociales »* [Le Breton, 2005]. Dès lors, un processus d'exclusion ou de discrimination peut apparaître entre des individus ou des groupes d'individus ne maîtrisant pas certains des dispositifs nécessaires à la mobilité. En ce sens, la mobilité est donc réellement une valeur urbaine.

Nos corps, primo-véhicule de l'être humain, s'inscrivent dans les décors urbains. De quelle manière ? La mobilité, le mouvement sont maintenant presque érigés en norme. Dans les rues, dans les couloirs du métro, dans les gares, il s'agit d'avancer, pour aller de lieu en lieu, de moyens de transports en moyens de transports. Avancer, courir, marcher, revenir sur ses pas mais surtout ne pas s'arrêter ! L'arrêt et l'immobilité ne sont-ils d'ailleurs pas mal vu, voire bannis des espaces urbains ? C'est précisément la position fixe des mendiants ou des regroupements de jeunes qui est interdite par les arrêtés anti-mendicité évoquant une forme de non-droit à s'approprier un morceau de l'espace public. Il y a d'ailleurs ici un lien important avec la « consommation ». On interdit à certaines populations de « stagner » dans l'espace urbain, devant les commerces, il pourrait le gêner. Ils ne sont pas force de production, ils attendent. Par contre, le développement des terrasses à la période estivale marque cette volonté de s'approprier l'espace public. On paye, on consomme pour être à l'arrêt dans l'espace public. Dans ce cas, l'arrêt et l'immobilité n'ont pas la même valeur.

L'immobilisme est mal vu, voire interdit s'il n'est pas synonyme d'un intérêt économique spécifique. La lenteur ou l'arrêt d'une personne interrompt le mouvement. Les corps ralentis des personnes âgées, des personnes à mobilité réduite, des personnes atteintes de déficiences motrices ou visuelles par exemple, dévoilent pourtant une autre manière d'arpenter les espaces urbains mais le temps n'a pas la même valeur pour tout le monde.

2.2.3.3 La ville normée : le validocentrisme, fondement d'une idéologie urbaine persistante

M. Perelman a précisément analysé les liens entre le corps et l'architecture comme un moyen de comprendre la place du corps dans la société. Il propose une double approche de l'architecture. En premier lieu, c'est le cadre bâti, au sens d'une « *entité extérieure à soi* ». En second lieu, c'est un cadre structurant s'imposant à nous, orientant nos comportements (urbains) sans avoir de prise sur elle : *« l'architecture est quelque chose d'incontrôlée qui s'impose totalement, et qui, encore par accumulation, couches et strates successives, a permis de fabriquer la ville actuelle, la mégalopole en cours, c'est à dire l'urbanisation généralisée du territoire, le lieu de l'histoire qui fabrique et oriente nos conduites et nos gestes d'habitants modernes »*. [Perelman, 1994]. Il ressort de son analyse que l'architecture et l'urbanisme exercent une emprise sur le corps, une forme de contrôle et de pouvoir s'imposant au corps. L'architecture possède une dimension symbolique et idéologique forte ainsi qu'une matérialité coercitive. L'architecture propose une illustration concrète du rapport entre le corps et l'homme à l'œuvre dans une société. Elle reflète et fait passer une idéologie et des messages politiques, symboliques ou religieux, à l'image des « hauts lieux » exprimant *« symboliquement, au travers de ses représentations et de ses usages, un système de valeurs collectives ou une idéologie »* [Debarbieux, 2003].

En posant notre regard sur la ville, le constat est sans équivoque : les villes ont été édifiées à l'image de ceux qui les ont construites. Elles ont été façonnées par des personnes valides dans un monde où l'invalidité, les corps différents sont absents de la pensée urbanistique et architecturale moderne. Les villes répondent aux capacités d'un individu standard, la référence étant la personne valide et la vitesse un rythme de croisière à adopter. Cela renvoie directement à la question de la différence. Dans ce contexte, comment le cadre urbain accueille ceux qui ne correspondent pas aux proportions et aux valeurs de l'homme-type valide ?

L'usage normal d'un lieu pour les uns, représente pour ceux qui ne font pas partie de la norme, un obstacle. Des situations d'exclusion apparaissent. L'usage de ces villes n'est pas possible pour ceux qui s'éloignent de la norme. L'anthropologue américain Robert Murphy expose cette conception validocentrique de la société par rapport aux personnes atteintes de déficiences. Devenu paralysé au cours de sa carrière universitaire, dans *« Vivre à corps perdu »*, il analyse sa nouvelle position de « chercheur-handicapé » en montrant comment se recomposent ses relations et son statut social. Il ressort de son expérience que la norme sociale dominante est centrée autour de la personne valide. De même que Murphy l'a observé dans les rapports sociaux, cette position de l'homme déficient se retrouve aussi dans le cadre urbain : *« chaque élément de notre architecture, chaque voie accessible au public, du trottoir au métro a été conçue pour des personnes dont les jambes fonctionnent »* [Murphy, 1987]. Il apparaît donc particulièrement pertinent de parler d'une conception validocentrique du cadre urbain dans la mesure où l'environnement urbain est bâti selon un ensemble de normes en termes de taille, de capacité physique, de capacité sensorielle faisant référence aux capacités corporelles de l'homme valide. Cette conception de la ville est d'ailleurs en lien direct avec les principes de la réadaptation médicale prévalant pendant longtemps dans la prise en charge du handicap. La personne handicapée représente une déviance face à la norme dominante.
Il apparaît donc nécessaire de réadapter ces corps déformés, abimés, mutilés afin qu'ils retrouvent les capacités nécessaires à la vie en société. Cette conception du corps est répandue dans la façon de traiter le handicap du point de vue médical. Le patient subit un programme de réadaptation physique pour que son corps et ses capacités se rapprochent le plus possible de celui de la personne valide. Dès lors, les personnes atteintes de déficiences doivent retrouver les capacités physiques leur permettant d'être usagers de la ville ou de leur environnement. Par conséquent, il n'est pas nécessaire d'agir sur l'aménagement des espaces urbains.

La conception validocentrique de la ville nous conduit à une réflexion autour du concept de l'aménagement du territoire urbain. Effectivement, il est possible de dépasser le validocentrisme en mettant en lumière l'idée de ville comme territoire des valides.
Le territoire tient à la « projection » sur un espace donné des structures spécifiques d'un groupe humain, qui inclut le mode de découpage et de gestion de l'espace, l'aménagement de cet espace. Il contribue en retour à fonder cette spécificité, à conforter le sentiment d'appartenance. La ville apparaît effectivement comme un territoire

spécifique, elle est construite, gérée par des personnes valides. Elle devient alors un obstacle uniquement quand on ne fait pas partie de la catégorie des gens dits « normaux ». Se déplacer dans la ville devient alors difficile. Ainsi, les personnes valides disposent potentiellement de la ville dans sa globalité, se déplaçant et y vivant naturellement sans se trouver face à des obstacles architecturaux. Ceci fait apparaître le sentiment d'appropriation propre à la définition du territoire, complètement naturel pour les valides. Plaçons maintenant notre regard, du point de vue des populations déficientes. Un territoire se définit simplement comme un espace sur lequel vit une population qui entretient un sentiment d'appartenance avec l'espace et d'appropriation de celui-ci. Un territoire est donc un espace approprié par un groupe de personnes ayant un caractère commun, dans notre cas ce sont les valides. Les personnes handicapées sont exclues du territoire des valides, elles ne peuvent se l'approprier. Elles n'ont tout simplement pas les moyens physiques d'investir un espace qui ne leur est pas accessible. Dans la mesure où elles ne peuvent pas pleinement l'investir, il est difficile de développer un sentiment d'appartenance face à un espace sur lequel elles ne peuvent se déplacer librement.

2.2.4 - L'accessibilité au cœur de l'intégration des populations déficientes dans les espaces publics

Les populations déficientes dérogent à cette approche normative de la réadaptation, à la fois du corps humain mais aussi de l'architecture et de l'urbanisme. Elles troublent l'ordre urbain et l'ordre social. Elles imposent un réajustement des politiques publiques urbaines. L'accessibilité et l'adaptation des espaces publics aux besoins et usages des populations déficientes apparaissent au cœur des conditions d'accès à tous aux espaces publics.

2.2.4.1 Accessibilité et adaptabilité

L'accessibilité se traduit généralement par la capacité à être atteint, pour un lieu, un service [Brunet, 1992]. Alors que Lévy et Lussault abordent l'idée de « capacité », d'autres remplacent ce terme par « facilité ». L'accessibilité peut alors être appréhendée comme le « *degré de facilité avec laquelle on peut atteindre ce lieu* » [Beguin, 2005] ou encore comme la « *mesure de la facilité à atteindre un nœud* » [Pini, 2005]. Cela induit l'idée que l'accessibilité dépend du choix et des capacités de celui qui est mobile alors que la facilité induit plutôt des critères subjectifs dans l'appréhension de l'accessibilité.

J. Lévy et M. Lussault, quant à eux, proposent d'étudier l'accessibilité comme « *l'ensemble des déplacements possibles dans une situation donnée. Ce n'est pas seulement l'infrastructure des transports mais la possibilité effective de l'utiliser concrètement : une*

voirie encombrée, des trains peu fréquents, des transports trop coûteux sont autant de restrictions à l'accessibilité » [Lévy, 2003]. L'accessibilité présente donc deux dimensions. Elle est intiment liée à l'aménagement du territoire, dans le sens où elle recouvre une dimension matérielle : rendre un espace accessible, dans le cas des personnes atteintes de déficiences mais aussi plus généralement, répondre à un cahier des charges précis, à une demande. Elle a aussi une dimension idéelle dans la mesure où elle touche au comportement, à la perception des individus. Cependant, la limite entre la dimension idéelle et matérielle est floue, ses dimensions « *sont toujours indissolublement liées : les frontières, qui rendent le lien entre deux lieux impraticables pour un acteur, peuvent être tout autant physiques que mentales* » [Lévy, 2004]. L'accessibilité devient un enjeu et une condition essentielle au mouvement. Comme le souligne, H. Lafont, « *l'accessibilité et la facilité de déplacement deviennent primordiales pour la qualité de la vie urbaine. Tout ce qui vient freiner les déplacements, en allonger le temps ou la peine, les interrompre, gêner leur fluidité ou la maîtrise que nous en avons, diminuer leur confort, constitue désormais une atteinte insupportable perçue comme archaïque, à notre liberté* » [Lafont, 2004].

Dans la mesure où les villes ont été construites à travers l'image d'un homme normal, il apparaît clairement que l'accès aux espaces publics, aux transports et aux services urbains est fortement lié à la possession d'un ensemble de compétences et capacités physiques. Le problème de l'accès, matériellement trop difficile aux populations déficientes, traduit donc une véritable exclusion d'une certaine catégorie de populations dans leurs déplacements et dans leurs accès à la ville.

La capacité à atteindre un lieu dépend donc du niveau d'adaptation aux différents besoins des populations faisant usage des espaces urbains. En géographie, l'adaptation est un paradigme renvoyant à la géographie classique connaissant « *aujourd'hui un regain d'intérêt chez certains chercheurs, qui y voient toujours un modèle possible d'intelligence des relations complexes des groupes humains à l'environnement naturel* » [Soubeyran in Lévy et Lussault, 2003]. Dans le cas des populations déficientes, l'adaptation renvoie à l'adéquation entre le cadre bâti (le milieu) et les capacités des populations déficientes renvoyant aux usages qu'ils font des espaces publics et à leurs besoins. Dès lors, l'adaptation intervient à deux niveaux. D'une part à travers l'adéquation entre le milieu et les usages. Cela nécessite d'identifier les besoins des populations concernées. D'autre

part, l'adaptation est aussi le processus inhérent à la mise en accessibilité des espaces publics programmés par le législateur. Effectivement, il y a une différence entre les bâtiments neufs pour lesquels les principes d'accessibilité des espaces aux populations déficientes doivent être pris en compte dès la conception d'un projet et le cadre bâti existant devant s'adapter aux nouveaux principes législatifs pour permettre l'accès à ces populations.

Le processus par lesquels sont rendus accessibles les territoires urbains amènent à considérer deux enjeux auxquels la société a à faire face, l'enjeu spatial et celui qui en découle, l'enjeu social. L'enjeu spatial renvoie à la capacité de la société à produire un espace accessible, pour tous, et témoigne par conséquent de la capacité d'une société à intégrer la différence.

2.2.4.2 Les dimensions de l'accessibilité

L'enjeu social est dépendant de l'enjeu spatial. C'est l'accessibilité physique, des établissements recevant du public, de la voirie permettant l'usage de l'espace et conduisant à l'accessibilité sociale. C'est dans ce sens que J. Sanchez ou plus récemment Fr. Bodin considère l'accessibilité comme « *élément support de l'intégration* » des personnes en situation de handicap. « *En contribuant à faire sortir les personnes handicapées des lieux, où elles avaient tendance à être recluses ou ségrégées, l'accessibilité favorise les contacts, les rencontres, les relations sociales entre elles et les bien-portant. Prenant forme et force dans le domaine de l'environnement bâti, l'accessibilisation, c'est-à-dire ce mouvement par lequel une population tend à faire reconnaître sa culture propre, va concerner en fait tous les domaines de la vie sociale* » [Sanchez, 1989] C'est donc la possibilité pour tous, de pouvoir accéder à toutes les fonctions de la ville : l'habitat, les loisirs, la culture, l'éducation, l'emploi.

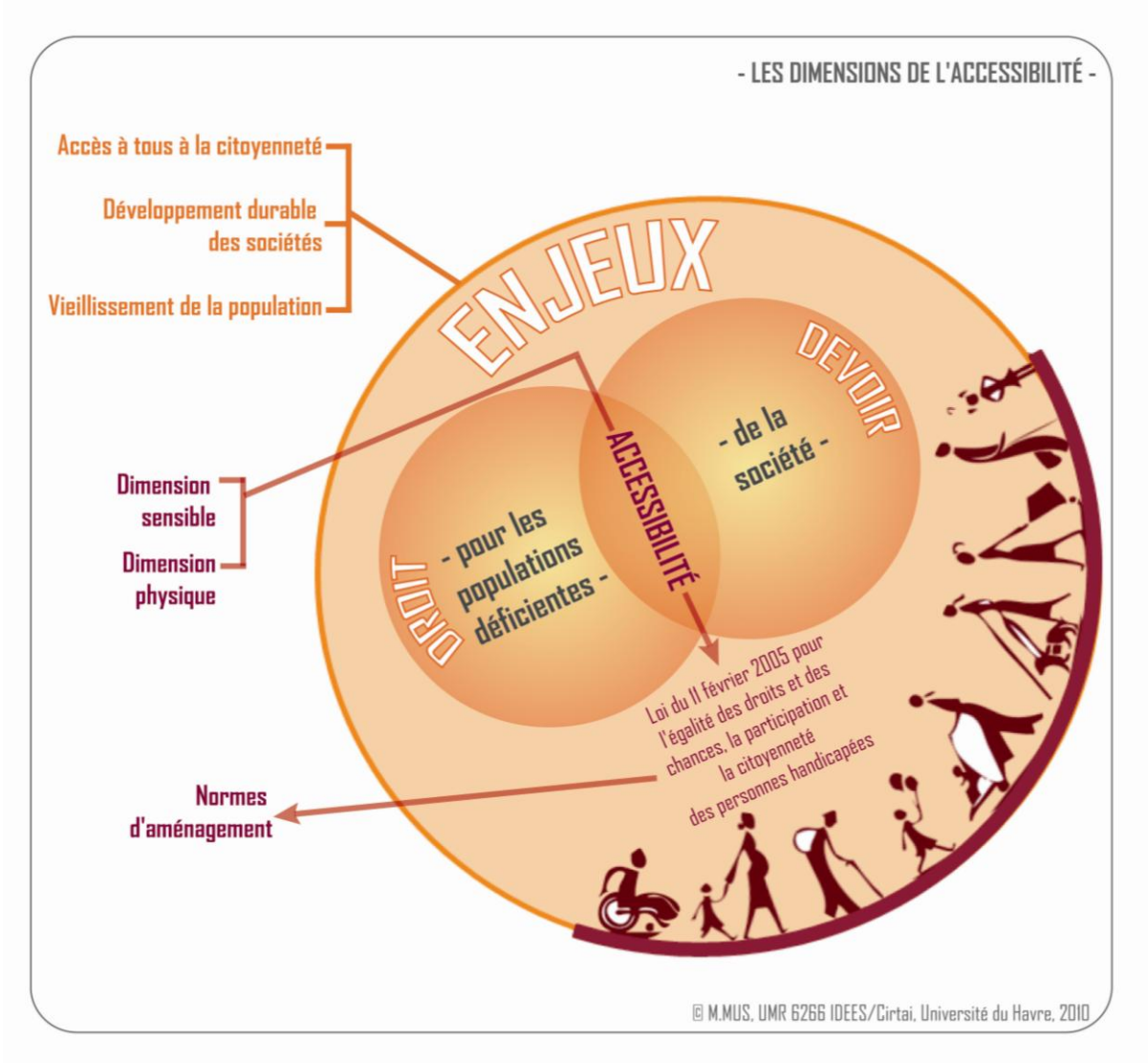
L'accessibilité de la ville, des lieux publics et des réseaux de transports ou de voirie, prend corps dans la capacité à accéder, à pénétrer, à circuler, à utiliser les services offerts et à sortir. Les liens entre le corps et la construction sont toujours prédominants dans l'édification de la ville. Néanmoins, la révision des normes physiques sur lesquelles sont basées les constructions actuelles est inéluctable. La base ne doit plus être l'homme valide et parfait, mais l'homme déficient. Il s'agit de « *modeler l'espace bâti en tenant compte systématiquement des handicaps, et éviter toute forme d'aménagement spécifique détaché*

du projet global de la cité. Les aménagements à destination des populations handicapées doivent donc être conçus dans une perspective d'utilisation collective. […] L'architecte, l'urbaniste, le paysagiste et les entreprises de travaux publics doivent utiliser les dimensions handicaps (visuelles, motrices, auditives, intellectuelles,...) comme un facteur premier d'aménagement durable » [Bodin, 2003].

L'accessibilité est donc « *loin d'être abstraite : elle désigne l'effort à fournir pour pouvoir atteindre un ensemble des ressources –c'est un potentiel- à partir d'un lieu donné. Les ressources, ce sont les emplois, les commerces, les équipements de santé, d'éducation, de culture et de sport, les sites et paysages, et aussi tout simplement les gens, famille et connaissances, ou rencontres aléatoires* » [Beaucire, 2007]. Notion fortement concrète, elle recouvre néanmoins différentes dimensions et enjeux tant matériels qu'idéels. Le premier angle d'approche pour aborder l'accessibilité renvoie directement aux espaces urbains dans leur dimension matérielle et sensible [cf. Schéma 2-2, p122]. « *L'accessibilité comprend l'ensemble des déplacements possibles dans une situation donnée. Ce n'est pas seulement l'infrastructure des transports, mais la possibilité effective de l'utiliser concrètement : une voirie encombrée, des trains peu fréquents, sont autant de restriction à l'accessibilité* » [Lévy, Lussault, 2003]. Dans ce cas, et encore plus dans le cas des populations déficientes, l'accessibilité est conditionnée par la structure des aménagements urbains. Cela renvoie à une dimension strictement physique de l'accessibilité. La présence de marches à l'entrée d'un bâtiment public ou l'absence de contraste sur un cheminement sont autant d'obstacles architecturaux réduisant l'accessibilité des lieux aux personnes se déplaçant en fauteuil roulant dans le premier cas et aux malvoyants dans le second. La dimension sensible de l'accessibilité renvoie à la mobilisation des sens dans la pratique et la représentation des espaces urbains. La qualité de la lisibilité d'un espace urbain mobilise un capital cognitif et sensoriel et là encore conditionne l'accessibilité de certaines populations.

D'autre part, le passage de l'approche linéaire du handicap [Wood] au Processus de Production des Handicaps [Fougeyrollas] permet d'opérer une distinction plus claire entre les différentes populations urbaines. Ainsi la distinction entre les personnes à mobilité réduite et les populations déficientes met en évidence différentes dimensions de l'accessibilité. Nous le verrons plus précisément dans les chapitres suivants.

SCHEMA 2- 2


- LES DIMENSIONS DE L'ACCESSIBILITÉ -
Accès à tous à la citoyenneté
Développement durable des sociétés
Vieillissement de la population
ENJEUX
DEVOIR
- de la société -
ACCESSIBILITÉ
DROIT
- pour les populations déficientes -
Dimension sensible
Dimension physique
Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
Normes d'aménagement
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

Le développement de l'accessibilité constitue un devoir pour les populations atteintes de déficiences. L'obligation d'accessibilité pour ces personnes est donc inscrite dans la loi depuis 1975 et a été réaffirmée en 2005. Constituant un devoir à mettre en œuvre par la collectivité, l'accessibilité est donc un droit pour les populations déficientes.

Si l'accessibilité constitue effectivement un droit pour les populations déficientes et un devoir pour la société, elle profite cependant à une plus grande partie de la population urbaine.

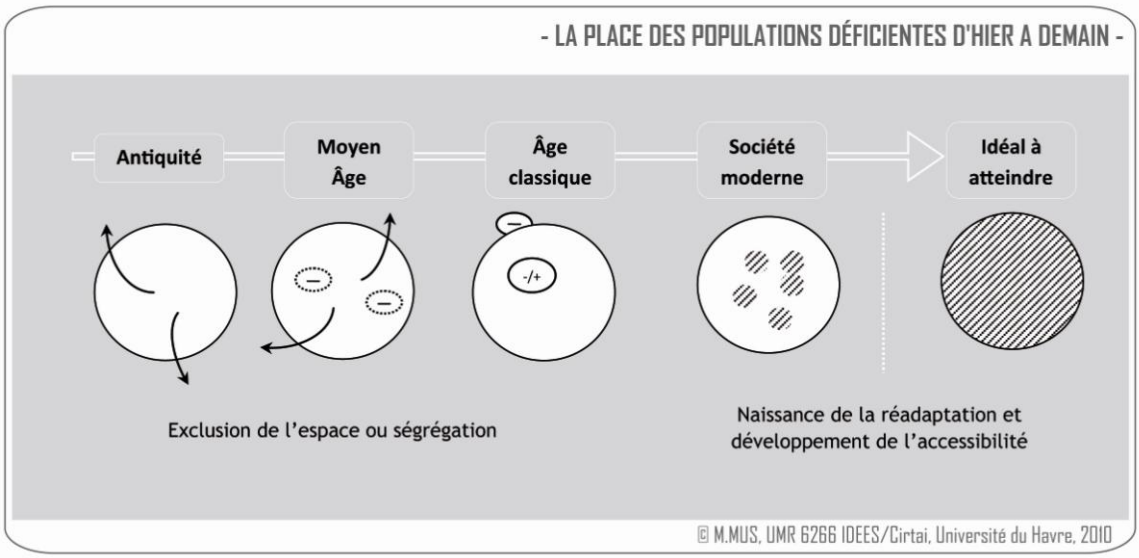
Le développement de l'accessibilité des lieux et espaces publics profite effectivement à l'ensemble des populations pouvant se trouver à un moment donné de leur vie en situation de handicap. C'est le cas des femmes enceintes, des personnes portant des valises ou des paquets, des enfants, des personnes âgées.

Rendre accessible des espaces pour les personnes atteintes de déficiences peut donc être utilisée à la fois comme un outil et un « *analyseur des qualités des lieux* » [Orfeuil, 1999]. Elle s'intègre dans une double dimension d'aménagement de l'espace. Premièrement, elle intervient comme une proposition directe de solution pour les populations déficientes. Deuxièmement, elle répond largement aux problèmes liés à l'évolution démographique en assurant une qualité d'usage environnementale dans le cas du vieillissement de la population et de fait intègre les principes du développement durable des sociétés.

CONCLUSION

La traversée de ces siècles d'histoire montre à quel point l'évolution a été importante. La matrice spatio-temporelle ci-dessous [cf. Schéma 2-3] présente de façon schématique l'historique précédent en mettant en avant la place de l'individu infirme dans les structures spatiales. Le passage s'est effectué peu à peu, d'une exclusion marquée à une intégration souhaitée. Plus qu'une réalité concrète, l'intégration constitue actuellement un idéal à atteindre.

Schéma 2- 3



Considérer les situations spatiales et les significations sociales passées montre que l'espace conserve un héritage et explique les configurations présentes. Nous avons pu saisir à quel point les situations étaient variées et loin d'être figées dans une forme de traitement : qualifiés dans certains espaces, non considérés dans d'autres lieux et stigmatisés au cœur de micro-territoires. Les populations déficientes ont été et restent encore des populations indésirables. L'approche géo-historique de l'être différent dans la société et l'analyse du rapport entre l'architecture et l'urbanisme montrent que toute la réflexion urbaine menée jusqu'à maintenant s'est articulée autour d'un corps idéal et théorique. De la mythologie grecque à l'histoire contemporaine « les handicapés » passeront d'un groupe hétérogène d'individus à la construction d'un statut social précis. Deux changements importants marquent l'évolution des populations déficientes dans la société. Tout d'abord le passage d'une ségrégation marquée à une intégration souhaitée mais difficile à mettre en place. D'autre part, le passage d'une approche médicale, liée au

corps, à une approche environnementale, liée à l'espace, souligne un rapport conflictuel entre le corps et l'architecture et l'urbanisme

Le corps apparaît au cœur de cette ambivalence : entre outil d'un contrôle social normatif, lieu de répression et réprimande mais aussi support de la réadaptation médicale. Les différents modes d'action et de contrôle sur le corps traduisent une idéologie politique. Comme le met en évidence M. Foucault dans *Surveiller et punir*, pour gouverner et gérer les rapports entre les hommes un ensemble de mesures et de techniques sont mises en place par les instances dirigeantes. Là encore, les configurations présentes prennent racine dans les modèles passés : *« l'existence de tout un ensemble de techniques et d'institutions qui se donnent pour tâche de mesurer, de contrôler et de corriger les anormaux, fait fonctionner les dispositifs disciplinaires qu'appelait la peur de la peste. Tous les mécanismes de pouvoir qui de nos jours encore, se disposent autour de l'anormal, pour le marquer comme pour les modifier, composent ces deux formes* [la lèpre et la peste] *dont elles dérivent de loin* » [Foucault, 1975].

L'harmonie, l'esthétisme sont profondément ancrés dans le système de valeur de l'architecture et de l'urbanisme. La recherche de l'ordre et du confort visuel sont des éléments clés de la pensée urbanistique. Le cadre urbain a pendant longtemps été pensé en référence aux capacités d'un homme standard. L'urbain a donc tendance à être normalisé et lissé, sans aspérité, sans place pour les populations différentes. Cela témoigne notamment d'une vision figée du cadre urbain : *« l'analyse de l'interface entre le concept émergeant d'accessibilité pour tous et les actions réalisées révèle un constat implacable : la construction de l'espace urbain s'appuie sur une logique standardisée, ségrégative et temporellement figée »* [Grellier, 2007, sous la direction de (F) Bodin]. Effectivement, l'aménagement urbain a été, pendant longtemps, élaboré ponctuellement, sans regard prospectif sur l'évolution de la société. Cependant, cette vision change considérablement avec l'idée de développement durable puisqu'elle introduit précisément la dimension temporelle du nécessaire développement en pensant aux générations futures.

PARTIE 1 – CONCLUSION GÉNÉRALE
LA DÉFICIENCE, EXPRÉSSION D'UNE CONDITION URBAINE NORMÉE ?

De la cité à l'urbain, le principe de regroupement de populations repose sur la coprésence d'individus et par conséquent sur le rapport à l'autre. Au terme de cette vision du cadre urbain, l'attention a été portée sur trois éléments clés de la compréhension des collectivités urbaines. Il est impossible de les dissocier tant ils interagissent tous les uns avec les autres. Ces trois éléments empruntés à l'approche méthodologique de la ville en sociologie urbaine sont, la forme de la ville (morphologie ou aspects matériels), les pratiques sociales (ou des comportements sociaux) et enfin les représentations collectives [Bassand, 2007]. Ils renvoient à la dimension matérielle et idéelle des collectivités urbaines.

La forme renvoie à trois dimensions de l'approche développée. La forme de la ville a évolué, d'un lieu circonscrit, concentrant échanges et rencontres, à l'espace urbain sans limite où les corps et les individus déambulent, circulent sur un ensemble de réseaux formels et informels. La forme en tant que place où sont accueillies les populations déficientes. Face à la différence, les villes excluent hors de leurs murs, incluent intra-muros en enfermant, où essayent d'intégrer ponctuellement ces populations. Enfin, les liens entre la forme du cadre matériel urbain (entre quelque chose et autre chose) sont un élément clé pour comprendre la place des populations déficientes dans la cité. Le cadre bâti s'est construit autour d'un corps idéal, niant l'existence même des différences physiques entre les individus. Du point de vue formel, le défi est donc grand. C'est en intégrant la différence à la construction que la place des populations déficientes va évoluer dans l'espace urbain. L'accessibilité est garante de l'évolution de la situation des personnes déficientes dans l'espace public urbain.

Mais face à la différence, la forme de l'urbain n'est pas le seul élément sur lequel il est nécessaire de faire levier. C'est au sein des pratiques sociales et des représentations collectives que le changement doit avoir lieu pour agir sur la forme. Les représentations de l'harmonie et des proportions idéales du corps humain ont façonné et alimenté les pratiques de construction relatives aux corps parfaits. Il est donc nécessaire de modifier les représentations collectives face aux populations déficientes mais aussi face aux enjeux

de l'accessibilité pour transformer les pratiques sociales et spatiales des acteurs de l'urbain. Le défi est notamment important pour ceux qui agissent directement sur la forme de l'urbain, aménageurs, urbanistes, architectes, collectivités territoriales.

L'altérité est donc au fondement de l'urbain. C'est la condition essentielle de l'expérience urbaine. En tant que cadre matériel, l'urbain agit aussi comme un miroir au sens où il reflète les conceptions d'une société. C'est particulièrement vrai dans le cas de la place des populations déficientes dans l'espace urbain. Le rôle dominant du mouvement et de la mobilité comme vecteur de modernité et de dynamisme, la construction des bâtiments et du cadre urbain en référence à un être normé dans ses capacités physiques, sont autant d'éléments concluants à la normalisation de l'espace urbain mise au jour par la déficience.

Les populations déficientes révèlent que l'espace urbain et l'expérience urbaine sont des expériences sensibles au sens propre du terme. Aborder comme un milieu sensible nécessitant de maîtriser un certain nombre de code, il faut aussi que les villes soient capables de s'adapter pour se rendre de plus en plus lisibles. La géographie permet d'aborder le sujet dans une dimension globale. Le corps et l'espace, les notions de sens et de distance renvoient à celle de coprésence entre les individus.

La capacité des individus à vivre ensemble est le résultat de constructions sociales ayant de fortes implications spatiales. Il est évident qu'il est nécessaire de prendre en compte ce qui se joue dans le visible et l'invisible des espaces urbains. Les populations déficientes imposent la confrontation avec l'autre mais une confrontation difficile car *« par devers lui, l'homme handicapé rappelle avec une force qui lui échappe et qui tient à sa seule présence la précarité infinie de l'existence et il réveille l'angoisse du corps démantelé qui fait la matière première de nombre de cauchemars individuels et auxquels n'échappe aucune collectivité humaine ; la mutilation, la cécité, la paralysie, la lenteur des mouvements sont les figures archétypales du cauchemar. L'homme handicapé rappelle l'insoutenable fragilité de la condition humaine. Ce que la modernité refuse avec obstination à concevoir »* [Lebreton, 1990]. Cette confrontation ne se fait pas sans heurts. Elle nous impose une remise en question et nous renvoie à l'image d'une situation cauchemardesque.

PARTIE 2

LES ENJEUX TERRITORIAUX DE LA PRISE EN COMPTE POLITIQUE DES POPULATIONS DÉFICIENTES?

L'aménagement du territoire apparaît avant tout comme une discipline pratique, une discipline de l'action. Elle procède de « *l'action publique visant à disposer sur un espace les populations, les activités, les équipements selon un ordre équilibré en tenant compte des données géographiques naturelles et humaines de cet espace* » [Dupuy, 2000]. Dans cette définition, l'idée « d'ordre équilibré » est intéressante. Elle témoigne d'une vision démographique et réticulaire de la société. Elle contraint surtout à s'interroger de nouveau sur la nature de la population [chapitre 1] pour laquelle les actions sur le territoire sont menées.

Dès lors, l'équilibre peut devenir rapidement incertain et fragile. Il apparaît nécessaire d'aborder les différentes dimensions de l'aménagement du territoire sans le réduire à la notion d'équilibre. Actes humains au premier abord pratiques, l'aménagement du territoire révèle les conceptions, les représentations d'une société. L'approche géo-historique des populations déficientes, de même que la place du corps dans l'architecture manifestent effectivement l'héritage passé de conceptions et représentations de l'espace en faveur de certaines populations. De fait, « *un fragment d'espace n'est pas aménagé pour lui-même mais pour les hommes qui y vivent* » [Rochefort, 1962]. Si cela peut sembler évident et daté, cette approche révèle pourtant l'acte profondément politique et social sous-entendu par cette discipline. R.Rochefort évoque les différentes dimensions de l'aménagement du territoire dans un article sur « *Les problèmes humains de l'aménagement du territoire* » paru en 1962. Son approche porte sur la répartition démographique des populations [Rochefort, 1962]. Il exprime l'intérêt de prendre en compte, outre les aspects démographiques, les aspects sociaux, économiques et psychologiques des populations pour lesquelles les aménagements sont élaborés. Dans cet esprit, « *aménager, c'est dialoguer sans cesse avec ceux pour qui l'on aménage, faute de quoi on risque d'incruster à jamais dans l'espace réel des concepts utopiques ou des théories erronées* » [Rochefort, 1962]. Cette prise en compte suggère une fois de plus la nécessaire réflexion sur les caractéristiques des populations pour lesquelles les aménagements sont produits, en termes démographiques, sociaux, économiques mais aussi et surtout en termes de capacités physiques, sensorielles et cognitives.Cette dimension de la population est trop souvent sous-estimée mais surtout impensée et normative. La volonté d'intégration des populations déficientes dans les espaces publics remet en cause les conceptions validocentrées des aménagements tout en imposant une réflexion sur la place de « l'autre » et l'intégration de la différence. Dans ce cadre, un

aménagement du territoire raisonné et adapté apparaît comme un véritable levier de changement spatial et social.

Actes politiques, comment les instances gouvernantes prennent-elles en considération l'intégration des populations déficientes dans la société ? Une approche scalaire des politiques et acteurs, du niveau international à national, permettra de révéler les enjeux territoriaux concourant à la prise en compte des besoins territoriaux des populations déficientes.

Chapitre 3
Géopolitique des populations déficientes

Aborder la géopolitique renvoie à l'idée *« selon laquelle il existe une dimension géographique des faits politiques, à commencer par leur distribution spatiale »* [Brunet, 2005]. Cela revient à considérer l'analyse géographique classique d'un territoire au sens de l'analyse *« des combinaisons spatiales, des enchevêtrements que forment à la surface du globe les multiples phénomènes, qu'ils soient « physiques » (relief, climat, végétation) ou « humains »* [Lacoste, 2008]. Les questions de pouvoir et de gouvernance des territoires s'intègrent à cette analyse. Que faut-il donc entendre par « géopolitique des populations déficientes » ?

Développer une réflexion géopolitique sur les populations déficientes souligne l'importance des choix politiques des acteurs publics en faveur de ces populations : *« la place dévolue aux personnes handicapées, intégration ou exclusion, est une question centrale posée à toute société : celle de la place donnée à l'autre, différent, hors normes »* [Azéma, 1999]. Face à l'évolution de la pyramide des âges occidentale impliquant un vieillissement important de la population ainsi que l'accroissement du taux de population urbaine dans de nombreuses régions du monde, le traitement politique des populations déficientes devient un enjeu de plus en plus important. L'évolution des conceptions du handicap permet de dépasser le cadre médical. Dorénavant, tous les domaines de la vie politique sont concernés : la santé, mais aussi l'éducation, l'urbanisme et l'aménagement du territoire. La gestion des populations déficientes est donc avant tout une question de société. Prendre en compte les besoins de ces populations implique de porter un regard multidimensionnel et transversal sur les sociétés humaines pour permettre leur intégration. Les populations déficientes imposent une réflexion de fond sur la capacité des sociétés à inclure pleinement l'autre et à l'accepter.

Mais toutes les sociétés ont-elles intégré ces questions dans leurs politiques publiques ? Quelles sont les dispositions mises en place ? Par quels acteurs sont-elles développées ? Une géopolitique des populations déficientes implique en premier lieu de mettre en évidence la nature des acteurs présents et la dimension spatiale de leur existence. Chaque

acteur joue un rôle sur le territoire, allant de ceux qui le vivent au quotidien à ceux qui le produisent dans une dimension politique. Les différentes conceptions et modes de gestion des besoins des populations déficientes « *se sont inscrits selon les pays dans des contextes historiques et culturels différents. Ils se sont édifiés au cours du siècle dernier par strates successives, provoquées par l'évolution industrielle, par les grands conflits mondiaux, et par une profonde évolution des mentalités, dont la plus récente est due au combat mené par les personnes handicapées elles-mêmes, à travers leurs associations nationales ou internationales* » [Fardeau, 2003]. A cet effet, E.T. Hall souligne que *« les environnements architecturaux et urbains créés par l'homme sont l'expression de ce filtrage culturel »* [Hall, 1971]. Derrière chaque organisation gouvernementale se trouve donc une idée des politiques qui sont menées.

Dès lors, porter un regard géopolitique sur les populations déficientes sous-entend l'analyse de l'imbrication territoriale des décisions politiques en matière de traitement des populations déficientes et de déterminer le rôle, l'impact des acteurs et les choix politiques en la matière. A quelles échelles les décisions se jouent-elles ? Quelles sont leurs effets dans l'administration des territoires ?

3.1 – L'ESPACE DE LA GOUVERNANCE DE LA DÉFICIENCE

Le « handicap » a investi depuis un demi-siècle tous les niveaux d'organisation territoriale et tout type d'organisations gouvernementales et non gouvernementales. La prise en compte des besoins des populations déficientes à ces différents niveaux fait apparaître un nombre important d'initiatives, de propositions, d'orientations contribuant parfois à rendre confuse l'action politique dans le domaine du handicap. L'action en faveur des populations déficientes révèle des enjeux complexes nécessitant une réflexion profonde sur les valeurs de leur société. Une ambivalence s'opère souvent entre la condamnation de la discrimination (dite négative) reconnue comme injuste, et la nécessaire mise en place de discrimination positive (mise en place d'aides, de quotas…) permettant d'attribuer une place, un statut à des populations spécifiques et de rééquilibrer l'égalité entre les individus. Il ne s'agit pas de s'interroger sur la légitimité de chacune des politiques publiques mises en place mais plutôt de déterminer quel est le niveau territorial le plus pertinent pour l'action en faveur des populations déficientes ? Dès lors, selon les échelles territoriales, quels sont les effets des différentes dispositions prises ?

Les différents acteurs jouant un rôle dans le monde du handicap seront identifiés afin de modéliser la formation socio-spatiale des « acteurs du handicap ». Une fois les acteurs discernés, les implications spatiales des décisions prises de l'échelle internationale aux échelles nationales seront mises en lumière.

3.1.1 - L'imbrication du rôle des acteurs sur le territoire

La situation sociale des populations déficientes sur un territoire est le résultat d'une construction lente et complexe portée par un certain nombre d'acteurs. Leurs compétences et leurs rôles dans l'évolution des politiques interagissent et évoluent selon les territoires considérés.

3.1.1.1 Gouvernance et complexité

Le principe de gouvernance renvoie à la façon dont les sociétés sont administrées et gérées. La gouvernance sous-entend le principe d'une convergence d'idées, de moyens et d'actions afin de répondre à des problématiques sociétales communes. Il ne s'agit pas simplement d'un gouvernement, au sens institutionnel du terme mais *« de la contribution d'autres acteurs pour autant qu'ils jouent un rôle dans les orientations politiques stratégiques et les options de politique publique : acteurs politiques non gouvernementaux, composantes de la société civile, parmi lesquelles les entreprises, les syndicats, les associations ou les acteurs individuels »* [Le Galès, 2003 in Lévy &

Lussault]. L'espace de la gouvernance mobilise donc un certain nombre d'acteurs, d'institutions différentes aux modes d'interventions variés. Leur point de rencontre se dessine autour des projets ou des problématiques communes qui les animent.

Inscrite dans un monde globalisé, la gouvernance s'articule autour de jeux d'échelles multiples.

En premier lieu, parce qu'elle s'opère dans un environnement territorialisé. Les processus, les institutions et les acteurs participant à la gestion politique s'ancrent dans un territoire. Il y a un agencement, une structuration des ressources matérielles et symboliques participant aux conditions pratiques de l'existence des individus ou groupes sociaux. Le territoire, organisé et structuré est donc aussi découpé, morcelé.

En second lieu, parce que la gouvernance fait face au maillage des territoires. A quelles échelles territoriales les actions sont-elles engagées ? Le découpage des territoires renvoie à une structuration politique des actions. Dès lors, le maillage devient un outil de la gouvernance. Il dessine les territorialités politiques. En découpant, il structure et divise l'espace. Il devient alors impossible de ne pas faire appel aux jeux des échelles spatiales. La division suggère la hiérarchisation entre un « tout » et ses sous-ensembles. De fait, la mobilisation du concept d'échelle est indispensable afin de dégager la complexité de « l'espace de la gouvernance ». La représentation politique et l'espace de la gouvernance « *reposent toujours sur deux types d'aires spatiales : la circonscription, par laquelle est organisée la désignation des représentants (l'arrondissement dans chacune des trois plus grandes villes de France, la section de commune, la commune, le canton, etc.), et le territoire de compétence, par lequel s'exerce le pouvoir du représentant* » [Debarbieux, Vanier, 2002]. Ces territoires s'élaborent et s'articulent à travers un système complexe et parfois complémentaire. La conscience de cette complexité territoriale est nécessaire pour pouvoir démêler les principes du jeu de la gouvernance. L'idée de « complexité territoriale » désigne *« l'ensemble des processus qui, dans les domaines politiques, économiques et sociaux, conduisent d'une part, à une démultiplication et une imbrication des espaces de référence, d'autre part, à une différenciation des temporalités et des territorialités en fonction desquelles les pratiques sociales et spatiales sont vécues et structurées »* [Moine, 2009].

Dans un tel contexte, comment est-il possible d'appréhender cette complexité territoriale ? Quels outils doivent être mis en place ?

3.1.1.2 Comment appréhender la complexité territoriale ?

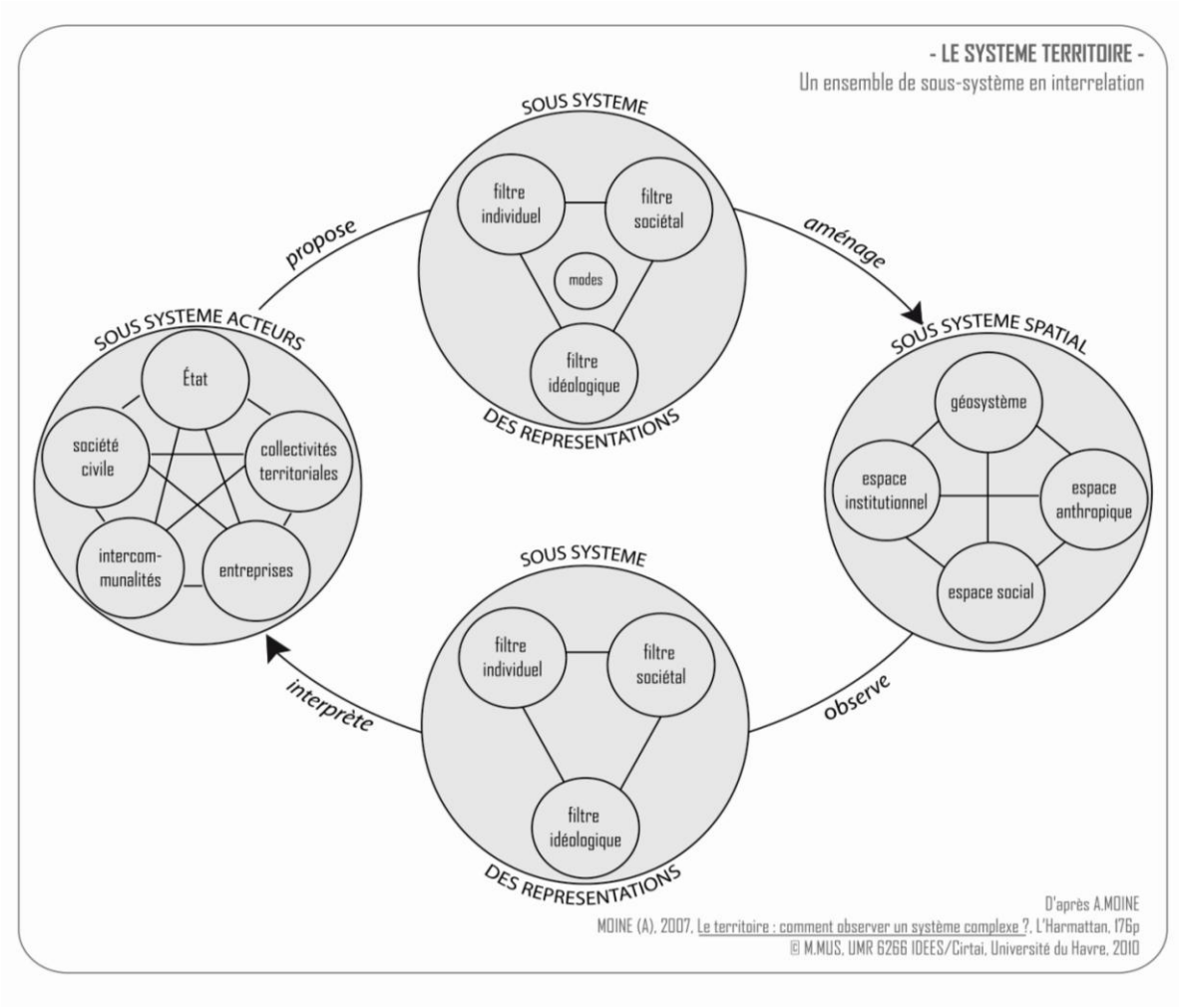
L'articulation acteur/territoire est mise en avant à travers le concept d'acteur territorialisé : *« est acteur territorialisé tout homme ou femme qui inscrit ses pratiques dans un territoire donné à n'importe quelle échelle soit-il, en agissant sur celui-ci, c'est à dire en étant en action. »* [Gumuchian, 2003]. En appréhendant le rôle de chaque acteur, il devient possible de prendre la mesure des processus et des évolutions à l'œuvre sur un territoire. Le territoire, appréhendé comme un *« agencement de ressources matérielles et symboliques capable de structurer les conditions pratiques de l'existence d'un individu ou d'un collectif social »* [Debarbieux, in Lévy et Lussault, 2003], revêt donc une double dimension matérielle et idéelle. Il est dès lors possible de l'envisager comme un *système complexe* [Moine, 2007] sur lequel coexiste un ensemble d'éléments tissant des liens entre eux.

Pour comprendre et analyser les territoires comme un système complexe, A. Moine propose d'envisager un ensemble « *de sous-systèmes en interrelation* » [cf. Schéma 3-1, p138]. Il distingue alors le sous-système des acteurs (distinguant l'État, la société civile, les collectivités territoriales, les intercommunalités, les entreprises), le sous-système spatial (renvoyant à la multi-dimensionnalité de l'espace) et celui des représentations (sociétales, idéologiques, et individuelles). Ces trois sous-systèmes agissent comme une boucle de rétroaction générant le système complexe territorial et jouant un rôle dans l'observation, l'aménagement et l'appropriation de l'espace.

Cette approche, complète du territoire dans toute sa complexité, permet de prendre en compte l'ensemble des éléments produisant le territoire. Elle sera reprise pour envisager la situation des populations déficientes sur un territoire. Cependant, le « système complexe » ne permet pas de hiérarchiser le rôle des acteurs. Outre l'approche systémique, il apparaît néanmoins important de mettre en avant le rôle et la place de chaque acteur dans sa distance avec l'espace matériel afin de comprendre les différentes configurations territoriales des populations déficientes.

La conception de la *formation socio-spatiale* développée par G. Di Méo et P. Buléon propose un modèle d'analyse prenant en compte quatre instances associées en deux groupes. Elle dissocie l'infrastructure de la superstructure (soit le matériel de l'idéel), le visible et l'invisible.

SCHEMA 3- 1


- LE SYSTEME TERRITOIRE -
Un ensemble de sous-système en interrelation
SOUS SYSTEME
filtre individuel
filtre sociétal
modes
filtre idéologique
DES REPRESENTATIONS
propose
aménage
SOUS SYSTEME ACTEURS
État
société civile
collectivités territoriales
intercom-munalités
entreprises
SOUS SYSTEME SPATIAL
géosystème
espace institutionnel
espace anthropique
espace social
SOUS SYSTEME
filtre individuel
filtre sociétal
filtre idéologique
DES REPRESENTATIONS
interprète
observe
D'après A.MOINE
MOINE (A), 2007, Le territoire : comment observer un système complexe ?, L'Harmattan, 176p
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

La *formation socio-spatiale* apparaît, « *comme des modèles ou outils méthodologiques susceptibles d'éclairer les processus sociaux à l'œuvre dans la production-transformation des espaces géographiques* » [Di Méo, Buléon, 2005]. L'infrastructure représente donc le côté matériel de l'espace. Elle associe l'instance géographique dans toute la matérialité du territoire, et l'instance économique : *« l'unité de ces deux instances, géographiques et économiques, tient au fait qu'elles traduisent ensemble, dans les paysages, c'est-à-dire dans ce qui est visible, les résultats d'une action humaine permanente et concrète de transformation de la nature »* [Di Méo, Buléon, 2005]. D'autre part, la superstructure réunit dans la compréhension de l'espace, les instances idéologiques et politiques concourant à l'élaboration et la production de l'espace. Ces instances, immatérielles et invisibles, regroupent « *les idées, les valeurs, les images et les formes du pouvoir qui régissent la société dans son espace* » [Di Méo, Buléon, 2005], étant entendu que, ces valeurs, et images sont liées à la culture, et aux représentations sociales. La *formation socio-spatiale* nous permet donc de comprendre les formations territoriales, les pouvoirs et idéologies qui les construisent. Ces deux modèles d'appréhension du territoire permettent de mettre en évidence les acteurs politiques jouant en rôle dans la géopolitique du handicap et leurs interrelations avec le territoire.

3.1.2 – Quels acteurs jouent un rôle en faveur des populations déficientes ?

Appréhender la « complexité territoriale » en intégrant les acteurs territorialisés dans ce système complexe permet de discerner les acteurs d'un espace social du « handicap ».

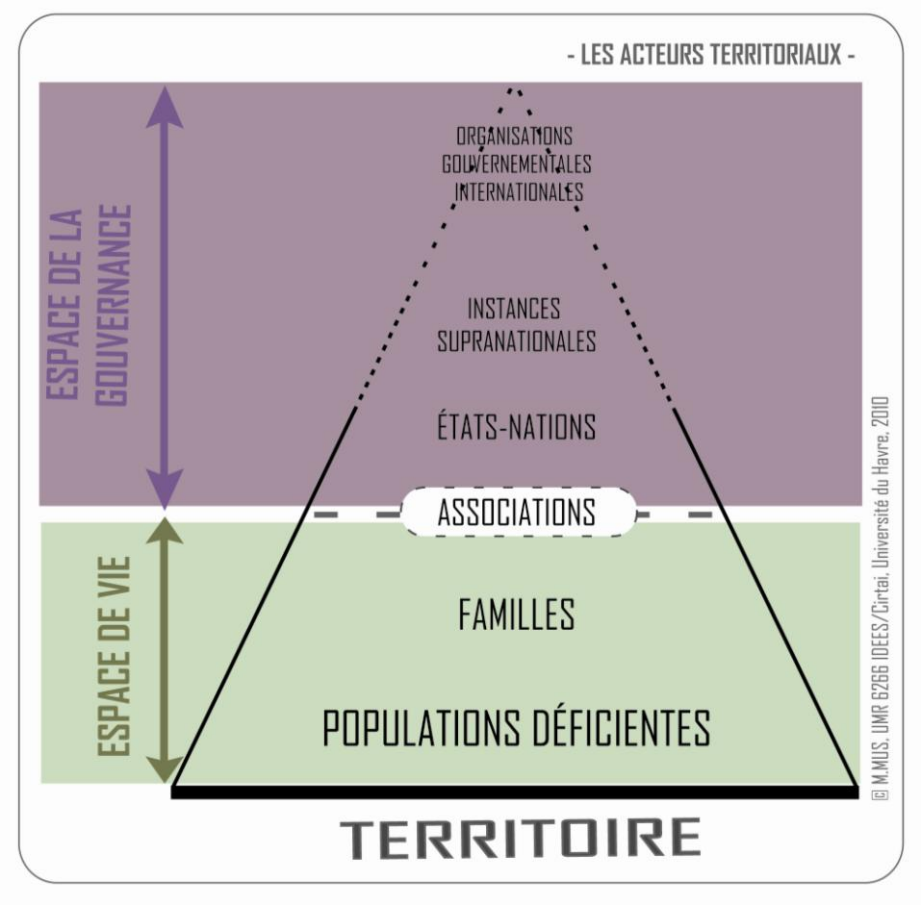
3.1.2.1 L'espace social du handicap : un système d'acteur spatialisé hiérarchisé

Pour analyser la prise en compte politique des populations déficientes, cinq groupes d'acteurs peuvent être identifiés : les instances internationales, les gouvernements nationaux, les collectivités territoriales, les associations et les familles. Chacun de ces acteurs joue un rôle ayant un impact social important mais aussi fortement spatial. Les acteurs institutionnalisés (État, Collectivités) ou institués (associations, familles) ont un effet sur la production de l'espace des populations déficientes. Ils jouent notamment un rôle important dans les enjeux liés à la « place » des populations déficientes dans la société. Ils font partie intégrante du système d'acteurs. Face aux territoires, deux groupes d'acteurs se distinguent [cf. Schéma 3-2, p140].

Le premier groupe d'acteurs se situe dans « l'espace de vie » au sens des lieux pratiqués et des cheminements empruntés. Il *« se confond pour chaque individu avec l'aire de ses pratiques spatiales. Il correspond à l'espace fréquenté et parcouru par chacun avec un*

minimum de régularité » [Di Méo, 1998]. C'est le cas des « populations déficientes » et de leurs « familles » en relation directe avec le territoire, elles le vivent, le parcourent, l'expérimentent, se l'approprient au quotidien. Le territoire apparaît aussi comme le support concret de la production des situations de handicap. Le second groupe d'acteur se situe dans « l'espace de la gouvernance » au sens de *« l'ensemble des processus et des institutions participant de la gestion politique d'une société »* [Le Galès, in Lévy et Lussault, 2003] ; c'est le cas des collectivités territoriales, des instances gouvernementales et des organisations gouvernementales internationales. En relation indirecte avec le territoire, plus éloignées des pratiques, ces instances le modèlent, le produisent, le structurent.

SCHEMA 3- 2

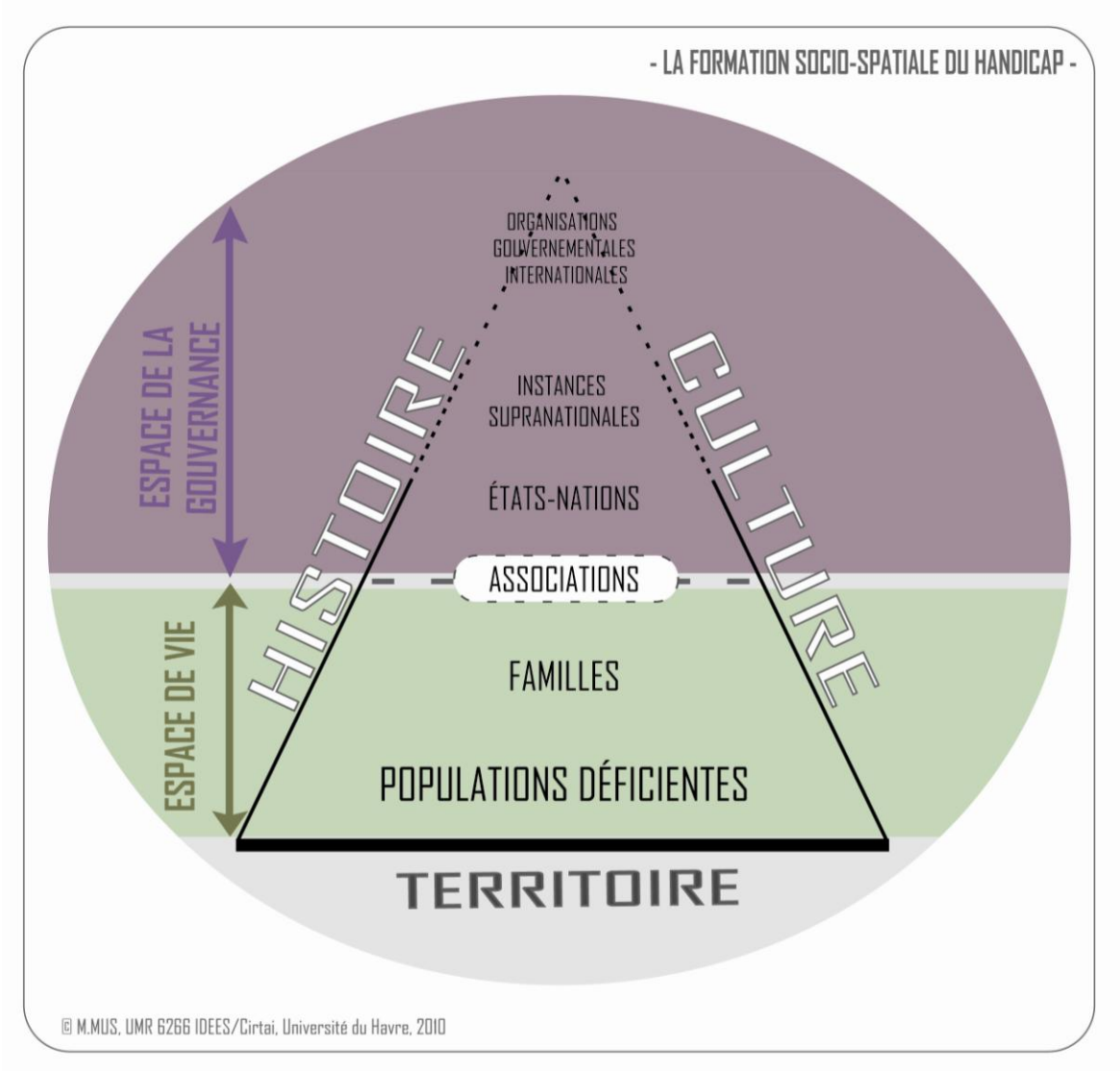


Les « associations » occupent une place particulière dans ce système d'acteur, précisément à l'interface entre « l'espace de vie » en étant proche des familles et des populations déficientes et « l'espace de la gouvernance » en jouant de revendications auprès des instances gouvernementales.

3.1.2.2 Rôle des filtres historiques et culturels dans l'espace de la gouvernance

La *formation socio-spatiale* du handicap ne peut être complète sans la prise en compte des éléments de la superstructure [Di Méo, Buléon, 2005] ou les différents filtres du « *système de représentation* » [Moine, 2007]. Il s'agit dans notre cas du filtre historique et culturel [Schéma 3- 3, ci-dessous].

SCHEMA 3- 3



Chacun de ces éléments a influencé ou influence le rôle et les démarches de chaque acteur présenté. Le rôle et les évolutions historiques ayant déjà été mis en avant dans l'approche géo-historique des populations déficientes [chapitre 2], l'accent est maintenant porté sur le rôle de la culture.

Les classifications internationales du handicap témoignent d'une volonté de catégoriser mais surtout de proposer un langage commun à l'analyse du handicap afin de produire des

systèmes de prise en charge. Ce sont principalement les pays occidentaux qui interviennent dans l'évolution des définitions lors de l'élaboration des classifications internationales. Cela souligne l'hégémonie de la pensée occidentale sur les définitions du handicap, *« et quand on s'éloigne du monde occidental pour se rapprocher de milieux culturels non occidentaux, la distance conceptuelle associée au handicap augmente entre les professionnels d'orientation médicale et la population générale. »* [Cook, 2000]. Le lancement de la révision de la première classification internationale du handicap (établie dans les années 1980) souligne le développement de la prise en compte des processus sociaux impliqués dans la production d'un handicap. Cette classification permet de mesurer de façon quantitative les participations ou restrictions dans la vie quotidienne et dans la vie sociale. Cependant, elle ne donne pas la mesure de la signification du handicap dans tel ou tel espace. Pourtant, comme le souligne M. Oliver, « *disability cannot be abstracted from the social world which produces it; it does not exist outside the social structures in which it is located and independent of meanings given to it* [30]» [Oliver, in Gleeson, 2001]. La prise en compte des processus sociaux est maintenant largement admise dans les travaux liés au handicap, mais qu'en est-il de la culture ?

I.Komardjaja, travaillant sur l'accessibilité et le handicap en Indonésie, souligne précisément « c*ertainly, Western attitudes towards disabled people and advanced knowledge of disability cannot be directly translated to Indonesia* [31]» [Komardjaja, 2001]. La culture contribue à construire un univers social particulier, de valeurs, de représentations, de comportements spécifiques, face aux populations déficientes. J. Cook, anthropologue, exprime le principe selon lequel le handicap et la culture sont indissolublement liés. Chaque société est vectrice d'une culture, induisant, comme cela a été démontré précédemment, un rapport au corps particulier et appréhendé différemment selon les espaces culturels. Il insiste donc pour aborder le « handicap » comme une construction, avant tout culturelle. Selon lui, « *un sens est attribué aux états corporels et mentaux dans le contexte d'un groupe de personnes vivant ensemble et partageant des idées et des activités. Le préjudice, les jugements stéréotypés, l'exclusion et le rejet que subissent les personnes handicapées font partie intégrante de cette construction culturelle.* » [Cook, 2000] En géographie, *« la culture, qui inclut l'information, les*

[30] Le handicap ne peut être envisagé en dehors de l'univers social qui le produit ; il n'existe pas à l'extérieur des structures où il est placé et des significations qui lui sont données.

[31] Les attitudes occidentales envers les personnes handicapées et les connaissances acquises ne peuvent pas être directement traduites en Indonésie »

institutions, les habitus, les mythes et les modèles, les représentations, est l'un des déterminants fondamentaux des systèmes géographiques […] le géographe est intéressé par la dimension culturelle des organisations spatiales et par la dimension spatiale des phénomènes de culture » [Brunet, 2005]. Il devient alors nécessaire de prendre en compte cette dimension fortement culturelle du rapport aux populations déficientes entretenues par une société. Comme J. Cook le démontre dans une étude de cas menée en Égypte[32], le poids de la culture est déterminant dans la participation ou non des individus à des programmes de réadaptation par exemple. La prise en compte de la culture comme jouant un rôle dans le processus de formation socio-spatiale est notamment mise en avant par les travaux des anthropologues s'étant intéressés aux corps et aux maladies [Levy-Strauss, Mauss…], aux guérisseurs et à leurs pratiques (le chamanisme, par exemple). De nombreux travaux de recherche portant un regard anthropologique sur les populations déficientes s'intéressent aux rôles de la culture. En Afrique, R. Garnier affirme que *« la maladie ne repose pas sur les mêmes fondements que ceux de la pensée occidentale. Son explication est essentiellement magico-religieuse ou basée sur la sorcellerie ou la transgression de certaines règles de la société »* [Garnier, 1997]. La prise en compte de la culture est déterminante, notamment dans le cas des thérapies mises en place. Une étude menée sur le peuple Tchaman en Côte d'Ivoire démontre que l'hémiplégie renvoie à la fois à des conceptions physiques, mais aussi et surtout métaphysiques de l'atteinte corporelle. Cette double dimension joue un rôle déterminant dans les soins mis en place, faisant appel *« à la médecine moderne et traditionnelle »* [Alloh, *et al.*, 2006]

L'importance du maintien d'un certain ordre social au sein des communautés explique souvent le développement de systèmes de croyances visant à mettre en marge certaines populations. Une étude menée sur le peuple Betis au Cameroun met en avant la corrélation entre l'exclusion des personnes en situation de handicap et l'importance de l'ordre social de la communauté ne laissant pas « *de place aux faibles et aux disgracieux* » [Zambe, Hamonet, 2005]. Un travail de recherche mené au Sénégal [Delaroque, 2007[33]] souligne l'importance de la recherche de l'explication des causes d'une déficience s'expliquant dans ce cas par le système de croyances des villageois.

[32] Enfance et Handicap : concepts et stratégies. Le Caire, 1998, Edité par le Programme des Nations Unis pour le Développement, le Ministère de la Santé et de la Population d'Egypte, le Centre Français de Culture et de Coopération.

[33] Delaroque (M), 2007, *Les représentations et pratiques sociales du handicap moteur à travers les systèmes de croyance au Sénégal*, Mémoire de Master 2, sous la direction de Steck (B), Université du Havre

Dans une étude menée à Djola (village situé en Casamance), il est démontré que le handicap peut être la conséquence du non respect de la mémoire des ancêtres ou l'attaque de mauvais esprits [Delaroque, 2007]. Cela conduit à des pratiques d'élimination du mal, comme le montre l'expérience racontée dans l'exemple ci-dessous :

> *« Lorsqu'un individu du village se rend compte de cette possession maléfique, il ne doit absolument pas en parler à ses parents en sa présence. Si cet esprit mauvais se sent pris au piège, il se transformera en boa, la nuit venue, pour tuer ses parents. Souvent, les gens du village conseillent aux parents de faire le teste de l'œuf : on place un œuf près de l'enfant, la nuit ; s'il est réellement l'incarnation du Mal, et qu'il se transforme en serpent, il ne pourra résister à gober l'œuf. On aura alors la preuve de la possession de l'enfant. Il faut donc convaincre les parents d'éliminer cet enfant, qui peut rendre sa mère stérile et empêcher sa progéniture. Ils doivent l'emmener chez le sorcier, qui va le placer dans un puits mystique, rempli de serpents, d'araignées…avant de le rendre à ses parents. L'enfant doit normalement décéder naturellement dans la nuit ».*
> **DELAROQUE (M), 2007, Les représentations et pratiques sociales du handicap moteur à travers les systèmes de croyance au Sénégal, Mémoire de Master 2 sous la direction de B.STECK, Université du Havre, 2007.**

Intégrer la prise en compte de la culture dans une étude sur le handicap, dans n'importe quel espace que ce soit, est indispensable, et s'ajoute à la liste des éléments de la « superstructure » dans la compréhension de la dimension spatiale des phénomènes liés au handicap.

3.1.2.3 A l'interface des deux espaces : les associations

Au sein de la *formation socio-spatiale* du handicap, les associations représentent un acteur très particulier et ce à tous les échelons territoriaux. Les associations se fondent autour de groupes d'intérêt ayant des problématiques communes. Les associations *« sont tout à la fois dans un rôle technique de co-instruction de la loi, dans un rôle gestionnaire des établissements et services selon une philosophie de type service public, tout en étant intéressées à consolider leurs propres moyens d'action et enfin, dans un rôle d'administration supplétive, vu leur participation effective aux différentes instances d'orientation et de régulation »* [Stiker, 2000]

Effectivement, que ce soit au sein des instances internationales, européennes ou locales, les associations ont joué et jouent un rôle spécifique dans le domaine du « handicap ». Véritable acteur social, la spécificité de leur situation réside dans leur position d'interface. Elles se situent précisément à la limite entre « l'espace de vie » des populations

déficientes et « l'espace de la gouvernance ». Elles sont fortement ancrées au sein même de l'espace de vie des populations déficientes en intervenant au cœur de leur quotidien et en mettant en place des services. Par ailleurs, en tant qu'expert, militant et créateur de structures d'accueil ou de services, elles jouent un rôle important d'interlocuteur avec l'État. D'un point de vue spatial, en évoluant directement auprès des populations déficientes et de leur famille, elles ont une connaissance précise des problématiques liées aux déficiences et des besoins des populations. En tant qu'acteur impliqué, les associations sont donc en mesure de revendiquer et proposer des actions au sein des instances gouvernementales.

À plusieurs moments de l'histoire elles ont joué un rôle déterminant. Les mouvements sociaux, notamment aux États-Unis, ont induit le développement de groupes ou d'associations, notamment l'*Independant Living Movement*, revendiquant l'importance de la prise en compte de la parole des usagers, acteurs concernés, dans le développement des droits des populations déficientes. En France, certaines associations, notamment le Groupement pour l'Insertion des personnes Handicapées Physiques (GIHP) et l'Association des Paralysées de France (APF) ont joué un rôle important dans les débats ayant animé la production de la loi de 1975. La volonté d'être reconnues par les instances internationales, européennes ou nationales, comme des interlocuteurs experts, a contribué à l'organisation des associations en groupes de pression institutionnels. L'existence de l'Organisation Mondiale des Personnes Handicapées (O.M.P.H) à l'échelle internationale, et le Forum Européen des Personnes Handicapées (F.E.P.H) à l'échelle européenne, en sont des exemples. La spécificité de ces organisations est de regrouper un nombre important d'usagers et d'associations diverses en constituant un groupe fort et commun afin de parler d'une seule et même voix auprès des institutions.
Deux éléments sont importants à retenir. Premièrement, l'institutionnalisation de la parole des populations déficientes au sein des instances gouvernementales. Deuxièmement, le lien entre le développement du rôle des associations et le processus de régulation politique. L'exemple donné par V.Mohanu, ayant travaillé sur le F.E.P.H révèle l'importance des actions menées et ce lien : « *ainsi, l'inclusion dans son texte de la notion « d'aménagement raisonnable* » est un exemple fort, illustrant l'impact du travail de pression de la société civile auprès de la Commission, considérée comme un succès notable par l'un des chargés de mission du Forum : *« nous avons réussi à ajouter dans la directive pour les personnes handicapées la notion d'aménagement raisonnable. C'est*

l'avancée la plus importante qu'on a pu faire pour les personnes handicapées[34]» [Mohanu, 2008].

Face à cette situation « d'interface » au sein de la formation socio-spatiale du handicap, une contradiction, révélant un débat, apparaît. Effectivement, de nombreuses associations ont pris en charge un certain nombre de domaines notamment celui de la gestion de structures d'accueil. Pour B.Azéma, là encore les associations *« deviennent de véritables partenaires de l'État, auquel elles se substituent dans ses missions et qu'elles suppléent en gérant l'équipement spécialisé et en participant au repérage des besoins des populations concernées »* [Azema, 1999]. Les associations apparaissent, notamment dans le cas de la gestion des structures d'accueil, comme un acteur auquel l'État délègue ou relègue un service public qu'il n'assure pas directement. Un débat important existe sur certains domaines d'actions pour lesquelles les associations se suppléaient complètement à l'État. Les associations, en tant qu'acteur social, font face à une contradiction entre *« une logique d'entreprise dans le marché des services et de l'emploi et une logique mutualiste ou solidaire, juridiquement indépendante mais économiquement adossée à l'État providence et soumise aux aléas de ses subventions et programmes d'action successifs »* [Barral *et al*. 2000].

Tout en réaffirmant une situation d'entre-deux par rapport à un système complexe d'acteurs, elles ont aussi le pouvoir et la volonté de parler solidairement et d'une seule voix en défendant un intérêt commun. Cette contradiction renforce la position ambivalente des associations intervenant dans le domaine du handicap. A l'interface entre deux mondes, celui de la gouvernance et du pouvoir et celui du quotidien des populations déficientes, c'est aussi cette ambivalence qui fait d'elles des acteurs incontournables.

[34] Entretien avec un chargé de mission du FEPH en 2006 par V.A.Mohanu

3.2 – UN GOUVERNEMENT MONDIAL DE LA DÉFICIENCE ?

La complexité territoriale du système d'acteurs spatialisés révèle donc l'existence de deux types d'espaces : celui de la gouvernance d'une part et de l'espace de vie des populations déficientes d'autre part. Les deux s'autoalimentent. Ce qui se joue dans l'espace de la gouvernance a un impact direct sur l'espace de vie des populations. Et à l'inverse, la situation et le vécu des populations déficientes activent les revendications remontant, notamment par le biais des associations, jusqu'aux instances dirigeantes. L'identification de cette structure, socio-spatiale permet de comprendre qui agit, à quel niveau et dans quel contexte ? Mais cette approche impose aussi de s'interroger sur la légitimité, la pertinence des actions menées et des échelles choisies. Est-ce à l'échelle internationale ? Est-ce à l'échelle européenne ? Est-ce à l'échelle locale ? Les actions s'intègrent dans un système complexe, il n'est donc pas évident de répondre à cette question unilatéralement. Comment les décisions prises selon les échelles d'action interviennent avec les échelons inférieurs ?

3.2.1 - Les actions à l'échelle internationale

Dans quelles conditions l'intérêt des organisations internationales envers les populations déficientes a-t-il émergé ? Y-a-t-il un transfert des idées, des décisions politiques prises du niveau international vers d'autres niveaux ?

3.2.1.1 L'organisation des Nations Unis : déclaration d'intention

L'histoire de la prise en compte du « handicap » par l'Organisation des Nations Unies commence au milieu des années 1940 par la promotion du droit et du bien être des personnes handicapées physiques à travers un ensemble d'approches sociales *(social welfare approach)*. Cela s'inscrit parfaitement dans la philosophie de cette organisation intergouvernementale fondée en 1945, regroupant 191 États autour de valeurs et d'enjeux communs auxquels l'Humanité se trouve confrontée, évoquées dans la Charte des Nations Unies :

> - *« préserver les générations futures du fléau de la guerre qui deux fois en l'espace d'une vie humaine a infligé à l'humanité d'indicibles souffrances,*
> - *proclamer à nouveau notre foi dans les droits fondamentaux de l'homme, dans la dignité et la valeur de la personne humaine, dans l'égalité de droits des hommes et des femmes, ainsi que des nations, grandes et petites*
> - *créer les conditions nécessaires au maintien de la justice et du respect des obligations nées des traités et autres sources du droit international,*

> - *favoriser le progrès social et instaurer de meilleures conditions de vie dans une liberté plus grande »*
>
> **Extrait du préambule de la Charte des Nations Unies, 1945**

Dès lors, de nombreuses déclarations, conventions ou programmes ont vu le jour. Les premières décisions concernant les personnes handicapées ont été adoptées dans les années 1970. La première déclaration politique de l'ONU date du 20 décembre 1971, avec la « *Déclaration des droits du déficient mental* », puis la « *Déclaration des droits des personnes handicapées* » adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies le 9 décembre 1975. Ces deux déclarations ont une force politique et symbolique importante. Elles traduisent une prise de conscience à l'échelle internationale. Elles n'ont néanmoins pas force de loi et n'imposent donc aucune obligation.

L'ONU a lancé en 1976, la première année internationale des personnes handicapées. En 1982, l'Assemblée Générale des Nations Unies met en place le *Programme d'action mondial concernant les personnes handicapées*. Là encore, l'ONU propose une forte déclaration d'intention sans imposer de contraintes juridiques. D'autre part, l'Organisation Mondiale de la Santé élabore, dans les années 1980, la première formulation conceptuelle à l'échelle internationale concernant le handicap. Effectivement, la Classification Internationale du Handicap propose un consensus international sur la formulation d'une première définition du handicap.

Dans le monde du travail, des dispositions législatives sont prises par le biais de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) adoptant la *Convention sur la réadaptation professionnelle et l'emploi des personnes handicapées* lors de la Conférence générale de l'Organisation Internationale du Travail en juin 1983. La convention prend les effets d'une loi lorsqu'elle est ratifiée par un État. L'objectif des organisations internationales est de mettre au jour des problématiques communes à un ensemble de territoires, sur lesquels il est nécessaire d'agir pour garantir les droits de l'homme. Pour autant, toute la difficulté des organisations internationales est de faire valoir et de rendre effectives les décisions prises en commun dans chaque État. La convention 159 sur la réadaptation professionnelle a été ratifiée par peu de pays. L'exemple du Mali, de Madagascar, du Paraguay et de l'Espagne, ayant intégrés la convention respectivement en 1995, 1998, 1991 et 1990 souligne aussi la lenteur du passage des décisions entre l'échelon international et l'échelle nationale.

L'ONU proclame, *United Nations Decade of Disabled Persons*, la période allant de 1982 à 1993. Cette période avait pour objectif de laisser du temps aux gouvernements et aux diverses organisations pour tenter de mettre en œuvre le programme d'action évoqué précédemment, ainsi que de laisser, aux différents États, le temps d'acquérir de l'expérience en la matière. L'adoption, en 1993, des Règles Universelles pour l'Égalisation des Chances des personnes handicapées (RUEC) marque la fin de cette décennie. Ces règles énoncent des principes importants concernant l'engagement et la coopération des gouvernements en faveur des personnes handicapées. En énonçant un ensemble de principes politiques mais aussi techniques, elles constituent un cadre général pour le développement et l'adoption d'actions politiques. Pourtant, cette base de règles universelles ne sera là encore, qu'une déclaration politique sans aucune valeur juridique. En 1994, 1997, 1999 et 2001 des résolutions (simple recommandation sans valeur législative) seront adoptées par l'Assemblée Générale des Nations Unies concernant la pleine intégration des handicapés dans la société et la mise en œuvre du programme d'action mondial concernant les personnes handicapées : *Vers une société pour tous au XXIe siècle* ».

Après une soixantaine d'années de propositions internationales concernant l'égalisation des chances des personnes handicapées dans la vie sociale, les inégalités et les discriminations restent encore présentes dans de nombreux États. Les règles élaborées en 1993 ont servi de modèles dans un certain nombre de pays, d'autres États ont quant à eux mis en place une législation détaillée concernant les personnes handicapées.

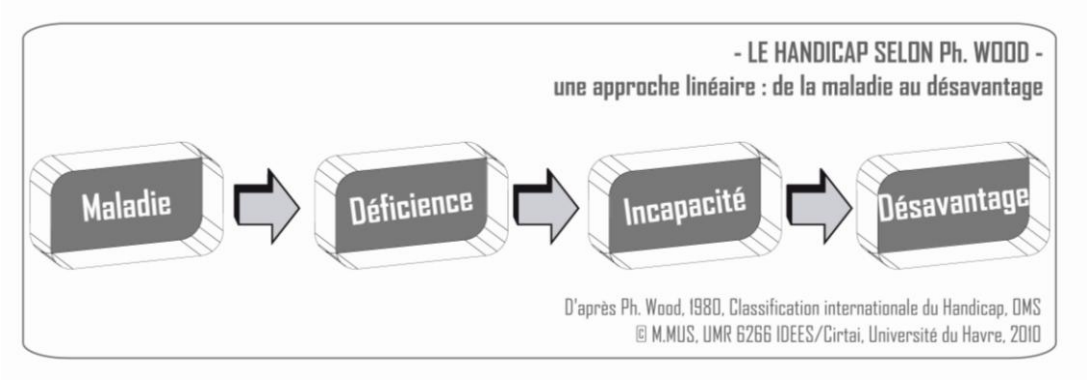
3.2.1.2 L'Organisation Mondiale de la Santé et la première classification internationale des handicaps

L'Organisation Mondiale de la Santé est elle aussi investie dans le domaine du « handicap ». La première classification concernant le handicap a été élaborée en complément de la Classification Internationale des Maladies (CIM) dans les années 1980. À cette époque, le constat d'un manque de connaissance des conséquences des maladies a concouru au développement de nouvelles classifications. Effectivement, la CIM intervient simplement à l'échelle du diagnostic de la maladie : *« les phénomènes pathologiques sont considérés comme indépendants des individus chez lesquels ils apparaissent »* [OMS, INSERM, 1988]. Elle ne donne aucun élément permettant de comprendre les

conséquences des maladies sur un individu. Face à cette lacune, le docteur Ph.Wood, professeur de santé à Manchester, a été mandaté pour participer à l'élaboration d'une nouvelle classification [Chapireau, 1998]. De nombreuses approches critiques des travaux de Ph. Wood évoquent la dimension linéaire et simpliste de la vision du handicap qu'il propose : *« la représentation schématique des « conséquences des maladies » fournie avec l'ICIDH 1980 présentait une causalité linéaire et uni-directionnelle entre maladie, altérations corporelles, invalidité et handicap » [Rossignol, 1998]*. Les différentes classifications élaborées en faveur du handicap traduisent la conception, les représentations, qu'une société se fait du « handicap » à un moment donné. Ainsi, en 1980, selon les principes de Ph. Wood, la Classification Internationale du Handicap le décrit comme la conséquence de la maladie et non plus sa cause telle qu'il était conçu auparavant. Une maladie induit donc des déficiences chez un individu, c'est-à-dire la perte de substance ou l'altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique. Le « handicap » empêche alors un individu d'effectuer ses activités dans des conditions considérées comme normales, ce qui engendre une incapacité et introduit un désavantage. Au « handicap », défini comme *« toute personne souffrant d'une déficience – aspect lésionnel – ou d'une incapacité – aspect fonctionnel – qui limite ou interdit toutes activités considérées comme normales pour un être humain »*, s'ajoute trois notions que sont : la déficience, l'incapacité et le désavantage. Elles correspondent respectivement à l'aspect lésionnel, fonctionnel et situationnel du handicap.

Toutefois, la CIH [cf. Schéma 3-4] conçoit le handicap comme un processus strictement linéaire : *« la maladie engendre une déficience organique et fonctionnelle, laquelle mène à une incapacité au niveau des comportements et des activités de la personne, incapacité qui, à son tour, produit un désavantage »* [Fougeyrollas 2001].

SCHEMA 3- 4



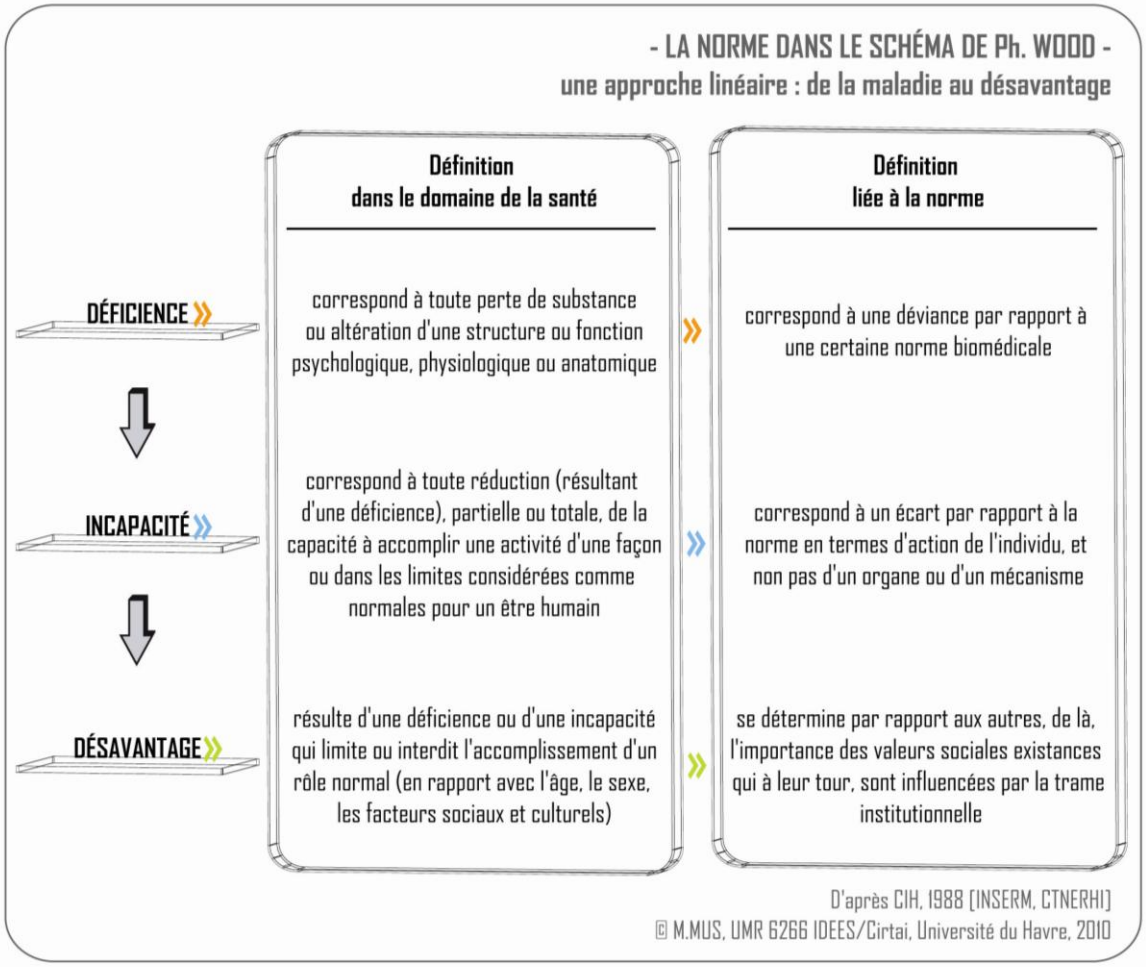
Ph. Wood a souvent été critiqué pour sa vision simple du handicap dont la seule cause serait la maladie. Le schéma le plus classique de son approche traduit effectivement cette relation directe de cause à effet. Cette approche des « handicaps » est considérée comme une avancée conceptuelle majeure dans les années 1980. Cependant, elle est appréhendée uniquement comme une atteinte personnelle conduisant une personne à subir une déficience générant des incapacités.

Pourtant, deux éléments permettent d'aborder ses travaux de façon plus précise suggérant la complexité de son approche ainsi que la dimension sociale de sa vision du handicap.

Premièrement, la dimension normative de ses définitions de la déficience, de l'incapacité et du désavantage. Pour Ph. Wood l'expérience de santé n'est pas envisagée seulement à travers l'approche médicale de l'être humain. La déficience, l'incapacité et le désavantage sont appréhendés au regard de la norme. Il y a donc une mise en perspective, une objectivation des déficiences, incapacités et désavantages. Ils ne sont pas simplement liés à un individu en tant que corps physique mais replacés dans un contexte social plus large. La déficience, les incapacités et les désavantages sociaux ne se définissent pas unilatéralement. Ils se construisent par rapport à un système social normatif où le corps et les capacités d'un individu obéissent à des attentes conventionnelles. Le Schéma [cf. Schéma 3-5, p152] illustre comment chaque notion (déficience, incapacité et désavantage) renvoie une dimension normée du corps, des capacités physiques et de la participation d'un individu à la vie quotidienne de la société. De fait, la déficience correspond à une forme de déviance par rapport à une norme biomédicale dominante.

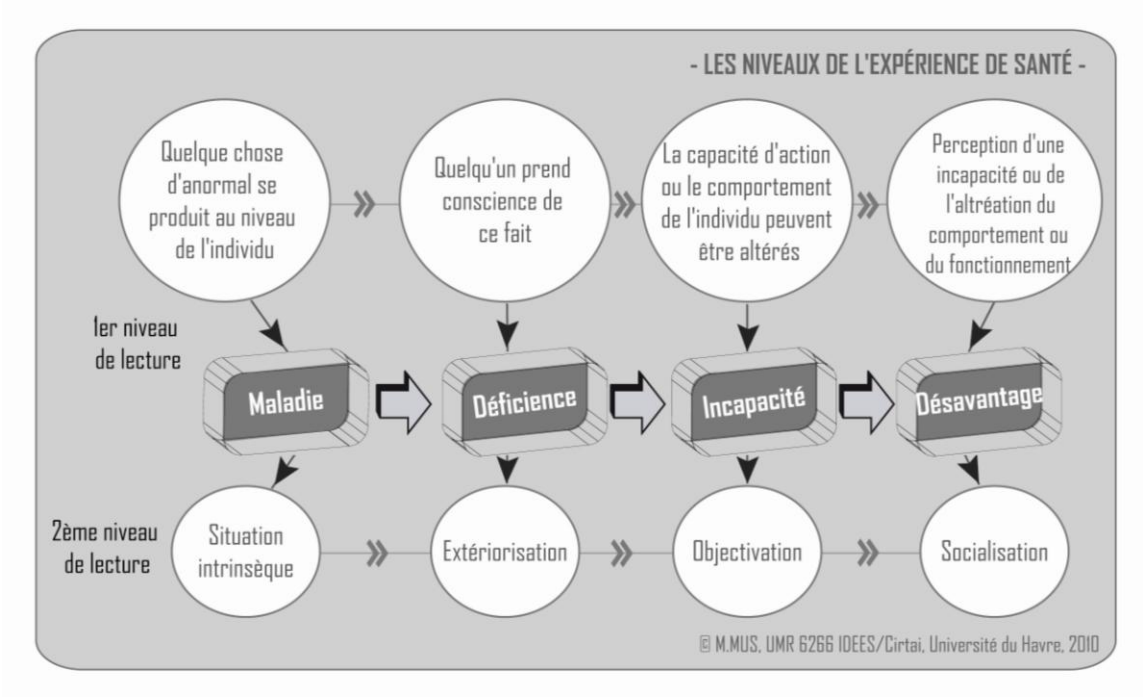
Deuxièmement, ce cadre normatif implique donc de replacer l'approche de Ph. Wood non plus seulement à travers une approche linéaire de ces notions mais dans un double niveau de lecture [cf. Schéma 3-6, p153]. La maladie touche l'individu. La pathologie est le point de départ de l'expérience de santé. Les symptômes qui se manifestent sont inhérents au corps de l'individu indépendamment de tous les facteurs extérieurs. La maladie est intrinsèque à l'individu. Le diagnostic médical, en identifiant la maladie, permet une reconnaissance de la déficience au-delà du corps. Il fait exister la maladie hors du patient, à l'extérieur de son corps. Dès lors, la réduction des capacités d'action d'un individu, par rapport à ses propres capacités passées ou aux capacités des autres, implique une mise en perspective de la nouvelle situation de l'individu. Enfin, la réduction ou l'absence des capacités requises pour effectuer un geste ou une action entraîne un désavantage par rapport à ceux pouvant les accomplir.

SCHEMA 3- 5


- LA NORME DANS LE SCHÉMA DE Ph. WOOD -
une approche linéaire : de la maladie au désavantage
Définition dans le domaine de la santé
Définition liée à la norme
DÉFICIENCE
correspond à toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique
correspond à une déviance par rapport à une certaine norme biomédicale
INCAPACITÉ
correspond à toute réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale, de la capacité à accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain
correspond à un écart par rapport à la norme en termes d'action de l'individu, et non pas d'un organe ou d'un mécanisme
DÉSAVANTAGE
résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels)
se détermine par rapport aux autres, de là, l'importance des valeurs sociales existances qui à leur tour, sont influencées par la trame institutionnelle
D'après CIH, 1988 [INSERM, CTNERHI]
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

Le désavantage opère à différent degré selon la valeur sociale accordée aux actions. La culture, les valeurs d'une société ont un effet important sur le niveau de désavantage subi par un individu.

SCHEMA 3- 6



Les critiques portées à ce modèle sont souvent liées à une lecture simpliste et mise en opposition avec le modèle social ou les approches environnementales des déficiences. Peu de travaux mentionnent le caractère normatif de son approche. Pourtant, faire référence à une norme, qu'elle soit médicale ou sociale, sous-entend forcément un va-et-vient entre une situation particulière, vécue par un individu et une situation globale, renvoyant à ce qui entoure cet individu (l'environnement familial, social, par exemple). L'exemple suivant, tiré de la CIH, met en lumière l'influence de l'entourage familial dans le niveau de désavantage : *« un individu atteint d'une polyarthrite rhumatoïde peut présenter une incapacité légère et subir pourtant un désavantage important, alors qu'une autre personne atteinte de la même maladie et présentant une incapacité importante peut subir un désavantage bien moindre, par exemple si elle reçoit une aide plus grande de sa famille ou de son entourage »* [CIH, OMS, INSERM, 1988]. Ph. Wood reconnaît donc le rôle joué par l'environnement familial notamment, dans l'élaboration des désavantages. Cependant, contrairement aux modèles sociaux ou environnementaux, il ne considère pas la société comme responsable des désavantages.

3.2.1.3 Le Processus de Production du Handicap : un élément conceptuel majeur justifiant l'approche géographique

L'approche du « handicap » développé dans la CIH a été critiquée pour sa vision linéaire du handicap. Dans ce contexte, d'autres approches ont été élaborées à la fin des années quatre-vingts et dans les années quatre-vingt-dix.

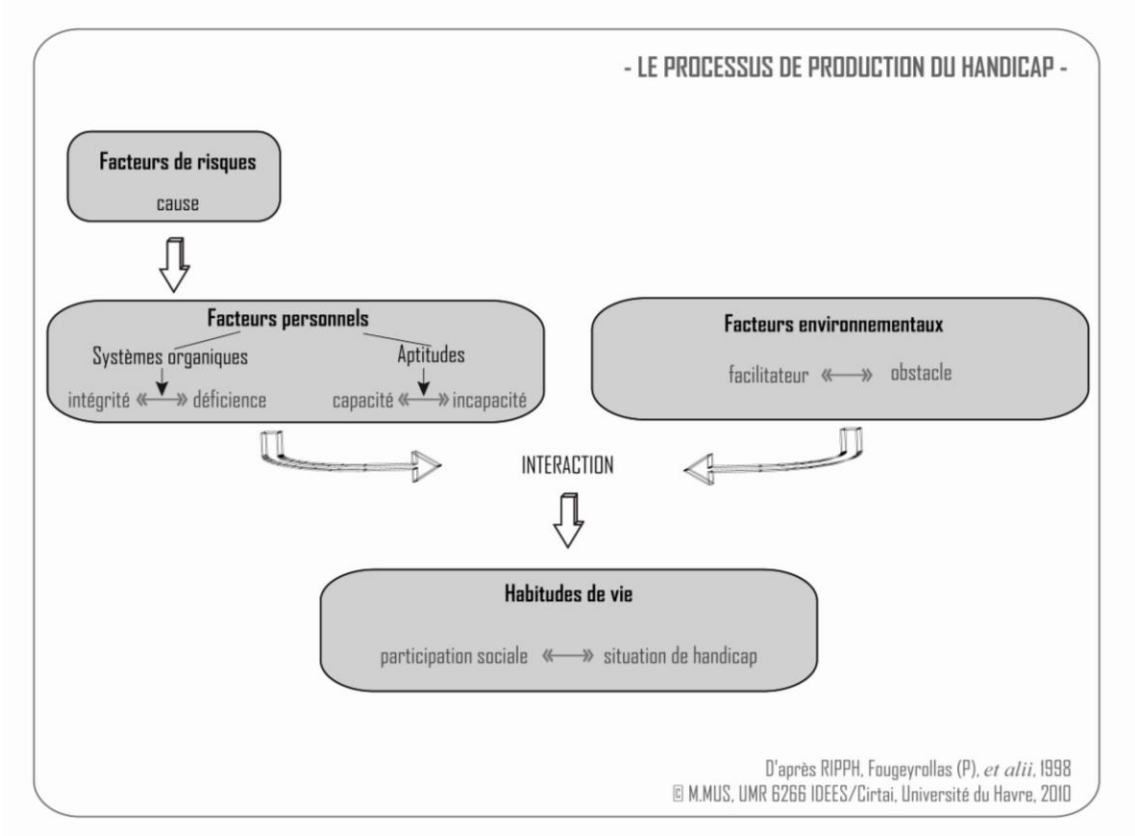
P. Minaire, s'opposant au modèle biomédical, a placé le handicap au cœur d'un processus situationnel. Il a mis en évidence le rôle déterminant des variables environnementales dans la constitution des conséquences sociales des déficiences. En 1978, il propose un schéma évoquant le « handicap en situation » et écrit dans les années 1980 des articles au titre évocateur : « *l'approche du handicap doit être différente*[35]». Dès lors, le courant de pensée était donc lancé et le handicap a été appréhendé différemment.

Dans cette perspective, en 1986, trois militants du mouvement de promotion des droits des personnes ayant des incapacités, Maryke Muller, Mario Bolduc et Patrick Fougeyrollas, ont créé le Comité québécois sur la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps. Ce comité sera rebaptisé en 1997, Réseau Internationale sur le Processus de Production du Handicap. Il regroupe des représentants du monde associatif militant aussi bien que des chercheurs. Ses objectifs sont notamment de diffuser et développer la recherche, l'information et la formation sur le Processus de Production du handicap et de développer des applications concrètes du Processus de Production du Handicap. En poursuivant les idées de P.Minaire du « handicap de situation », Fougeyrollas et d'autres chercheurs vont travailler sur les causes du handicap afin de s'opposer fermement au modèle biomédical imputant toutes les causes du handicap aux processus physiques. Un consensus se développe sur l'idée « *d'identifications des variables environnementales déterminant les conséquences sociales des déficiences et incapacités chez une personne* » [Boucher, SISRAI[36]]. Dans cette perspective, comme le montre le schéma ci-dessous [cf. Schéma 3-7, p155], le handicap est donc considéré comme le résultat de l'interaction entre des facteurs personnels et des facteurs environnementaux Les facteurs de risques sont identifiés comme étant « *un élément appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement susceptible de provoquer une*

[35] Les cahiers du CTNERHI, n°14 Avril/Juin 1981

[36] Tiré de la définition des « déterminants environnementaux » de N. Boucher sur le site internet du SISRAI Service international scientifique de réadaptation sur l'autoroute de l'information http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/

SCHEMA 3- 7


- LE PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP -
Facteurs de risques
cause
Facteurs personnels
Systèmes organiques
intégrité «——» déficience
Aptitudes
capacité «——» incapacité
Facteurs environnementaux
facilitateur «——» obstacle
INTERACTION
Habitudes de vie
participation sociale «——» situation de handicap
D'après RIPPH, Fougeyrollas (P), et alii, 1998
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne. Ces facteurs de risques peuvent devenir des causes effectives qui entraînent une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne » [RIPPH[37], 1998]. Les facteurs personnels prennent en compte les systèmes organiques ainsi que les « *aptitudes* ». Ceci a pour objectif de rompre avec le processus strictement linéaire (la maladie conduit à une déficience induisant une incapacité qui elle-même crée un désavantage) présenté dans la CIH. Dès lors, le handicap n'est plus considéré comme une suite logique partant d'une cause mais s'inscrit dans un processus interactif où les facteurs personnels et environnementaux sont mis au même niveau et en corrélation dans la production des situations handicapantes. Fougeyrollas souligne dans ce sens *« la possibilité d'un impact sur les aptitudes, sans mise en évidence d'une atteinte à l'intégrité organique ou de déficience* » [RIPPH, 1998]. Ce processus de production de handicap a contribué à un véritable changement de paradigme dans le monde du handicap et notamment dans le cadre des approches institutionnelles.

En effet, ce paradigme introduit l'importance du rôle de la société, de ses barrières architecturales dans la situation de handicap. Un passage s'effectue alors, du modèle de la réadaptation du sujet handicapé vers la nécessité d'adapter ou de réadapter l'espace. En introduisant « l'environnement » comme « acteur » et producteur d'une « situation de handicap », cela confère à ces situations un caractère universel, tout individu étant susceptible de se retrouver dans une situation handicapante à un moment donné de son existence. Enfin, ce caractère universel de l'approche évacue ainsi le volet discriminatoire du handicap. Cela permet d'élargir le champ des populations concernées en utilisant la terminologie de personnes en situation de handicap.

3.2.1.4 Vingt ans après, l'OMS reformule la Classification Internationale concernant les handicaps

L'avancée conceptuelle du Processus de Production du Handicap et la pression des associations de personnes handicapées vont jouer un rôle important au sein des instances internationales pour la révision de la CIH.

L'idée selon laquelle le handicap n'est dû qu'à des lésions personnelles suivant un modèle médical est remise en cause et conduit à une révision de la classification de

[37] Réseau International sur le Processus de Production du Handicap
http://www.ripph.qc.ca/

l'Organisation Mondiale de la Santé. La Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF), remplace donc la Classification Internationale du Handicap (CIH). Cette nouvelle classification permet de faire évoluer la notion de handicap en s'appuyant sur les concepts internationaux des représentations sociales des déficiences depuis les années 1980. La nouvelle classification internationale publiée en mai 2001, après adoption par l'assemblée plénière de l'OMS, s'inscrit donc dans un vaste mouvement pour penser le handicap autrement que comme une suite de *« malheurs individuels écartant les personnes concernées de la norme médicale ou sociale »* [Delcey, 2002]. La nouvelle classification internationale relative aux handicaps reprend donc l'approche « environnementale » du handicap : *« l'état de fonctionnement et de handicap d'une personne est le résultat de l'interaction dynamique entre son état de santé (maladies, troubles, blessures, traumatismes, etc.) et les facteurs contextuels. Ces derniers comprennent à la fois des facteurs personnels et des facteurs environnementaux »* [CIF, 2001].

Contrairement à la CIH, la CIF ne se base plus sur les aspects lésionnels, fonctionnels et situationnels mais sur la double dimension d'un individu : à savoir sa dimension individuelle et sa dimension sociale. Ainsi, l'être humain est appréhendé d'une part à travers ses fonctions organiques (mentales, sensorielles, etc.) et sa structure corporelle (système nerveux, structures liées à la voix et à la parole, structures liées au mouvement, etc.) et d'autre part en relation avec un environnement social, relationnel et physique [cf. Tableau 3-1, p158]. Cette classification reconnaît donc le rôle de l'environnement physique et social dans la conception des situations de handicap, prônée par le Réseau Internationale sur le Processus de Production du Handicap. Considérée auparavant comme un caractère propre à l'individu, conséquence d'une maladie, le « *handicap* » est alors considéré comme le résultat d'un processus où interagissent la « *dimension individuelle* », « la *dimension sociale* » et la « *dimension environnementale* ». L'interaction entre ces trois facteurs (les fonctions de l'organisme, la structure corporelle et les facteurs environnementaux) détermine le niveau d'activités et de participation réalisable par un individu. Il est donc nécessaire de distinguer la déficience dont souffre un individu, les incapacités auxquelles il fait face et les désavantages qui en résultent. Ainsi, les schémas [cf. Encadré 3-1, p159] mettent en évidence trois exemples différents d'application des concepts proposés par la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap.

TABLEAU 3- 1

- TABLEAU COMPARATIF: CIH/CIF -

	CIH (1980)	CIF (2001)
Définitions du handicap	"Toute personne souffrant d'une déficience (aspect lésionnel) ou d'une incapacité (aspect fonctionnel) qui limite ou interdit toutes activités considérées comme normales pour un être humain".	"La CIF se propose d'aborder le handicap sous deux angles: en tant qu'individu et en tant qu'être social. Dans ce cas le handicap désigne l'ensemble des éléments négatifs de ces dimensions: défiiences (fonction ou structure), limitation d'activité et restriction de participation.
Notions associées	**notions négatives**	**notions positives**
	Aspect lésionnel: **Déficience:** toute perte de substance ou d'altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique.	**Dimension individuelle**: **Fonctions organiques** des systèmes physiologiques y compris les fonctions psychologiques structures anatomiques (organes, membres et composantes).
	Aspect fonctionnel: **Incapacité:** toute réduction partielle ou totale (résultant d'une déficience) de la capacité d'accomplir une activité dans les limites considérées comme normales pouir un être humain.	**Dimension "être social"**: **Activité** comme la nature et l'étendue du fonctionne--ment au niveau de la personne. Les activités peuvent être limitées dans leur nature, leur durée et leur qualité.
	Aspect situationnel: **Désavantage:** résulte puor un individu donné d'une déficience ou d'une incapacité qui interdit ou limite l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socio--culturels.	**Dimension "être social"**: **Participation** comme la nature et l'étendue de l'implication d'une personne dans des situations de vie en rapport avec les déficiences, activités, problème de santé, et facteurs contextuels. La participation peut être restreinte dans sa nature, sa durée et sa qualité.
Schémas associés	**Maladie → Déficience → Incapacité → Désavantage**	**Problème de santé** **Déficience ←→ Activités ←→ Participation** **Facteurs contextuels:** **Environnement** **Facteurs personnels**

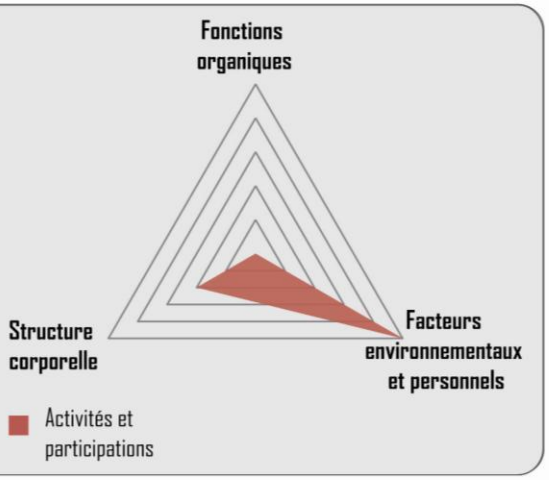
D'après la CIH (1980) et la CIF (2001), OMS

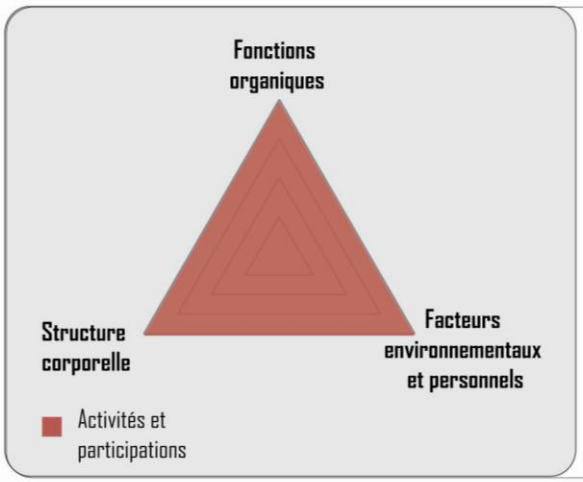
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

- TROIS EXEMPLES DE FONCTIONNEMENT DE LA CIF -

EXEMPLE - 1

Un individu présente une déficience de sa structure organique telle qu'une marque physique importante sur le visage : un léger bec de lièvre ou un vitiligo. Cet individu n'a pour autant pas de difficulté spécifique au niveau de ses fonctions organiques. Il devrait donc pouvoir réaliser sans problème des activités quotidiennes (communiquer avec les autres, aller à l'école, prendre le bus...). Pour autant, ce genre de stigmate peut avoir une signification (religieuse, sociale, culturelle...) forte entrainant des peurs et ayant pour conséquence des phénomènes de rejet et d'exclusion.



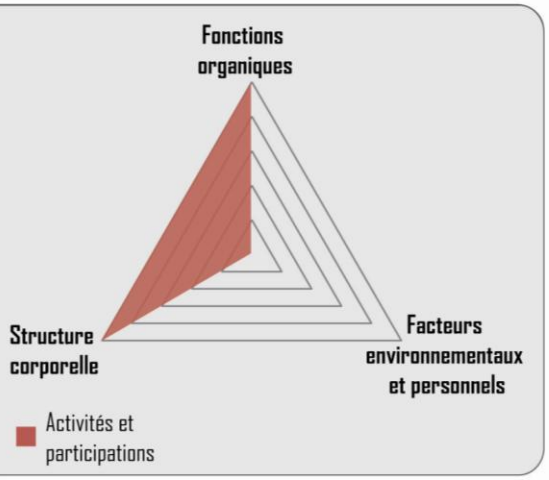


EXEMPLE - 2

Un individu a une déficience organique conséquence d'une lésion corporelle, par exemple l'amputation de membres inférieurs nécessitant des déplacements en fauteuil roulant. Dans un environnement n'étant pas toujours adapté au fauteuil roulant (présence de marches, escaliers...), cet individu devra faire face à de nombreuses limitations de ses activités et de sa participation sociale.

EXEMPLE - 3

A l'inverse, un individu présentant une déficience de ces fonctions organiques et de sa structurelle corporelle (une personne atteinte de cécité par exemple) peut avoir un niveau de participation et d'activité complète si son environnement ne présente pas d'obstacle.



d'après CIF, OMS 2001

© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

De nombreuses combinaisons sont possibles. Il est important de retenir qu'une déficience organique ou structurelle n'induit pas forcément une restriction d'activités ou de la participation. Le rôle de la société dans la production des handicaps est maintenant pris en considération. Le « handicap » n'est donc plus appréhendé comme un caractère lié à une personne mais comme le résultat de l'interaction des caractéristiques d'un état de santé avec les facteurs environnementaux. Par conséquent, cette approche a un impact important sur les modes d'intervention de la société. Les besoins des populations déficientes sont pris en charge de manière plus large et dépassant les aides strictement médicale ou sociales. Contrairement à la CIH, la singularité de la CIF repose sur l'appréhension des « facteurs environnementaux » comme pouvant être des obstacles à la participation et aux activités mais aussi comme un « facilitateur ». Dans ce sens, l'environnement peut être générateur d'un mouvement d'inclusion des populations déficientes en développant leur possibilité de participation à la vie quotidienne et sociale.

Cela accentue le rôle de la société et l'importance des modes d'intervention des collectivités locales. Néanmoins, les classifications internationales, les résolutions, les programmes d'action ne constituent pas une obligation exécutive. Malgré les avancées de l'OMS, de l'ONU ou de l'OIT, les actions menées stagnent au niveau des déclarations d'intentions et des bonnes pratiques.

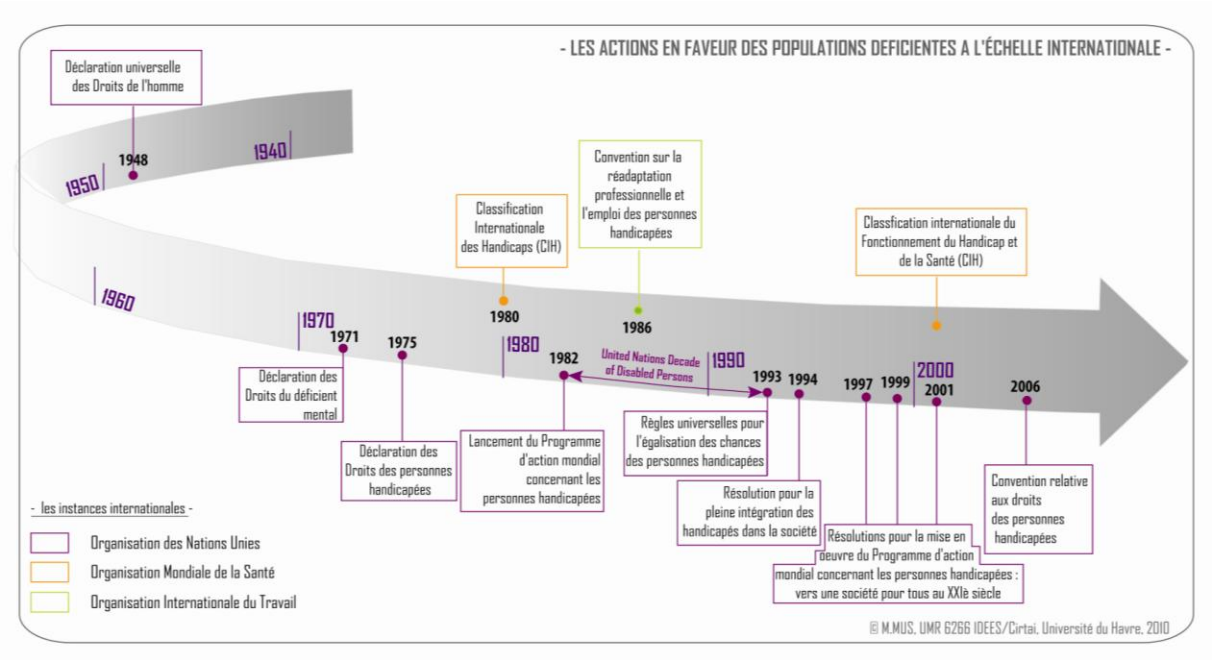
3.2.1.5 L'Organisation des Nations Unies fixe des contraintes

La reformulation, par les instances internationales, des conceptions du handicap traduit une avancée majeure de la part des instances internationales dans le traitement des problématiques des populations déficientes. Pour autant, au niveau international la difficulté majeure réside dans le développement de principes obligeant les États à mettre en place des actions effectives sur le terrain. D.Poizat dans son ouvrage sur *Le handicap dans le monde*, met en évidence la difficulté des États à passer des déclarations aux actions : *« les États sont généralement de généreux signataires de conventions internationales, dès lors qu'elles sont dépourvues de toute ambition coercitive. L'État y gagne un halo moral et semble progresser vers la qualité. Il n'y perd rien car il ne risque rien »* [Poizat, 2009]. Pour que les décisions et les règles élaborées par l'Organisation des Nations Unies aient une valeur contraignante, il est nécessaire de faire ratifier par les gouvernements une convention. En effet, une fois que le traité sera entré en vigueur, après la ratification de la convention, le pays signataire s'engage à accepter les obligations

légales telles qu'elles sont prévues dans le document en mettant en œuvre une législation afin de répondre aux exigences de la convention.

Après plusieurs années d'actions [cf. Encadré 3-2] non contraignantes, l'Assemblée Générale des Nations Unies définit en août 2006 un projet de convention ayant pour objectif de promouvoir et permettre l'intégration des personnes handicapées dans la société.

ENCADRE 3- 2



La convention issue de ce projet sera adoptée en décembre 2006. Elle approuve en premier lieu, la définition du handicap reconnue par la nouvelle classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) : *« par personnes handicapées, on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres*[38]*» [ONU, 2006]*. Les États adhérant à cette convention *«s'engagent à élaborer et appliquer des politiques, une législation et des mesures administratives visant à concrétiser les droits reconnus par celle-ci et à abolir les lois, règlements, coutumes et pratiques qui constituent une discrimination*[39]*»*. La convention

[38]Définition du handicap proposé dans l'article 1 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées.
[39] Article 4 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées

reconnaît qu'en dépit des divers engagements pris par les organisations internationales et les gouvernements *« les personnes handicapées continuent d'être confrontées à des obstacles à leur participation à la société en tant que membres égaux de celle-ci et de faire l'objet de violations des droits de l'Homme dans toutes les parties du monde*[40]».

Dans ce contexte, l'ONU à travers l'élaboration de cette convention invite donc les États à accomplir des actions dans tous les domaines de la vie d'une société, le respect des droits de l'Homme et de l'égalité de traitement, l'accès à la santé, l'éducation, la justice, les services, l'information. Les femmes et les enfants handicapés (article 6 et 7) sont considérés comme des populations particulièrement vulnérables. L'accessibilité (article 9) et la mobilité (article 20) apparaissent comme instruments sur lesquels les États doivent agir pour faire évoluer l'autonomie des populations déficientes. Les États-Parties s'engagent à un suivi national des principes élaborés par la convention et devront remettre un rapport détaillé sur les mesures effectuées dans un délai de deux ans après l'entrée en vigueur de la convention. Au niveau international, un Comité des droits des personnes handicapées est créé. Il a pour fonction d'examiner les rapports de suivis élaborés par les États. Il peut aussi émettre des suggestions et recommandations sur le présent rapport. Le comité constitue un organe de suivi de la convention. En outre, le protocole facultatif donne plus de pouvoir au comité en lui donnant la « *compétence pour recevoir et examiner les communications présentées par des particuliers ou groupes de particuliers ou au nom de particuliers ou groupes de particuliers relevant de sa juridiction qui prétendent être victimes d'une violation par cet État Partie des dispositions de la convention*[41]». Pour le comité, le protocole est un outil de recours et de surveillance plus qu'un outil de suivi, comme cela est pourtant prévu dans la convention. Le comité a le droit d'effectuer des enquêtes[42] et « *peut à tout moment soumettre à l'urgente attention de l'État partie intéressé, une demande tendant à ce qu'il prenne les mesures conservatoires nécessaires pour éviter qu'un dommage irréparable ne soit causé aux victimes de la violation présumée* ».

---

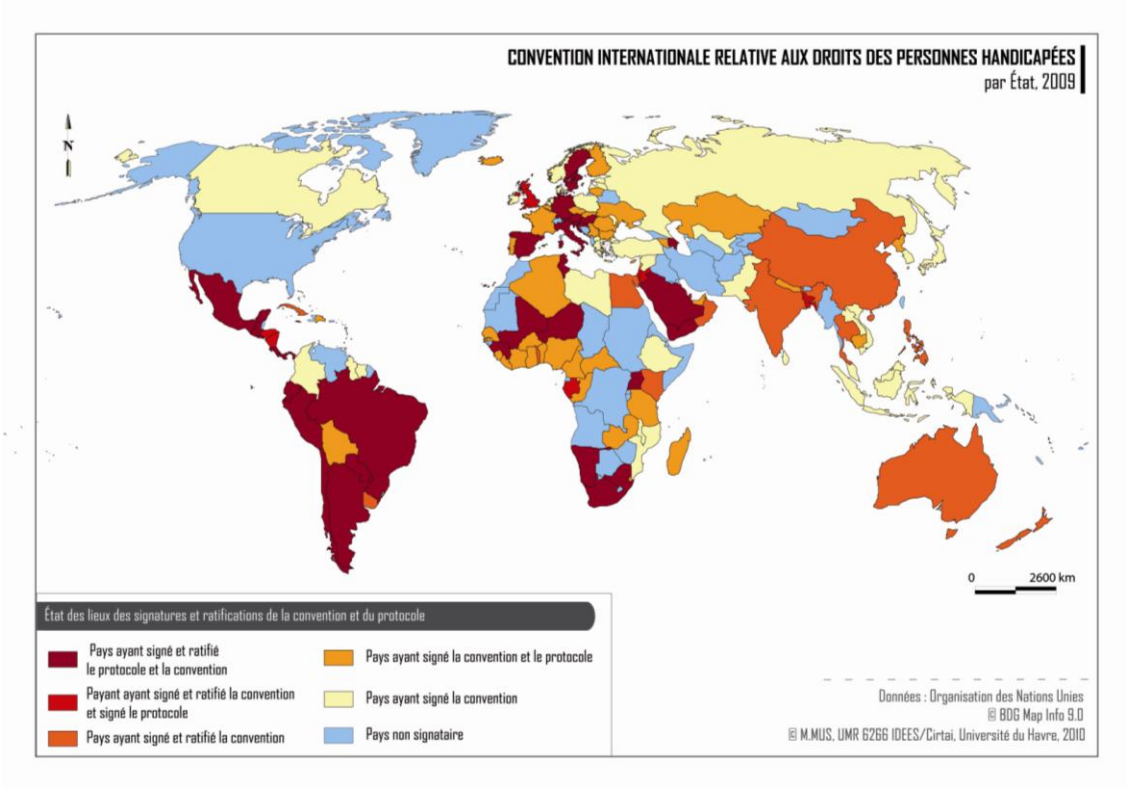
[40] Préambule à la « Convention relative aux droits des personnes handicapées »

[41] Article premier du « Protocole facultatif se rapportant à la convention relative aux droits des personnes handicapées ».

[42] Article 6 du « Protocole facultatif se rapportant à la convention relative aux droits des personnes handicapées » : « *le Comité, se fondant sur les observations éventuellement formulées par l'Etat partie intéressé, ainsi que tout autre renseignement crédible dont il dispose, peut charger un ou plusieurs de ses membres d'effectuer une enquête et de lui rendre compte sans tarder des résultats de celle-ci. Cette enquête peut, lorsque cela se justifie et avec l'accord de l'Etat partie, comporter des visites sur le territoire de cet Etat.* »

L'ouverture à la signature et à la ratification, de la convention et du protocole, a eu lieu le 30 mars 2007. Une fois entrée en vigueur et ratifiée, un État accepte donc les propositions légales énoncées par la convention et se voit alors dans l'obligation d'adopter une législation en faveur des populations déficientes afin de mettre en œuvre ces résolutions. La convention s'applique uniquement après ratification de celle-ci d'au moins vingt États, et le protocole facultatif devra être ratifié par 10 États avant d'être effectif. La convention a donc été adoptée le 13 décembre 2006 et est entrée en vigueur le 3 mai 2008. La carte ci-dessous [Carte 3-1[43]] présente la situation des États ayant signé ou non la convention et/ou le protocole.

CARTE 3- 1



L'adhésion à la Convention Internationale témoigne d'une réelle détermination pour les États y adhérant. Elle les invite à rendre des comptes à la communauté internationale. Effectivement, la différence entre les États ayant signé la convention et ceux l'ayant ratifiée crée un écart important. La ratification implique un acte réel d'engagement et un devoir d'appliquer les mesures énoncées dans le texte. C'est donc un engagement contraignant ayant des conséquences et des implications directes. En revanche, la signature fait office de déclaration d'intention. Elle marque la reconnaissance d'un

[43] Cf. annexe cartographique p 431

problème mais n'implique cependant pas l'efficience des mesures de la convention ou du protocole. Finalement, une trentaine d'État se sont pleinement engagés dans le processus notamment sur le continent américain ainsi qu'en Europe. Bien que l'Afrique du Sud et le Mali aient ratifié la convention et le protocole facultatif, de nombreux pays africains n'ont pas pris part à cette convention. Une autre partie des États a montré une volonté d'engagement en signant la convention, premier degré d'investissement en faveur des populations déficientes. La position de la France, de la Norvège, de la Finlande, des États-Unis et du Canada peu engagés envers la convention est plus surprenante.

Si la carte présentée dessine à l'échelle internationale un monde divisé entre des pays engagés et des pays adhérents à des principes, sans pour autant en accepter les contraintes, elle ne propose cependant pas d'image réelle de l'implication d'un État envers les populations déficientes. La difficulté majeure à laquelle les États vont devoir faire face est l'intégration réelle des principes de la convention dans leur législation. J. Neuwith (Directrice du Bureau de New York du Haut Commissariat des Nations Unes aux droits de l'homme) a *« pour sa part révélé que l'adoption de la Convention avait entrainé des progrès rapides au niveau mondial en ce qui concerne la situation des personnes handicapées, la majorité des pays ayant souscrit rapidement aux principes et aux normes de la Convention. Elle a encouragé les États à passer maintenant de l'engagement à la mise en œuvre effective du Traité, en adoptant les mesures législatives nécessaires*[44]» [ONU, 2009].

3.2.2 - Quelles sont les répercussions territoriales des actions internationales ?

Les décisions des instances internationales ont-elles des répercussions directes sur les actions et les politiques menées à l'échelle des États ? C'est la question à laquelle, il sera tenté de répondre en faisant un état des lieux des dispositions législatives en faveur des populations déficientes, prises par les différents États du monde.

3.2.2.1 De l'ONU à l'UE : le niveau international comme levier aux politiques européennes

Au niveau international, l'imbrication entre le champ de la recherche sur le handicap et le développement des approches internationales menées notamment par l'OMS avec le développement de la Classification Internationale des Fonctionnements du

[44] ONU, Conférence des Etats Parties à la Convention relative aux droits des personnes handicapées, 2009

handicap, a été étudiée. L'Organisation des Nations Unis, dès les années 1970 fait référence aux handicaps dans divers déclarations[45]. Depuis les années soixante-dix, l'Union Européenne a collectivement pris des mesures pour participer à l'intégration des populations déficientes. Le premier programme d'action communautaire a vu le jour le 27 juin 1974[46] et concernait « la réadaptation professionnelle des handicapés ». Mais jusqu'au traité d'Amsterdam les démarches engagées visent uniquement le monde du travail par le biais de « programmes d'actions » ou de « décisions » et surtout n'engageaient pas réellement législativement l'Union Européenne. Avant 1997, le « handicap » était absent des traités européens créant de fait *« des difficultés pour ancrer la légitimité des actions de la Commission et, en même temps, la pression de la société civile se heurtait à l'incapacité de la Commission de proposer des mesures législatives, du fait du manque de soutien effectif que seul un traité de base pouvait offrir* » [Mohanu, 2008].

Dans la logique de la « *Déclaration des Droits de l'Homme des Nations Unis* », l'Union Européenne a proposé en 2000, la « *Charte des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne* ». Inspirée des principes des droits fondamentaux de l'homme, elle reprend les dimensions de dignité, de liberté, d'égalité, de solidarité, de citoyenneté et de justice entre les êtres humains. On ne peut pas nier l'impact des politiques menées au niveau international sur celles menées au niveau communautaire. Ainsi, l'année internationale de la personne handicapée lancée à l'initiative de l'Assemblée Générale des Nations Unis en 1981, a eu un impact important sur la Communauté Européenne. Afin de marquer son engagement et de contribuer à cette action, elle lance, à cette occasion, une réflexion sur l'intégration des personnes handicapées dans la Communauté. Deux « résolutions », concernant l'intégration des personnes handicapées, voient alors le jour : la « *Résolution du 11 mai 1981 sur l'intégration économique, sociale et professionnelle des handicapés de la Communauté Européenne en 1981, année internationale des handicapés* » et la « *Résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil, du 21 décembre 1981, concernant l'intégration sociale des handicapés* ». L'adhésion de la Communauté Européenne aux principes de l'année internationale de la personne handicapée a eu pour conséquence l'émergence des lignes

[45] Cité précédemment : Le 20 décembre 1971, la « Déclaration des droits du déficient mental », puis la « Déclaration des droits des personnes handicapées » en 1975.

[46] 1974, Résolution du Conseil, du 27 juin 1974, portant établissement du premier programme d'action communautaire pour la réadaptation professionnelle des handicapés

directrices de l'action communautaire, pour permettre l'intégration des populations déficientes dans la société. Elle affirme aussi la nécessité de proposer un nouveau schéma directeur d'action. Le niveau international a donc véritablement servi de levier à partir des années soixante-dix, puis dans les années quatre-vingt dix aux orientations politiques menées au niveau communautaire : « *si la naissance d'une politique bien identifiée de l'UE dans le domaine du handicap a été, en quelque sorte, retardée par la rencontre des spécificités nationales, difficiles à réunir dans un tronc commun, le niveau international a servi de levier d'impulsion. En effet, l'influence de l'ONU sur l'émergence d'un espace européen du handicap, au moins au niveau institutionnel, s'est produite par deux biais. D'une part, les classifications de l'OMS ont eu un impact sur les pratiques et les normes à respecter au niveau européen, et d'autre part, les règles standard d'égalisation des chances des handicapés de l'ONU ont eu un rôle de déclenchement et d'affinement d'une politique manifeste de l'UE dans le domaine du handicap* » [Mohanu, 2008].

C'est en premier lieu au niveau de l'ONU et de l'OMS que se sont développés les principes d'égalité des chances et de non-discrimination. En modifiant et en développant la CIF, l'approche du « handicap » développée au niveau international, s'est imposée au niveau européen (année européenne du handicap en 2003). Ces changements expliquent les évolutions législatives suivies récemment au niveau national, « *si bien que de nombreux pays ont connu au tournant du millénaire des transformations significatives de leur politique nationale du handicap* » [Chauvière, Winance, 2009]. C'est le cas notamment de la France, mais aussi de l'Algérie et de la Tunisie par exemple, nous le verrons par la suite. Comme le souligne V.A Mohanu, « *nous sommes face à un changement essentiel et profond dans la manière d'envisager le handicap, dans lequel l'international a joué un rôle décisif. Cette CIF, va en effet, constituer le socle conceptuel de définition du handicap et d'élaboration des politiques publiques, y compris au niveau européen* » [Mohanu, 2008].

3.2.2.2 Impact des décisions internationales sur les dispositions législatives nationales

Les différents groupes d'experts des États membres de l'ONU reconnaissent les difficultés rencontrées par les États partis à la Convention. En effet, « *l'incorporation des normes de la Convention dans les législations nationales reste un processus*

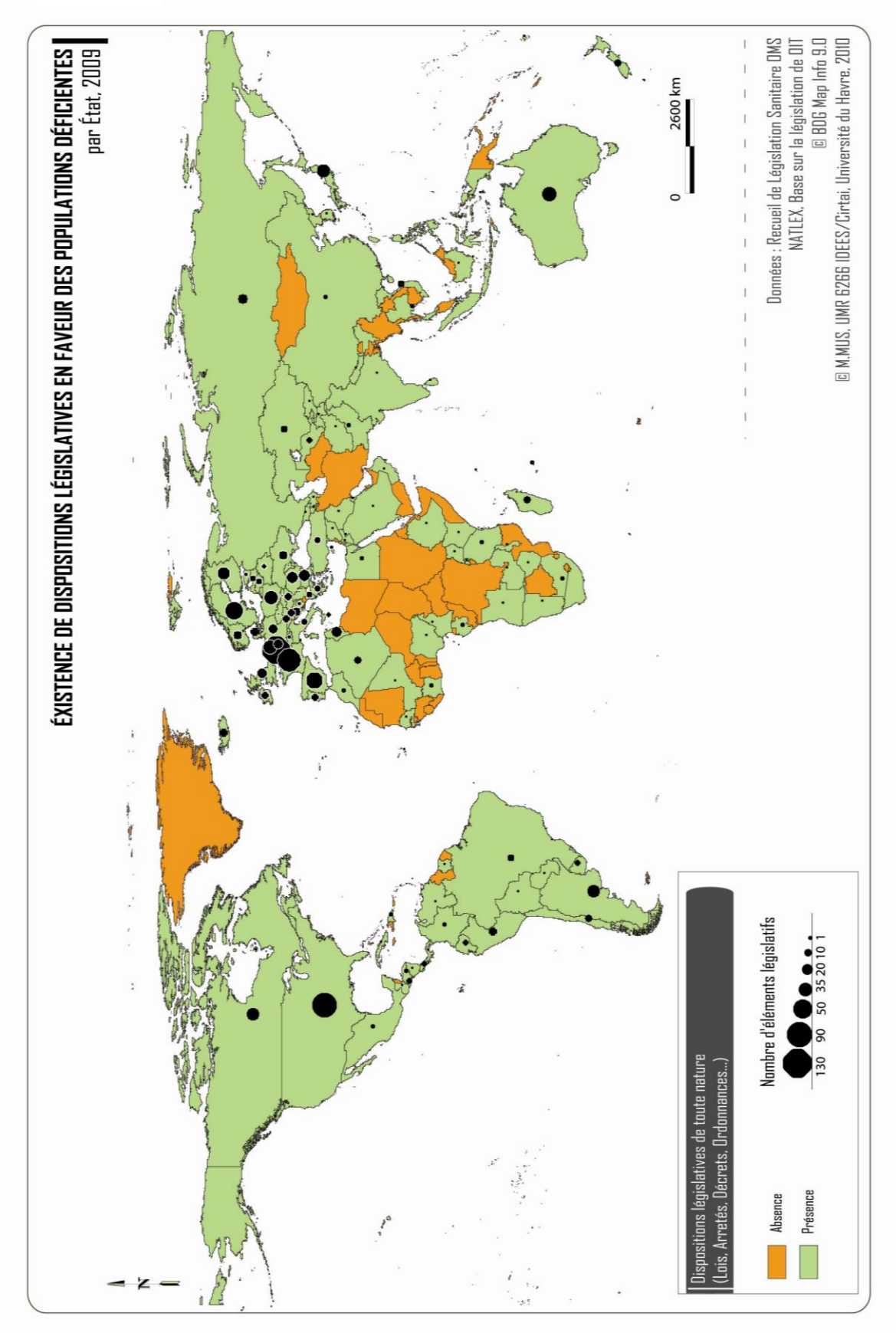
compliqué[47] » [Onu, 2009]. Grâce à la base de données législatives NATLEX[48], développée et mise en ligne par l'Organisation Internationale du Travail (OIT), agrégée avec les données du Recueil International de Législation Sanitaire de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il est possible d'avoir une vision précise des dispositions législatives prises par les différents États du monde.

À l'échelle internationale [cf. Carte 3-2, p168], ces données permettent de constater l'implication d'une grande partie des États en faveur des populations déficientes. De fait, de nombreux États ont effectivement pris des mesures législatives en direction des populations déficientes, que ce soit de simples arrêtés, des décrets, des amendements ou des lois. Cela ne témoigne pas pour autant de l'accès à l'égalité des droits et des chances des populations concernées. La carte présentée ci- après permet donc d'avoir une première idée de la situation au niveau international. Il s'agit cependant d'une simple image de l'initiative des États en la matière et la reconnaissance statutaire d'une population aux besoins spécifiques. Une nette différence s'opère entre les États européens, l'Amérique du Nord et les États africains, la moitié de ces derniers n'ayant pas émis de dispositions législatives. En terme de nombre de dispositions législatives les pays africains ainsi que certains pays d'Asie (la Chine, l'Inde, l'Afghanistan, le Kazakhstan) n'ont pas développé un corpus législatif important. Bien souvent un seul arrêté ou un unique décret a été pris sans donner de suite ni proposer une démarche d'intégration des populations déficientes plus globale comme ont pu le faire certains pays. A l'exemple des États-Unis ou de l'Australie ayant établit un «*Disability Discrimination Act* » ou encore de la France avec la Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées. Comme le montre la carte ci-après [cf. Carte 3-3, p169], le niveau de développement d'un pays et l'histoire culturelle des discriminations jouent un rôle dans le développement de la législation. Les États n'ayant pas développé de législations sont ceux qui ont un Indice de Développement Humain (IDH) parmi les plus faibles du monde.

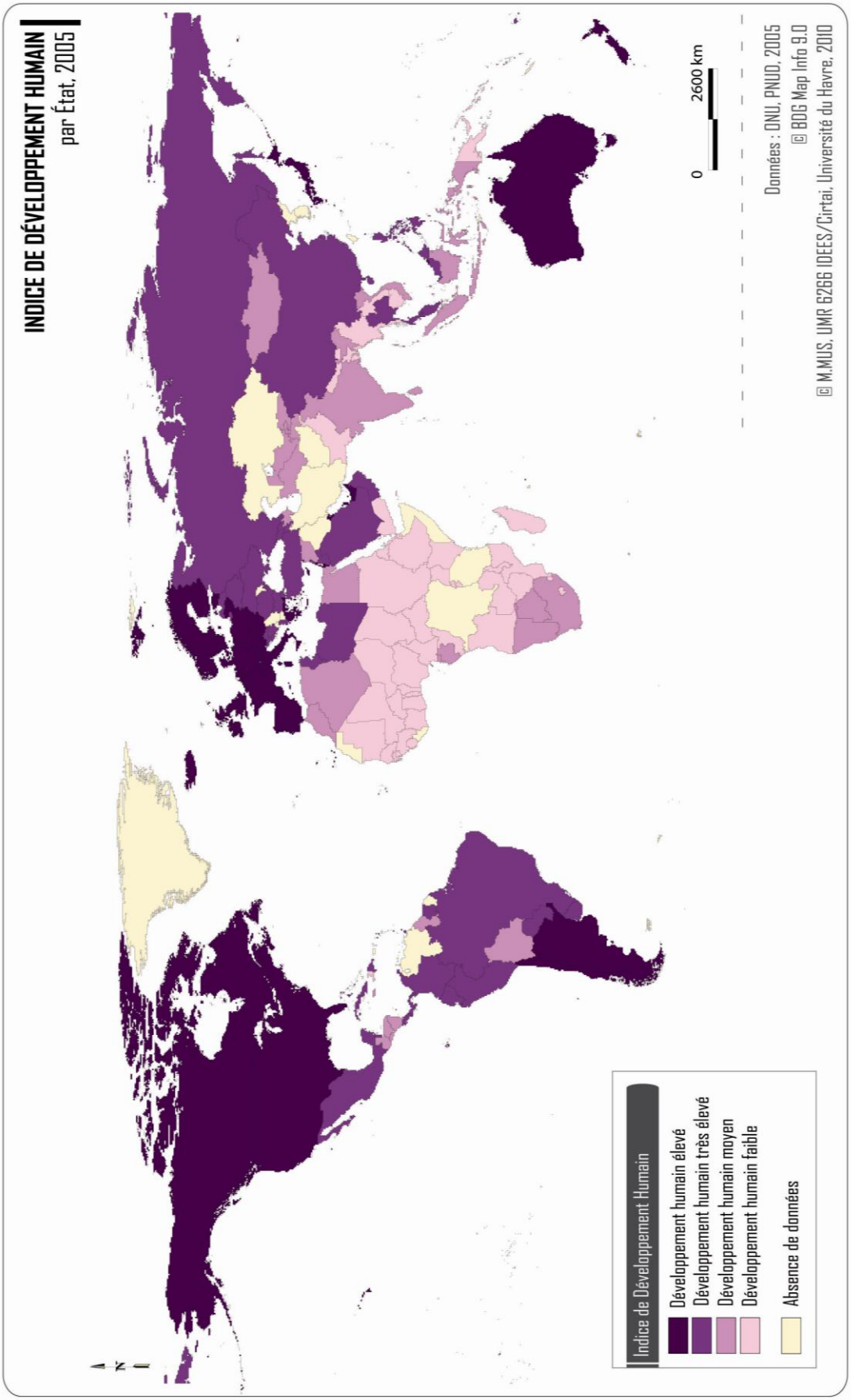
[47] Constat du Président du Comité des droits des personnes handicapées, Assemblée générale DH/4998 du 2 septembre 2009, Conférence des Etats parties à la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

[48] Base de données internationale sur les législations du travail, de la sécurité sociale et des droits de l'homme concernant 196 Etats.

CARTE 3- 2

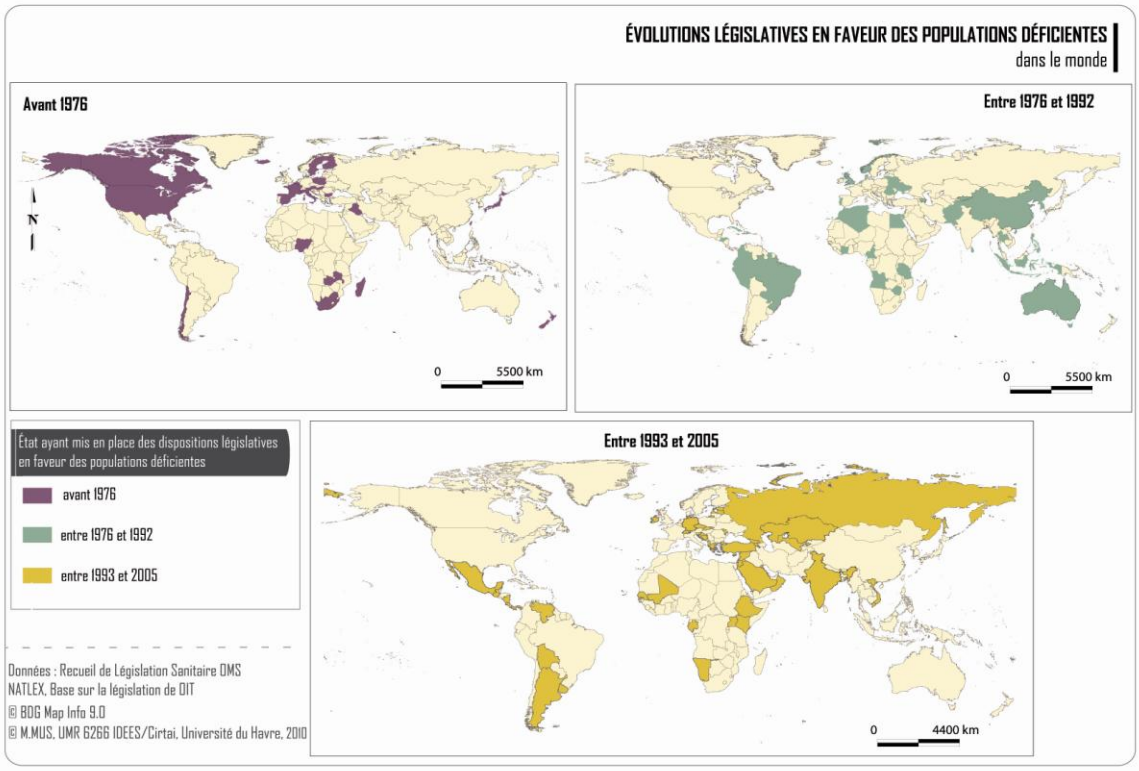

ÉXISTENCE DE DISPOSITIONS LÉGISLATIVES EN FAVEUR DES POPULATIONS DÉFICIENTES
par État, 2009
0
2600 km
Données : Recueil de Législation Sanitaire OMS
NATLEX, Base sur la législation de OIT
© BDG Map Info 9.0
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010
Dispositions législatives de toute nature
(Lois, Arretés, Décrets, Ordonnances...)
Absence
Présence
Nombre d'éléments législatifs
130 90 50 35 20 10 1

CARTE 3- 3


INDICE DE DÉVELOPPEMENT HUMAIN
par État, 2005
N
Indice de Développement Humain
Développement humain élevé
Développement humain très élevé
Développement humain moyen
Développement humain faible
Absence de données
0
2600 km
Données : ONU, PNUD, 2005
© BDG Map Info 9.0
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

L'espace de la gouvernance des populations déficientes révèle donc un monde divisé avec une domination européenne et nord-américaine importante dans la prise en charge des populations déficientes. Cependant, le rôle des instances internationales telles que l'Organisation des Nations Unis (ONU), l'Organisation Internationale du Travail (OIT) et surtout l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), est important dans le cadre des changements institutionnels. Il est d'ailleurs intéressant de retracer l'évolution temporelle de la prise en charge des questions législatives liées au handicap. À quelles périodes se sont développés les dispositifs législatifs ? Cela donne une indication sur l'avance ou le retard de certains États. En reprenant trois dates clés des initiatives internationales la carte ci-dessous [Carte 3-4[49]] montre les périodes auxquelles les États ont commencé à mettre en place des dispositions législatives.

CARTE 3- 4



La première carte représente les pays ayant mis en place des actes législatifs avant l'organisation par l'ONU de la première année internationale des personnes handicapées en 1976. La seconde couvre la période entre 1976 et 1993, date de «*United Nations Decade of Disabled Persons* ». Enfin, la dernière carte s'étend jusqu'en 2006. Cette date

[49] Cf. annexe cartographique p 433

correspond à l'année de mise en place de la Convention Internationale des droits des personnes handicapées.

Avant 1976, les pays européens et les pays nord-américains avaient déjà mis en place des dispositions législatives en faveur des populations déficientes. La tradition européenne et notamment française de lutte pour les droits de l'homme est sans doute une explication. Aux États-Unis les *civil rights movement* sont un élément permettant d'expliquer les démarches législatives engagées et la reconnaissance des droits de ces populations. D'autre part, la Première et la Seconde Guerre Mondiale ont fait revenir, dans les patries, des hommes nécessitant une prise en charge médicale et sociale. Le développement industriel des pays concernés induisant l'évolution des accidents du travail a rendu obligatoire la mise en place d'une législation en matière de reclassement et de réadaptation. Ces éléments expliquent l'existence de dispositions législatives, principalement en Europe et en Amérique du Nord. Quelques pays africains (le Malawi, le Nigeria, la Zambie, l'Afrique du Sud et Madagascar) ont commencé à légiférer avant 1976. Cependant, il faut noter que ce sont des pays qui ont émis un nombre très réduit d'actes réglementaires et n'ayant pas poursuivi leur action dans le temps, à l'exemple de l'Afrique du Sud et Madagascar comptant à leur actif seulement quelques actes ou décrets.

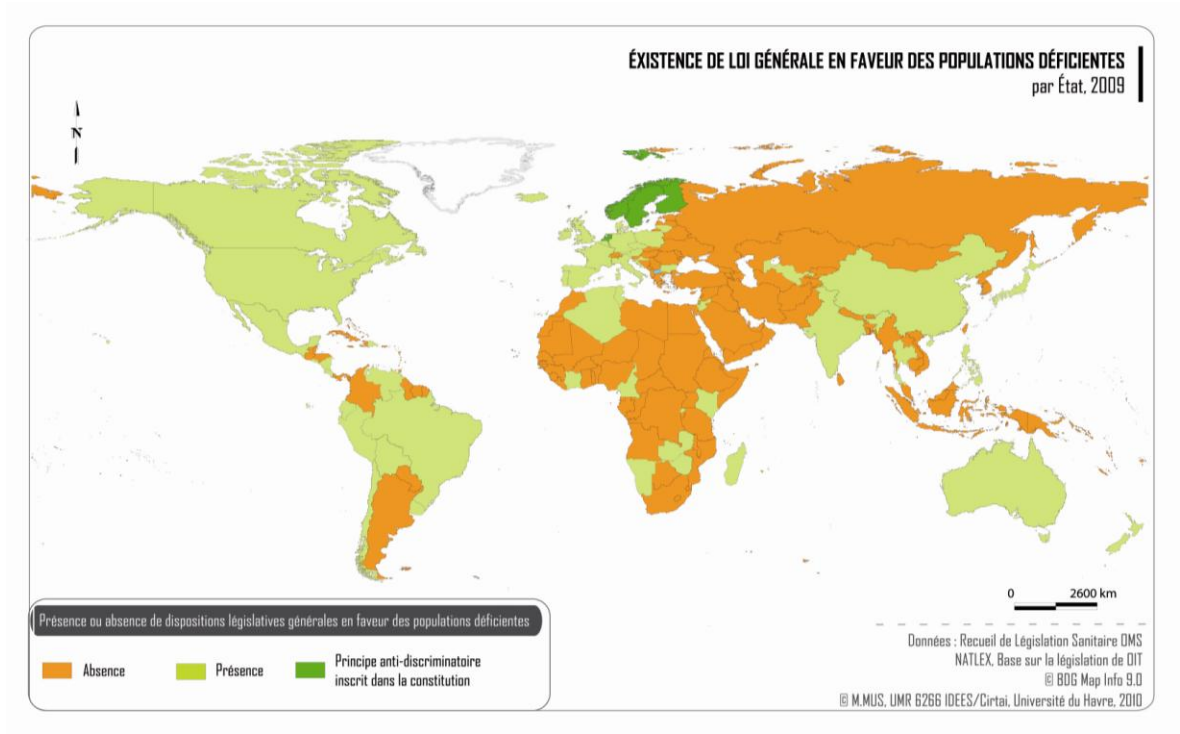
Entre 1976 et 1993, sous l'impulsion de la première année internationale des personnes handicapées, plus d'une quarantaine d'État ont fait entrer dans leurs législations, des mesures permettant d'améliorer le quotidien (protection sociale) ou intégrer (dans le monde du travail par exemple) les populations déficientes. C'est en matière de protection sociale et d'incitation à l'emploi des personnes handicapées que le plus de dispositions législatives ont été prises. Une cinquantaine de pays n'ayant pas encore de législation ont commencé à émettre des mesures réglementaires entre 1993 et 2005. Durant cette période, la volonté, pour certain pays d'Europe méridionale ou d'Europe centrale d'intégrer l'Union Européenne, a sans doute joué un rôle dans le développement de dispositifs législatifs. C'est le cas de la Croatie, de Chypre, de la Turquie, de la Lettonie, de la Slovaquie, de l'Estonie et de la République Tchèque.

3.2.2.3 Les États ayant développé des politiques complètes du handicap

Les cartes précédentes [carte 3-3, carte 3-4] mettent en avant l'existence ou non de lois en faveur des populations déficientes. Il a été démontré qu'une majorité de pays concernés ont mis en place un minimum de dispositions législatives. C'est un premier

indice du degré d'implication des États et de la situation des populations déficientes. La carte ci-dessous [cf. Carte 3-5[50], p172] présente maintenant les États ayant élaboré une loi générale en faveur des populations déficientes.

CARTE 3- 5



Par opposition aux autres territoires, ce sont ceux qui présentent dans leur législation une loi-cadre pour l'intégration de leur population handicapée en prenant en compte différents aspects de leur quotidien. Ainsi, il ne s'agit plus de proposer un décret fixant un quota de personnes handicapées pour favoriser leur emploi ou de prévoir des dispositions spécifiques pour les personnes aveugles par exemple, mais de construire une démarche politique complète à travers une loi à portée générale incluant différents aspects de la vie des populations déficientes et évoquant des principes antidiscriminatoires. Elles ne sont pas le garant d'une intégration réussie et aisée des populations déficientes. Ces lois représentent néanmoins, un dispositif législatif global et complet en matière de traitement des populations déficientes apportant une approche multidimensionnelle des déficiences. La réflexion et les dispositifs apportés par ces lois dépassent le cadre du système de santé ou des compensations et aides sociales. Elles intègrent un ensemble de problématiques telles que l'éducation, l'accès aux espaces publics, les nouvelles technologies, etc. Elles traduisent donc une réflexion plus avancée d'un État autour du statut de la personne handicapée et reconnaissent le principe d'anti-discrimination. Pour

[50] Annexe cartographique p 435

autant, elles peuvent être de simples plaidoyers pour l'intégration sans proposer de démarches précises et effectives à mettre en place. Là encore pour être coercitives, les lois mises en place doivent s'accompagner de décrets d'application des textes. Sinon, elles demeurent au stade de la déclaration d'intention.

En utilisant, la base de données NATLEX de l'Organisation Internationale du Travail, le recueil de Législation Sanitaire de l'Organisation Mondiale de la Santé, les données de l'Organisation des Nations Unis sur la Convention Internationale ainsi que les sites Internet nationaux de différents gouvernements, cinquante-et-un États ont été identifiés comme ayant mis en place une législation à portée générale. Les États d'Europe occidentale et les États nord-américains en font partis. Mise à part quelques États, le continent américain dans sa globalité est relativement avancé dans la prise en compte législative des populations déficientes, la majorité des États ayant développé des lois générales. A l'exception notamment de la Tunisie, de l'Algérie, de la Namibie ou encore de la Côte d'Ivoire, peu d'États africains ont engagé une telle démarche envers les populations déficientes. Enfin, la Russie, ses États limitrophes (Ukraine, Biélorussie…) ainsi que de nombreux États du Golfe Arabo-Persique (Arabie Saoudite, Iran, Irak…) n'ont pas engagé de politiques générales en faveur des populations déficientes.

De façon à poser un regard plus précis et qualitatif sur les dispositifs législatifs mis en place, les définitions du handicap et les dispositions concernant « l'accessibilité » des espaces publics aux populations déficientes ont été étudiés comme des indicateurs de la situation des gouvernements en matière de traitement des populations déficientes. Il s'agit d'observer si les évolutions ayant eu lieu à l'échelle des Nations Unis et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) se sont transférées à l'échelle des gouvernements nationaux. En raison de difficultés de langue ou d'indisponibilité des documents, sur l'ensemble du corpus, une vingtaine de lois n'a pu être traitée.

L'ensemble des lois analysées reconnait la nécessité de mettre en place des dispositions visant à permettre « l'intégration » des personnes handicapées. Sur ce point, au niveau des déclarations d'intentions il n'y a pas de différence majeure ni d'ambigüité, c'est la voix du « politiquement correct » et des déclarations politiques qui parlent.

A l'exemple du Chili, de la Lituanie ou de la Tunisie :

> **Chili, 1994 , Ley núm. 19284 por la que se establecen normas para la plena integración social de personas con discapacidad**
> *« Las disposiciones de la presente ley tienen por objeto establecer la forma y condiciones que permitan obtener la plena integración de las personas con discapacidad en la sociedad, y velar por el pleno ejercicio de los derechos que la Constitución y las leyes reconocen a todas las personas*[51] *»*

> **Lituanie, 1991, Act No. I-2044 on the social integration of the disabled**
> *« The Law on the Social Integration of the Disabled shall regulate the establishment of disability, medical, vocational and social rehabilitation for disabled persons, the adjustment of conditions for the disabled, as well as the development and education of the disabled, and shall establish legal, economic and organisational guarantees for the occupational, vocational and social rehabilitation of the disabled*[52] *»*

> **Tunisie, 2005 Loi d'orientation n° 2005-83 du 15 août 2005 relative à la promotion et à la protection des personnes handicapées.**
> *« La présente loi vise à garantir l'égalité des chances entre les personnes handicapées et les autres personnes, ainsi que leur promotion et leur protection contre toutes formes de discrimination »*

Malgré l'évolution des définitions du handicap au sein des instances internationales, passant des aspects lésionnels du corps humain au principe d'interaction entre une déficience et un environnement (social, économique, physique….), peu d'évolutions dans ce sens ont été observées dans les législations étudiées. La majorité des lois émises entre 1968 et 2005, abordent toujours les personnes handicapées (*disabled persons*) comme « *personne qui a une déficience permanente dans les aptitudes et les capacités physiques ou mentales ou sensorielles d'origine congénitale ou acquise qui limite son aptitude à accomplir une ou plusieurs activités quotidiennes de base, personnelles ou sociales et qui réduit les chances de son insertion dans la société* » [Loi n°2005-83, Tunisie, 2005].

[51] Chili, 1994, Loi n°19284 établissant les normes pour la pleine intégration sociales des personnes atteintes de déficiences : « *les dispositions de la présente loi ont pour objectif d'établir les conditions qui permettront d'obtenir la pleine integration des personnes atteintes de déficiences dans la société, et permettront de veiller au plein exercice des droits que la Constitution et les lois reconnaissent à toutes les personnes* »

[52] Lituanie, 1991, Loi n°I-2044 sur l'intégration sociale des handicapés : « *l'objectif de la loi est d'assurer l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées dans la société, d'établir les principes d'intégration sociale des personnes handicapées, de définir le système d'intégration sociale, ces modalités et conditions ainsi que les organismes chargés de l'intégration sociale des personnes handicapées, le degré d'invalidité et l'aptitude professionnelle, de définir les services de réadaptation professionnelle, d'identifier les besoins spécifiques et d'assurer le respect de ces principes »*

Parmi une trentaine de lois étudiées, le tableau après [cf. Tableau 3-2, p175] souligne une approche limitée des populations déficientes. Effectivement, la majorité des dispositifs législatifs mis en place aborde les personnes handicapées comme une population ayant des déficiences physiques ou fonctionnelles conduisant à des limitations d'activités et pouvant limiter l'intégration sociale.

TABLEAU 3- 2

- CARACTÉRISATION DES DÉFINITIONS DU HANDICAP
dans une trentaine de législation -

Type de définitions	Nombre de loi concernées
Absence de définition	1
Distinction entre différents termes (handicap, désavantages...)	2
Approche quantitative (quota sécurité sociale)	1
Approche fonctionnelle et lésionnelle	24
Approche interactionnelle	2

SOURCE : NATLEX & OMS
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

A l'exemple des définitions proposées par la législation indienne et vénézuélienne :

> **Inde, 1995, Persons with Disability Act**
> *« disability means blindness, low vision, leprosy-cured, hearing impairment, locomotor disability, mental retardation, mental illness*[53] *»*

> **Venezuela, 1993, Ley para la integracion de personas incapacitadas**
> *« Se entiende por personas con incapacitadas, todos aquellas cuyas posibilidades de integra social esten disminuidas en razon de un impedimento fisico, sensorial o intellectual en sus diferentes niveles y grados que limite su capacidad de realizar cualquier actividad*[54] *»*

Cette vision des « personnes handicapées » renvoie donc aux principes évoqués par Wood dans la première classification internationale du handicap. D'autre part, certains États, comme la Bolivie (1995) ou les Philippines (1992), ont pris la peine de distinguer

[53] Inde, 1995, Loi pour les personnes handicapées,

[54] Vénézuela, 1993, Loi pour l'intégration des personnes handicapées : « *On comprend par personnes handicapées, toutes celles pour lesquelles les possibilités d'intégration sociale sont diminuées à cause d'une déficience physique, sensorielle ou intellectuelle dans ses différents niveaux et degrés qui limite leurs capacités à réaliser une quelconque activité* »

différents termes « *deficiencia* », « *discapacidad* », « *minusvalia* » se joignant aux préconisations de la seconde classification internationale.

Concernant « l'environnement », seules les lois françaises et mexicaines de 2005 stipulent dans leur définition le rôle joué par l'environnement dans l'intégration des populations déficientes :

> **Mexique, 2005, Ley para las personas con discapacidad del distrito Federal**
> *« toda persona que presenta une deficiencia fisica, mental, o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer une o mas actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno economico y social*[55] *»*

3.2.2.4 Les dispositions législatives sur l'accessibilité : application concrète ?

La plupart des approches législatives privilégie une vision unidimensionnelle du handicap centrée sur l'aspect lésionnel. Cependant, la notion d'accessibilité est présente à plusieurs niveaux dans la grande majorité des lois étudiées. Cela annonce tout de même une évolution des conceptions du handicap. Grâce aux avancées conceptuelles au sein des instances internationales, le développement de l'accessibilité comme levier pour intégrer les populations déficientes est maintenant de plus en plus communément admis. Comme le souligne le tableau 3-3, ci-dessous, concernant l'ensemble des pays étudiés, seule la Zambie, dans le « *Handicapped Persons Act* » de 1968, n'a pas pris en compte l'accessibilité, élément peu surprenant étant donné l'année de l'acte considéré. Concernant les autres pays, l'accessibilité est envisagée sous différents angles.

TABLEAU 3- 3

- PRÉSENCE DE L'ACCESSIBILITE
dans une trentaine de législation-

Type de définitions	Nombre de loi concernées
Absence de référence à l'accessibilité	1
Évocation de l'accessibilité dans les orientations générales de la loi	3
Évocation de l'accessibilité dans différentes parties de la loi (éducation, emploi...)	3
Présence d'un article concernant l'accessibilité	3
Un chapitre ou une section de la loi consacrée à l'accessibilité en général	3
Un chapitre ou une section de la loi consacrée à l'accessibilité des transports	19

SOURCE : NATLEX & OMS
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

55 Mexique, 2005, Loi pour les personnes handicapées de la ville de Mexico : « *Toutes personnes présentant une déficience physique, mentale ou sensorielle, soit de nature permanente ou temporelle, qui limite la capacité d'exercer une ou plusieurs activités essentielles de la vie quotidienne, qui peut être provoquée ou aggravée par l'entourage économique ou sociale* »

Parmi les États étudiés, trois d'entre eux évoquent le principe d'ouverture des espaces publics ou des grands domaines de la vie quotidienne (accès à l'emploi, à l'éducation, à la culture, aux sports…) dans les orientations générales de leurs lois :

> **Lituanie, 1991, Act on the social integration of the disabled**
> *« Public and State structures shall be open to the disabled. Disabled persons shall participate in deliberation of all questions connected with their life and activities*[56] *»*

> **Nicaragua, 1995, Loi n°202 du 23 août 1995 relative à la prévention, la réadaptation et l'égalité des chances concernant les personnes atteintes d'incapacité**
> *« Dispociones preliminares : Proceso mediante el cual el sistema general de la sociedad, tal como el medio físico y cultural, la vivienda y el transporte, los servicios sociales y sanitarios, las oportunidades de educación y trabajo, la vida cultural y social, incluidas las instalaciones deportivas y de recreo, se hace accesible para todos*[57] *»*

D'autres États, tels que l'Inde et la Bolivie, n'ont pas consacré de partie spécifique à l'accessibilité, mais font appel aux principes « d'accès à » dans différents domaines de leur législation, notamment concernant l'emploi, l'éducation et les transports.

A titre d'exemple, concernant l'accessibilité du point de vue architectural, l'Inde mentionne ce principe dans un article de leur législation :

> **Inde, 1995, Persons with Disability Act**
> Article 46 Non discrimination in the built environment :
> *« The appropriate Governments and the local authorities shall, within the limits of their economic capacity and development, provide for:*
> *• (a) ramps in public buildings:*
> *• (b) adaptation of toilets for wheel chair users;*
> *• (c) braille symbols and auditory signals in elevators or lifts;*
> *• (d) ramps in hospitals, primary health centres and other medical care and rehabilitation institutions* [58]*»*

---

[56] Lituanie, 1991, Loi sur l'intégration sociale des personnes handicapées : « *L'État, les structures publiques doivent être ouverts aux personnes handicapées. Elles doivent participées aux discussions concernant l'ensemble des questions liées à leur vie et activités* »

[57] Nicaragua, 1995 : « *Dispositions préliminaires : Processus par lequel le système général de la société, tel que le milieu physique et culturel, l'habitat et le transport, les services sociaux et sanitaires, les opportunités d'éducation et de travail, la vie culturelle et sociale, y compris les installations sportives et de loisirs, soit accessible à tous* »

[58] Inde, 1995, Loi pour les personnes handicapées, Article 46 Non discrimination dans le cadre bâti :
« *Les gouvernements appropriés et les autorités locales doivent, dans la limite de leurs capacités économiques et de leurs développements, procéder à: la création de rampes d'accès dans les bâtiments publics, l'adaptation des toilettes aux usagers se déplaçant en fauteuil roulant, prévoir la traduction en*

Le Guatemala aborde l'accessibilité uniquement du point de vue de l'information et de la communication :

> **Guatemala, 1996, Ley de atención a las personas con discapacidad**
> **Article 61**
> *« Las instituciones públicas y privadas deberán garantizar que la información correspondiente a la discapacidad, dirigida al público, sea accesible a todas las personas*[59] *»*

Enfin, Madagascar intègre l'accessibilité à travers la réadaptation professionnelle des personnes handicapées.

> **Madagascar, 1998, Loi sur les personnes handicapées**
> **Article 16**
> *« L'État assure l'accessibilité à toutes les personnes handicapées des mesures de réadaptation professionnelle. Cette dernière a pour objectif d'offrir aux personnes handicapées la possibilité d'obtenir et de conserver un emploi convenable et de progresser professionnellement »*

Enfin, parmi la trentaine de lois analysées vingt-deux ont consacré un chapitre ou une section de leur loi à l'accessibilité. Trois États l'ont abordé uniquement du point de vue du système de transport, cela concerne des législations mises en place dans les années 1990.

Les autres États ont abordé l'accessibilité à travers deux approches différentes. D'une part, en évoquant l'accessibilité comme une disposition visant à favoriser la vie sociale des populations déficientes. C'est le cas notamment de la France, du Chili ou encore de l'Algérie :

> - *France, 1975, Chapitre 5 Dispositions tendant à favoriser la vie sociale des personnes handicapées*
> - *Chili, 1995, Titulo IV De la equiparacion de oportunidades*
> - *Algérie, 2005, Chapitre 5 Vie sociale et bien être des personnes handicapées*

Par ailleurs, à l'exemple de la Tunisie ou du Mexique, l'accessibilité a été aussi abordée directement dans certains chapitres de loi du point de vue de l'architecture ou de l'aménagement du territoire :

Braille des informations relatives à l'usage d'un ascenseur et prévoir des signaux sonores dans les ascenseurs, et la réalisation de rampes dans les hôpitaux, les centres de soins et les autres lieux relatifs à la santé et à la réhabilitation médicale »

[59] Guatemala, 1996, Loi d'attention aux personnes handicapées : « *Les institutions publiques et privées devront garantir que les informations concernant les personnes handicapées, adressées au public, soient accessibles à toutes les personnes* »

- *Tunisie, 2005, Chapitre IV Aménagement de l'environnement et facilitation du déplacement et de la communication*
- *Mexico, 2005, Capitulo IV De las facilidades Arquectonicas, de desarrallo urbano…*

La présence de l'accessibilité dans les législations nationales concernant les populations déficientes est le fait des évolutions récentes des définitions internationales. La dimension accessible des aménagements urbains visant à favoriser les déplacements est effectivement abordée dans les lois les plus récentes. Sur l'ensemble de lois étudiées, une réelle évolution apparaît dans l'intégration de l'accessibilité dans les dispositifs législatifs. Les lois les plus récemment mises en place, en Algérie, en Tunisie, et celle de 2005 en France, témoignent de l'évolution des conceptions du handicap intégrant les questions d'aménagement du territoire. Le développement d'une législation en faveur des populations déficientes met en lumière une réelle prise en compte gouvernementale. Les préconisations et décisions des instances internationales (ONU, OMS) jouent effectivement un rôle dans la configuration de la législation à l'échelle nationale. Cependant, la problématique de la mise en place effective d'une loi par le développement des décrets d'application reste posée. Sans décrets d'application, les lois restent des déclarations d'intentions éthiques et morales. En matière d'accessibilité des normes précises d'aménagement de la voirie, des transports, des établissements recevant du public doivent être mises en place. Une organisation hiérarchisée des acteurs de la gouvernance se dessine. La difficulté réside dans le passage de la loi à l'application des dispositions prises dans l'espace de vie concret des populations déficientes.

3.3 – QUEL TRANSFERT DES POLITIQUES EUROPÉENNES A L'ÉCHELLE DES ESPACES LOCAUX ?

Le développement d'un espace communautaire d'actions politiques regroupant un ensemble d'États pose notamment la question du transfert des décisions à deux niveaux. Tout d'abord, comment se répercutent les engagements pris à l'échelon supranational sur les États? Y a-t-il un effet réel de transfert entre ces deux niveaux de gouvernance ? D'autre part, au niveau local des États-Nations, comment les décisions prises au niveau européen sont-elles intégrées au sein des actions nationales ? Quels changements les politiques européennes insufflent-elles dans les politiques territoriales locales ? Comment les actions et décisions communautaires se traduisent-elles en actes ? « *En quoi l'intégration européenne est-elle un facteur de changement dans l'organisation des ordres politiques nationaux, c'est-à-dire aussi bien dans la vie politique, les politiques publiques, les relations centre/périphérie, que dans l'espace public ou les constructions identitaires ?*» [Baisnée, Pasquier, 2007].

Deux entités spatiales jouent un rôle important : « l'espace communautaire européen » et « les espaces locaux » appréhendés tous deux comme des espaces d'action politique et publique visant à agir et répondre publiquement à des problèmes d'ordre collectif. Dans ce cas, si l'approche internationale du handicap a permis de faire évoluer certaines théories, les initiatives communautaires en matière de politique en faveur des populations déficientes se sont-elles répercutées au niveau national des États européens? Les normes et les décisions européennes modifient-elles ou jouent-elles un rôle dans les politiques publiques des collectivités territoriales ? Il s'agit d'observer si les politiques publiques se développant à l'échelle européenne sont réappropriées par les acteurs locaux ? Alors que l'approche des handicaps se tourne vers une dimension spatiale et un développement de l'aménagement du territoire spécifique, quel est l'impact territorial des politiques européennes menées pour les populations déficientes sur les espaces locaux ?

3.3.1 - Vers un espace européen d'action en faveur des populations déficientes : utopie ou réalité ?

Existe-t-il un espace commun d'action politique à l'échelle européenne prenant des décisions en faveur des populations déficientes ? La diversité socio-politique européenne rend-elle problématique cette idée ?

3.3.1.1 Les fondements d'une Europe sociale envers les populations déficientes

Comme le souligne l'article 2[60] du Traité de Rome (1957) instituant la Communauté Economique Européenne (CEE), les bases de la coopération communautaire trouvent leurs fondements autour d'une collaboration essentiellement économique des États membres. C'est seulement une quarantaine d'années plus tard que l'Europe économique s'est remodelée au bénéfice d'approches et de politiques tournées vers une dimension plus sociale de l'objectif communautaire. Le Traité d'Amsterdam (1997) pose les conditions de l'existence d'une Europe sociale, « *confirmant leur attachement aux droits sociaux fondamentaux tels qu'ils sont définis dans la Charte sociale européenne, signée à Turin le 18 octobre 1961, et dans la Charte Communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs de 1989* » [Article premier du Traité d'Amsterdam, 1997]. Ce traité instaure au niveau européen « *les mesures nécessaires en vue de combattre toute discrimination fondée sur le sexe, la race ou l'origine ethnique, la religion ou les convictions, un handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle* » [Article 13, Traité d'Amsterdam, 1997]. En l'adoptant, « *les pays membres ont donné compétence à l'Union européenne en matière de discrimination et identifié les critères spécifiques qui fonderaient l'approche européenne de l'égalité, à savoir, le sexe, la religion ou les convictions, le handicap, l'âge, l'orientation sexuelle, la race et l'origine ethnique* » [Latraverse, 2005].

Un premier Programme d'Action sociale est lancé en 1974 en faveur des personnes handicapées. Une première résolution concernant les personnes handicapées voit alors le jour et lance les prémices d'une réflexion communautaire sur le handicap[61]. Les travaux engagés donnent lieu à la Résolution de décembre 1981 invitant les États Membres à prendre en compte, dans leurs politiques, l'intégration économique et sociale des personnes handicapées :

> « *Les États membres sont invités à poursuivre et si possible à intensifier leur action en vue de promouvoir l'intégration économique et sociale des handicapés, afin de leur permettre d'apporter une contribution productive et créatrice à la vie en*

[60] La Communauté a pour mission, par l'établissement d'un marché commun et par le rapprochement progressif des politiques économiques des États membres, de promouvoir un développement harmonieux des activités économiques dans l'ensemble de la Communauté, une expansion continue et équilibrée, une stabilité accrue, un relèvement accéléré du niveau de vie et des relations plus étroites entre les États qu'elle réunit.

[61] Résolution du Conseil, du 27 juin 1974, portant établissement du premier programme d'action communautaire pour la réadaptation professionnelle des handicapés

société, et notamment à assurer qu'il est tenu dûment compte, dans le développement des politiques concernant l'environnement des handicapés dans la vie de tous les jours et sur le lieu de travail, de la nécessité de supprimer les entraves à la participation pleine et entière des handicapés à la vie en société … »
extrait de la Résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil, du 21 décembre 1981, concernant l'intégration sociale des handicapés

D'autres résolutions ou recommandations suivront dans les années quatre-vingts concernant l'emploi, l'adaptation des transports, l'éducation :

- *Recommandation du Conseil du 24 juillet 1986 sur l'emploi des handicapés dans la Communauté*
  Journal officiel n° L 225 du 12/08/1986
- *Résolution sur le transport des handicapés et des personnes âgées,*
  Journal officiel n° C 281 du 19/10/1987

Afin de poursuivre l'engagement de la Commission en faveur des personnes handicapées un nouveau programme d'action communautaire concernant la promotion de la formation et de la réadaptation professionnelle, de l'intégration économique, de l'intégration sociale et de la vie autonome des personnes handicapées. Le programme Helios, est établi pour la période du 1er janvier 1988 au 31 décembre 1991. Un budget de 19 millions d'écus lui sera accordé. Le principal objectif est de développer des programmes communautaires prenant en compte les expériences de chaque pays développés en faveur des populations déficientes. Ce programme vise aussi à permettre la mise en œuvre effective de la recommandation de décembre 1981. Helios prévoit le développement d'actions spécifiques, notamment le développement d'un système de collecte et d'échange des informations. Cette action verra le jour sous le principe du système Handynet (système d'information informatisé de la Communauté, dans les langues officielles de la Communauté, sur les problèmes des personnes handicapées). Enfin, l'article 3 souligne la nécessité de porter un regard particulier sur « *les besoins professionnels et la promotion de l'intégration sociale et de la vie autonome des femmes handicapées* », ainsi qu'aux « *personnes auxquelles incombent des responsabilités spécifiques du fait qu'elles s'occupent à la maison d'enfants ou d'adultes handicapés* ».

Le Conseil Européen prendra la décision de poursuivre le programme Helios pour la période 1992-1996 (Helios II). Grâce aux objectifs poursuivis par les programmes

d'actions communautaires, un nombre important de résolutions sera pris concernant l'emploi, l'éducation et l'égalité des chances :

- *Résolution du Conseil et des ministres de l'éducation réunis au sein du Conseil, du 31 mai 1990, concernant l'intégration des enfants et des jeunes affectés d'un handicap dans les systèmes d'enseignement ordinaires*
  Journal officiel n° C 162 du 03/07/1990
- *Résolution sur les droits des handicapés mentaux*
  Journal officiel n° C 284 du 02/11/1992
- *Résolution sur la montée de la violence contre les handicapés*
  Journal officiel n° C 150 du 31/05/1993
- *Résolution portant avis du Parlement européen, selon la procédure sans rapport (article 116 du règlement du PE), sur une proposition de décision relative à une initiative technologique communautaire en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées*
  Journal officiel C 255 du 20.9.1993
- *Résolution sur l'intégration scolaire des enfants handicapés à l'école européenne de Bruxelles*
  Journal officiel n° C 151 du 19/06/1995
- *Résolution sur les droits de l'homme des handicapés*
  Journal officiel n° C 017 du 22/01/1996
- *Résolution sur les attaques contre le droit des handicapés à la vie*
  Journal officiel n° C 166 du 10/06/1996
- *Résolution sur les droits des personnes handicapées*
  Journal officiel n° C 020 du 20/01/1997

L'ensemble de ces initiatives témoigne de nombreuses recommandations des instances européennes ayant pris en compte les questions d'intégration des populations déficientes dans le système de valeurs européennes.

3.3.1.2 Quand l'Europe prend ses responsabilités en matière de lutte contre les discriminations

En reconnaissant les personnes handicapées comme une population spécifique dans un traité institutionnel par le biais du Traité d'Amsterdam, l'Union Européenne (UE) prend des responsabilités en matière de lutte contre les discriminations en raison d'une déficience. La question de la compétence de l'Union Européenne en la matière est alors clairement établie. Même si la portée du Traité est à relativiser, l'importance d'une avancée Communautaire sur le plan des droits de l'homme est incontestable. Cela marque une date importante dans l'histoire de la prise en compte des populations déficientes par les instances européennes. En effet, à l'échelle européenne cela a conduit à la création du forum européen des personnes handicapées. Ce comité consultatif constitué

d'organisations non gouvernementales (12 ONG et 12 Conseils nationaux regroupant toutes les associations d'un même pays), formait en premier lieu un organe de concertation auprès de la Commission dans le cadre des actions menées par le programme Helios II. Défini en premier lieu comme forum uniquement dans le cadre d'Helios II, et prenant fin en 1996, la pérennité du forum sera assurée par sa requalification en association *« European Disability Forum »*. L'objectif du forum est alors de poursuivre son rôle de représentation des personnes handicapées au sein de l'Union Européenne et de garder une voix indépendante dans les débats politiques européens. Le forum milite pour faire entendre la voix des personnes handicapées au sein de l'Europe. Il leur permet de prendre part au débat, d'avoir un droit de regard sur les décisions prises, les actions menées, les avancées législatives de l'Europe. Le travail de collaboration du forum et la fin du programme Helios seront marqués par la réalisation de la résolution du 20 décembre 1996 sur l'égalité des chances pour les personnes handicapées.

Cette résolution adoptée par le Conseil, le 17 juin 1999, place le principe d'égalité des chances comme valeur fondamentale commune des États membres de l'Union Européenne.

Elle invite les États Membres à :

> *« **1.** examiner si leurs politiques en la matière tiennent compte notamment des orientations suivantes :*
> *- Permettre aux personnes handicapées, y compris aux personnes gravement handicapées, de participer à la vie sociale, en tenant dûment compte des besoins et des intérêts de leurs familles et des personnes qui prennent soin de ces handicapés.*
> *- Supprimer les obstacles à la pleine participation des handicapés et ouvrir tous les aspects de la vie sociale à cette participation.*
> *- Permettre aux personnes handicapées de participer pleinement la vie en société en éliminant les obstacles à cet égard.*
> *- Apprendre à l'opinion publique à devenir réceptive aux capacités des personnes handicapées et à l'égard des stratégies fondées sur l'égalité des chances.*
> ***2.** À promouvoir la participation des représentants des personnes handicapées à la mise en œuvre et au suivi des politiques et des actions en faveur de ces personnes».*

La Communication de la Commission au Conseil, au Parlement Européen, au Comité Économique et Social et au Comité des Régions ; « *Vers une Europe sans entraves pour*

les personnes handicapées[62] » du 12 mai 2000 est une date importante dans la conception du handicap promue par l'Union Européenne (UE). En effet, cette communication influencera, nous le verrons plus loin, la façon de prendre en compte le handicap dans les politiques publiques. L'Union Européenne (UE) adopte alors une conception du handicap fondée sur le modèle social, conception prônée au niveau international depuis 1993, par la résolution des Nations Unies sur les Règles pour l'égalisation des chances des handicapés. La Commission adopte alors un nouveau cadre politique, partant « *du principe que la faculté d'un individu à avoir une fonction dans la société et à exercer un emploi, dépend autant de la volonté de la société de s'adapter à des individus et à leurs différences, que des limitations fonctionnelles spécifiques qui définissent une personne comme « handicapée ». Les obstacles environnementaux sont une plus grande entrave à la participation à la société, que les limitations fonctionnelles. L'élimination des entraves par des dispositions législatives, des aménagements, des règles de conception universelle et d'autres moyens, a été identifiée comme le facteur clé de l'égalité des chances pour les personnes handicapées* » [UE, 2000[63]]. Les États membres de l'Union européenne ont été invités, lors du Conseil Européen de Lisbonne en mars 2000, à se préoccuper davantage de l'exclusion sociale dans leurs politiques. Dès lors, la politique sociale européenne sera renforcée à travers la proposition d'un agenda social européen. Approuvé par le Conseil européen de Nice des 7, 8 et 9 décembre 2000, il propose un certain nombre d'actions et notamment en matière de handicap. Il indique que l'Union européenne « *développera, notamment à l'occasion de l'Année européenne des handicapés (2003), l'ensemble des actions visant à assurer une meilleure intégration des personnes handicapées dans tous les domaines de la vie sociale* » [UE, 2001[64]].

En ce qui concerne le handicap, l'union européenne lance le programme d'action Communautaire de lutte contre les discriminations (2001-2006). Il propose aussi d'instaurer l'année 2003 comme « année européenne du handicap ». Elle a pour objectif de mettre en lumière les discriminations, les obstacles auxquels les personnes handicapées

---

[62] Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions, du 12 mai 2000, intitulée « Vers une Europe sans entraves pour les personnes handicapées » [Non publié au Journal officiel].

[63] *La Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des Régions ; « Vers une Europe sans entraves pour les personnes handicapées* » du 12 mai 2000

[64] Décision du Conseil du 3 décembre 2001 relative à l'Année européenne des personnes handicapées 2003

sont confrontées au quotidien, de sensibiliser les acteurs politiques, mais aussi les acteurs sociaux à ces obstacles afin d'améliorer les conditions de vie des citoyens handicapés.
D'après toutes ces recommandations, ces dispositions, ces résolutions et ces principes mis en place au sein de l'Union européenne comment les actions s'élaborent-elles concrètement ?

3.3.1.3 Renforcement de la coopération entre les différents acteurs : l'Europe et les gouvernements nationaux

Les articles 2 et 3 de la Décision du Conseil du 3 décembre 2001, relative à l'Année européenne des personnes handicapées de 2003, fixent les mesures à prendre pour atteindre les objectifs de cette année. Le but est de sensibiliser les sociétés et les acteurs aux droits des personnes handicapées, d'encourager la réflexion et de favoriser les échanges d'expériences, afin de promouvoir l'égalité des chances. La coopération entre les différents acteurs (ONG, services sociaux, secteur associatif, gouvernements) doit être renforcée. La communication sur les personnes handicapées et les différentes formes de handicap doit être améliorée. Pour répondre à ces objectifs, les différents acteurs, à différentes échelles d'action, peuvent lancer des campagnes d'information, organiser des rencontres et des manifestations, réaliser des enquêtes et des rapports concernant la situation des personnes handicapées. Suite à la déclaration de la décision du Conseil de décembre 2001 sur la proclamation de l'année européenne des personnes handicapées, le Congrès européen des personnes handicapées réuni à Madrid propose une déclaration concernant leurs attentes en vue de cette année européenne. Cette déclaration offre un cadre conceptuel, en définissant précisément les atteintes, les discriminations et les préjugés, auxquels les personnes handicapées ont à faire face tout en exposant le concept d'inclusion sociale.

La *Déclaration de Madrid*[65] a été proclamée en mars 2002 lors du Congrès européen des personnes handicapées. Le congrès réunissant 600 participants venus de 34 pays différents, fixe donc un « *cadre conceptuel* » aux actions menées lors de l'année européenne des personnes handicapées. Elle évoque notamment le principe de « *non-discrimination* » associé au développement « *d'action positive* » conduisant à « *l'inclusion sociale* ». Afin de concevoir une société pour tous, la déclaration souligne

[65] http://www.madriddeclaration.org/fr/dec/dec.htm

qu'agir en direction des personnes handicapées pour leur garantir la citoyenneté et l'égalité, bénéficiera aussi bien à cette population, mais aussi à la société dans son ensemble. A l'échelle européenne cette déclaration marque une avancée décisive dans la construction d'une conception éthique des situations d'exclusion liée à une déficience. Cette déclaration traduit et met à jour un mode de pensée commun que l'ensemble des États Européens doivent intégrer.

L'Année européenne marquera un élan dans les prises de décisions, et donnera lieu au lancement d'un plan européen d'action le 30 octobre 2003[66], ainsi qu'au développement de nombreuses résolutions[67]. La *Communication de la Commission au conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social européen au Comité des régions sur l'égalité des chances pour les personnes handicapées : un plan d'action européen* souligne l'idée de la poursuite des engagements européens en la matière par le développement d'un nouveau plan d'action.

À travers les résolutions prises, les plans d'actions mis en place, un cadre général d'action est instauré en sensibilisant les États membres à ces questions. Dans son sillage, l'Union Européenne a développé la coopération entre différents acteurs en donnant une place importante aux associations. Cependant, du point de vue juridique la Commission des Communautés Européennes (CCE) reconnaît que « *les actions dans le domaine du handicap relèvent principalement de la responsabilité des États membres et c'est au niveau national qu'elles sont le plus efficacement menées*[68] ». Dans ce cas, l'Europe serait-elle seulement un laboratoire d'idées et de déclarations d'intentions émettant des avis, des résolutions et des lignes directrices politiques pour les gouvernements ? C'est effectivement en partie le cas. Cependant, l'évolution des idées et les programmes mis en

[66] Communication de la commission, au Conseil, au Parlement européen, au Comite économique et social européen et au Comité des régions, Egalité des chances pour les personnes handicapées: un plan d'action européen, du 30 Octobre 2003.

[67] Résolution du Conseil du 15 juillet 2003, *relative à la promotion de l'emploi et de l'intégration sociale des personnes handicapées (2003/C 175/01)* // Résolution du Conseil du 6 mai 2003 , *concernant l'accès des personnes handicapées aux infrastructures et activités culturelles (2003/C 134/05)* //Résolution du Conseil du 5 mai 2003, *concernant l'égalité des chances pour les élèves et étudiants handicapés dans le domaine de l'enseignement et de la formation (2003/C 134/04)* //Résolution du Conseil, du 6 février 2003, *relative à «eAccessibility» - Améliorer l'accès des personnes handicapées à la société de la connaissance (2003/C 39/03)*

[68] 2005 Communication de la commission au conseil, au parlement européen, au comité économique et social européen et au comité des régions. La situation des personnes handicapées dans l'union européenne élargie : plan d'action européen 2006-2007

place suggèrent tout de même que « *l'Union Européenne influence l'évolution des politiques pour les personnes handicapées dans les pays membres (l'exemple récent de la France qui a intégré dans la loi de février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la citoyenneté et la participation des personnes handicapées les exigences de la directive européenne 2000/78/CE concernant l'emploi), preuve que l'européanisation dans ce domaine produit des effets mesurables* » [Mohanu, 2007].

3.3.2 - L'unité européenne contre les spécificités nationales ?

L'unité des décisions communautaires se retrouve-elle dans les politiques publiques menées par les États, ou sommes-nous face à une hétérogénéité des approches nationales ?

3.3.2.1 La prise en compte des populations déficientes : une diversité de réponses politiques

Sous l'impulsion d'effets culturels et historiques il s'avère que des dispositions et des politiques variées cohabitent dans l'espace européen, centrées sur l'objectif commun de l'intégration des populations déficientes. Autour d'orientations collectives, l'Union Européenne (UE) apparaît comme un espace communautaire interétatique où cohabite une diversité de réponses politiques face aux populations déficientes. La question du transfert des politiques publiques européennes dans l'espace local est alors posée. L'UE reconnaît elle-même que *« les initiatives en faveur des personnes handicapées sont en grande partie du ressort des États membres, dans la mesure où leur efficacité est optimale lorsqu'elles sont prises à l'échelle locale. En complément de ces initiatives, la Commission Européenne contribue à l'amélioration de l'égalité des chances à travers toute l'Europe grâce à l'amélioration de son approche à l'égard de l'intégration de la dimension du handicap dans les politiques et à ses activités de coordination, de soutien et de promotion de l'accessibilité. Il faut que la Commission Européenne, les États Membres, les parties prenantes et les personnes handicapées, travaillent en étroite collaboration pour réunir toutes les conditions requises par l'inclusion active des personnes handicapées dans toutes les politiques pertinentes* » [UE, 2009].

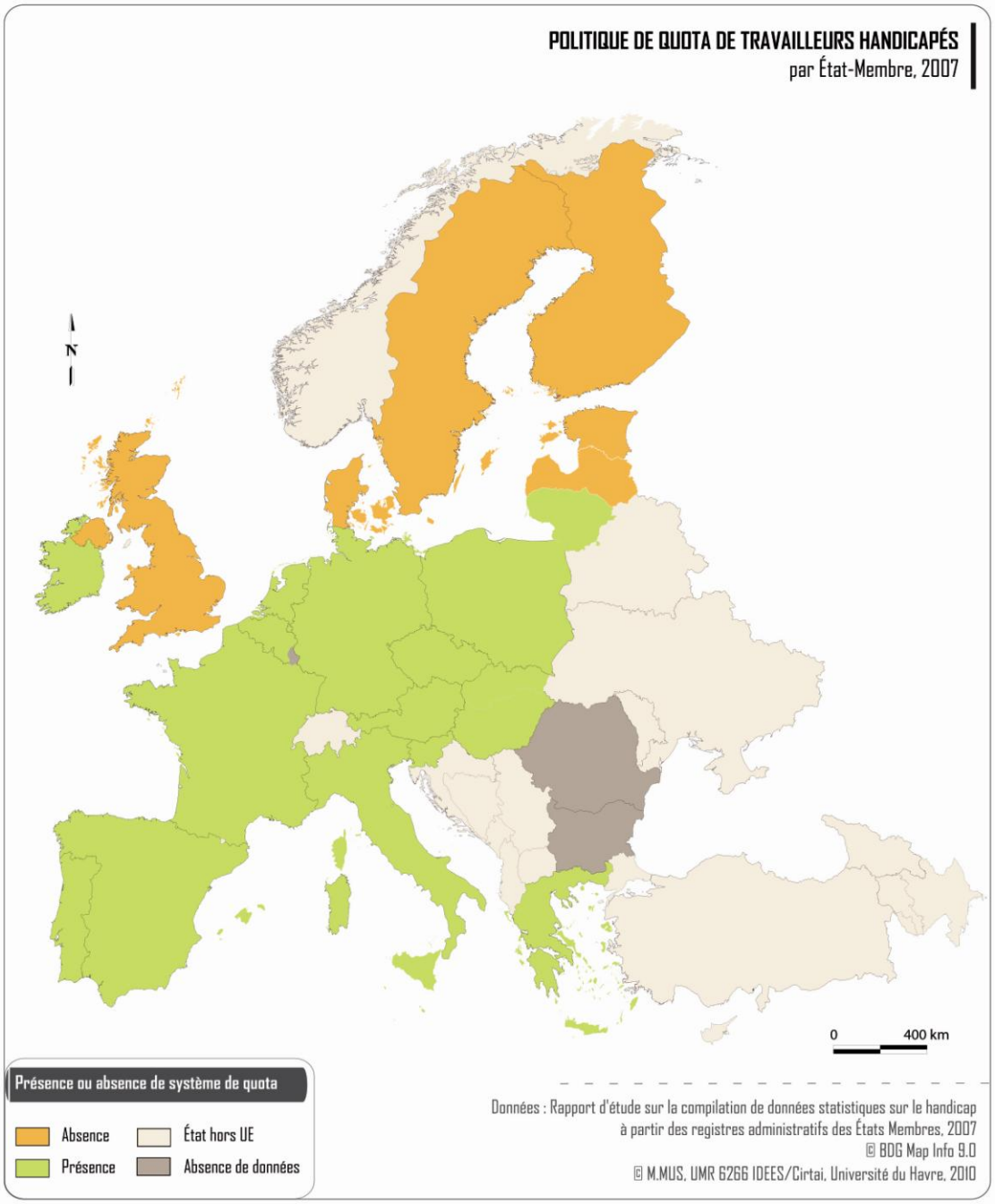
Les initiatives sont nombreuses et sont prises dans le sens d'une coopération inter-état. Pourtant, même si l'objectif d'intégration est partagé par tous, il existe des conceptions diverses du « handicap » selon les États. Dans la Résolution adoptée le 20 Décembre 1996, le Conseil de l'Union Européenne (UE) invitait les États membres à promouvoir,

dans leur politique publique, l'Égalité des Chances des Personnes Handicapées. C'est précisément le jeu entre les objectifs européens communs et les différentes approches étatiques qui révélera un espace varié de la gouvernance malgré l'espace commun définit politiquement. Dans quel contexte le transfert entre la pensée commune européenne et les États-membres s'élabore-il ?

La carte ci-après [cf. Carte 3-6, p190] expose la conception des gouvernements en matière d'intégration des populations déficientes dans le monde du travail. Cet exemple donne une image précise de la diversité des conceptions du « handicap » au cœur de l'espace européen. Il s'agit, soit de traiter les personnes handicapées comme un groupe de population particulière ayant des besoins spécifiques, soit de considérer la population dans sa globalité comme relevant d'un régime général et donc commun, sans disposition spéciale. La différence majeure, observable en premier lieu dans les choix politiques européens, se joue donc dans le principe de discrimination/non-discrimination. Il existe effectivement une diversité importante de conceptions du handicap ayant un impact important sur les politiques mises en place et sur les réalités concrètes. Les décisions politiques prises en la matière se jouent pour la majorité des États européens autour d'une approche discriminatoire. Il s'agit de développer un système d'intégration des personnes handicapées sur le marché du travail grâce à la discrimination positive en développant un système de quotas. Les entreprises ou les administrations ont alors l'obligation d'avoir un effectif de personnes reconnues comme handicapée par les systèmes d'aide sociale. C'est notamment le cas de la France où les entreprises de plus de vingt salariés doivent employer six pour cent de « travailleurs handicapés ». Une distinction s'opère nettement entre les pays ayant mis en place un système institutionnalisé de discrimination positive et les États nord-européens, notamment les pays scandinaves, n'ayant pas développé un tel dispositif.

Ces États ont développé une autre démarche pour l'intégration des populations déficientes. Dans l'*Analyse comparative des systèmes de prise en charge*, Michel Fardeau souligne la spécificité de l'approche des pays scandinaves à l'égard du traitement des populations déficientes.

CARTE 3- 6


POLITIQUE DE QUOTA DE TRAVAILLEURS HANDICAPÉS
par État-Membre, 2007
N
0
400 km
Présence ou absence de système de quota
Absence
Présence
État hors UE
Absence de données
Données : Rapport d'étude sur la compilation de données statistiques sur le handicap
à partir des registres administratifs des États Membres, 2007
© BDG Map Info 9.0
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

La carte 3-6 souligne effectivement la spécificité de ces États face à leur conception de la discrimination :

> *« Les pays scandinaves, ont adopté une logique différente qu'ils ont inscrit dans leur Constitution : celle-ci s'adresse en effet à tous les citoyens, sur un pied de complète égalité entre eux, et il n'y a donc pas lieu de faire apparaître dans la législation la condition d'une éventuelle différence physique ou mentale. La référence est ici, dès le départ, celle des Droits de l'Homme telle qu'elle est établie par l'Assemblée des Nations Unies. La Suède, le Danemark, la Finlande, dès 1948, établissent par exemple comme base de leur politique le rejet de toute attitude discriminatoire vis-à-vis des Personnes Handicapées. De même aux Pays-Bas, la constitution de 1983 interdit toute discrimination « sur la base de la religion, des croyances, des origines politiques, de la race, du sexe ou sur toute autre base »* **[Fardeau, 2003].**

De fait, l'Europe est partagée en deux groupes de pays. D'une part, les États ayant mis en place une politique discriminatoire visant à favoriser l'intégration, et d'autre part ceux ayant inscrit le principe d'égalité dans leur constitution. Le principe d'égalité entre les citoyens d'un même État est un principe éthique, existant dans la majeure partie des constitutions. Cette dichotomie européenne fait apparaître une distinction entre des pays s'étant engagés depuis des années à mettre en œuvre ce principe comme la Suède, et des États obligés de réaffirmer le principe de non-discrimination et d'égalité entre les citoyens par des lois spécifiques. Ces principes se retrouvent par conséquent au sein des organisations gouvernementales. Les États suivant le principe de non-discrimination n'ont pas mis en place d'organe spécifique. Pour les autres États, la gestion de cette problématique par un ministère ou un secrétariat d'État s'inscrit dans la suite logique du principe de discrimination positive. Pourtant, même si les ministères ou les secrétariats d'État sont des organes exécutifs du pouvoir, ils font apparaître une vision cloisonnée de la prise en compte des populations déficientes. La coopération interministérielle, par le développement des Délégations Interministérielles, semble plus favorable à la réalisation des principes législatifs en faveur des populations déficientes en imposant une vision multidimensionnelle des problématiques à aborder et des besoins des populations déficientes. Le handicap ne concerne pas seulement le monde de la santé, mais aussi les compétences liées à l'emploi, ou encore à l'aménagement du territoire.

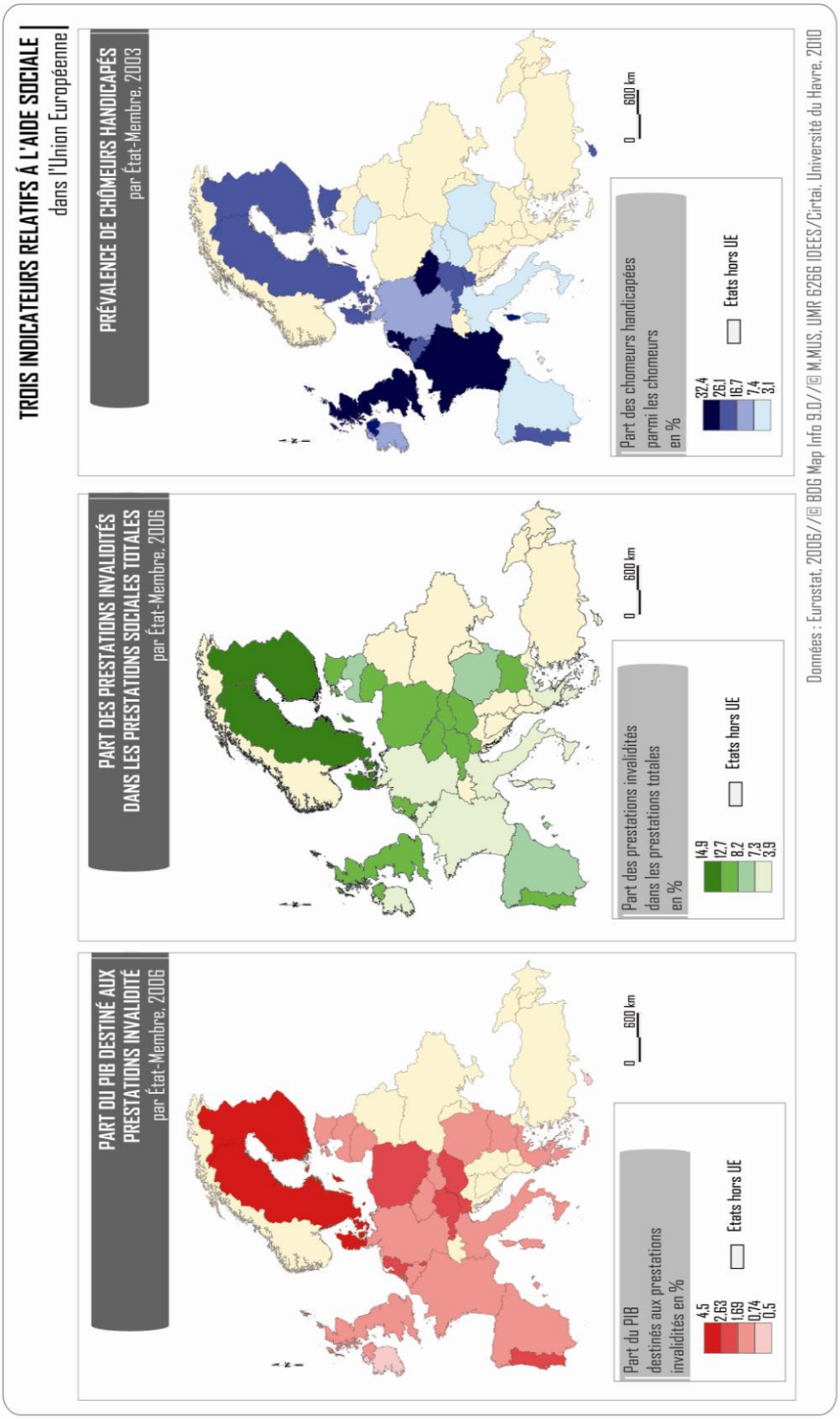
3.3.2.2 Une géopolitique des États membres fragmentée

Les jeux d'échelles géographiques mettent en évidence le passage d'une communauté de décisions prise au sein des instances internationales puis supranationales laissant apparaître sur le terrain une multiplicité de situations. C'est précisément en analysant un ensemble d'indicateurs que ces différences seront appréhendées.

Afin d'avoir un indice de l'impact des politiques mises en place sur le territoire européen en matière de traitement politique des populations déficientes, nous nous appuierons sur trois indicateurs européens : la part des prestations invalidités parmi les prestations sociales, le pourcentage du Produit Intérieur Brut (PIB) destiné aux politiques pour l'invalidité et la part des personnes handicapées sans emploi. Face à l'engagement politique des États membres de l'Union européenne, une géographie particulière des prestations sociales se dessine [cf. Carte 3-7, p193].

La Lettonie, la Grèce, Chypre et l'Irlande consacrent moins de 1% de leur PIB en matière de politique en faveur des populations déficientes. Face à eux, le Danemark et la Suède se placent en tête des États membres, avec plus de 4 %, suivis de la Finlande et du Luxembourg avec respectivement 2,8 et 2,6%. Les pays se trouvant en tête sont ceux ayant favorisé une approche non discriminatoire. Ce sont des États reconnus comme ayant des politiques intégratrices importantes pour les populations déficientes et souvent cités comme exemple. Leur engagement se lit directement dans la part du PIB investi.
Dans le total des dépenses de protection sociale, les prestations « invalidités » représentent une part différente selon les pays.
Les dépenses de protection sociale correspondent à l'aide envers différentes populations : les enfants, les chômeurs, les malades, les « invalides », les personnes âgées. On retrouve logiquement le même découpage géographique que précédemment. Ce sont les pays scandinaves qui affectent le plus de dépenses aux populations invalides. La France, l'Italie, l'Allemagne, l'Irlande et la Grèce sont ceux qui accordent le moins de prestations sociales. En France, au Royaume-Uni, en République Tchèque et aux Pays-Bas, environ un quart des chômeurs a un problème de santé ou un handicap de longue durée. Cela donne une idée des difficultés à intégrer ces populations dans le monde du travail. Finalement, l'existence ou non de politiques de quotas en faveur des populations déficientes dans le monde du travail ne semble pas jouer un rôle important dans la capacité du marché du travail à intégrer ces populations.

CARTE 3- 7


TROIS INDICATEURS RELATIFS À L'AIDE SOCIALE
dans l'Union Européenne
PART DU PIB DESTINÉ AUX PRESTATIONS INVALIDITÉ
par État-Membre, 2006
Part du PIB destinés aux prestations invalidités en %
4,5
2,63
1,69
0,74
0,5
États hors UE
0 600 km
PART DES PRESTATIONS INVALIDITÉS DANS LES PRESTATIONS SOCIALES TOTALES
par État-Membre, 2006
Part des prestations invalidités dans les prestations totales en %
14,9
12,7
9,2
7,3
3,9
États hors UE
0 600 km
PRÉVALENCE DE CHÔMEURS HANDICAPÉS
par État-Membre, 2003
Part des chomeurs handicapées parmi les chomeurs en %
32,4
26,1
16,7
7,4
3,1
États hors UE
0 600 km
Données : Eurostat, 2006/ / © BDG Map Info 9.0/ / © M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

La Suède et la Finlande n'ont pas de politique de quotas, mais ont un taux important de chômeurs ayant un problème de santé ou un handicap. L'Italie, l'Espagne, la Roumanie, la Lituanie, l'Autriche favorisent des politiques de quotas et ont un faible taux de personnes handicapées parmi leurs chômeurs. La France et le Royaume Uni ont des taux similaires alors que l'un a une politique de quotas et l'autre non.

Les cartes [3-7, p193] soulèvent des interrogations sur la capacité de l'Union Européenne à avoir un réel impact sur les politiques nationales des États Membres ou, à contrario, sur leurs capacités à mettre en place les dispositions décidées au niveau supranational. Les deux visions s'opposent et posent un débat important auquel il est difficile de répondre avec justesse. Les résolutions prises, les plans d'actions développés marquent une volonté de la part de l'Union Européenne pour favoriser l'intégration des populations déficientes. La philosophie évoquée de l'intégration et de l'égalité des chances et des droits, prennent effet dans ces différentes actions.
Cela donne un cadre général d'action et sensibilise les États Membres à ces questions. Cependant, du point de vue juridique la Commission des Communautés Européennes (CCE) reconnaît que « *les actions dans le domaine du handicap relèvent principalement de la responsabilité des États membres et c'est au niveau national qu'elles sont le plus efficacement menées*[69] ». Les instances administrant l'Union Européenne doutent elles-mêmes de leur implication dans le domaine du handicap. Certains chercheurs estiment que « *l'Union Européenne influence, par différents mécanismes, bon nombre des politiques mises en place par les États membres dans le domaine du handicap (cf. l'exemple récent de la France)* » [Mohanu, 2008].

La situation dans les États récemment entrés dans l'Union Européenne, ainsi que celle des pays candidats est particulièrement intéressante. Elle démontre le rôle important du développement des politiques publiques à cette échelle d'action. L'adhésion à l'UE suggère de répondre à certaines caractéristiques notamment en matière de droits de l'Homme et du Citoyen. En termes de pourcentage du PIB consacré aux dépenses en faveur des populations « invalides », ces pays ne se distinguent pas spécifiquement par rapport à d'autres États membres. Mis à part pour Chypre, y consacrant moins d'un pour

[69] 2005 Communication de la commission au conseil, au parlement européen, au comité économique et social européen et au comité des régions. La situation des personnes handicapées dans l'union européenne élargie : plan d'action européen 2006-2007

cent, les autres États ayant récemment intégré l'UE (la Bulgarie, Estonie, la Hongrie, la Lettonie, la Pologne, la République Tchèque, la Roumanie, la Slovaquie, et la Slovénie) se situent parfaitement dans la moyenne européenne (1,6 % du PIB). Cependant, les États récemment entrés dans l'UE ont-ils développé une législation concernant les populations déficientes depuis qu'ils ont adhéré? Cela mettrait en évidence l'influence de l'Union Européenne sur le développement des politiques publiques locales et donnerait donc un indice de l'intérêt des actions à cette échelle de décisions.

3.3.2.3 La situation des « nouveaux » États membres et des pays candidats à l'adhésion

Le principe de non-discrimination, notamment au regard d'un handicap, évoqué par le Traité d'Amsterdam, a conduit, selon S. Latraverse, *« par l'adoption – à l'unanimité – de trois directives communautaires créant une série d'outils visant à assurer une prise en compte concrète et encadrée des critères de discrimination protégés dans des domaines spécifiquement choisis. Elle impose aux États une obligation de transposer rapidement ce bloc de règles communautaires à tous les niveaux de l'ordre normatif interne et d'assurer leur mise en œuvre* ». [Latraverse, 2005]. Cependant, certains pays n'ont pas spécialement développé ou amélioré les dispositions législatives envers leur population déficiente depuis leur adhésion. C'est le cas de la République Tchèque, de l'Estonie, de la Lituanie, et de la Slovaquie. Selon les informations disponibles sur la base de données Natlex, l'Estonie et la Slovaquie n'ont pas légiféré depuis 1999, malgré leur entrée dans l'UE en 2004.

Pour d'autres États, tels que la Bulgarie, la Hongrie, la Pologne, engagés depuis les années 1970, il est difficile de dire si leur adhésion a joué un rôle dans le développement de leur législation. Ils ont régulièrement mis en place des dispositions législatives depuis cette période. On trouve seulement dans le cas de Chypre l'intégration dans la législation d'une directive européenne portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail[70]. Enfin, dans le cas de la Slovénie et de la Lettonie, leur législation s'étant développée à partir de la moitié des années 1995 et leur entrée dans l'UE datant de 2004, aucun indice ne montre le rôle de l'UE.

[70] Directive 2000/78/CE du Conseil du 27 novembre 2000

Pourtant, observé sur le terrain lors d'un déplacement, l'exemple de la Croatie (État ayant demandé l'adhésion à l'UE, au même titre que la Turquie) montre que la volonté d'adhésion à l'UE et le développement des possibilités de financements européens (notamment par le biais du Fonds Européen de Développement Régional) ont permis le développement d'infrastructures spécifiques en faveur des populations déficientes. C'est dans le domaine du tourisme que de nombreux aménagements ont été réalisés notamment dans les lieux touristiques majeurs, les campings. L'exemple 1 [cf. Encadré 3-3, p197] met en évidence l'existence de sanitaires adaptés au sein d'un parc naturel régional accueillant de nombreux touristes. L'exemple 2 illustre la réalisation de places de parkings adaptés dans le parking d'un groupe d'immeubles en fin de construction. Enfin, la troisième situation montre l'exemple d'un camping ayant développé l'accessibilité de son bloc sanitaire avec la réalisation d'une rampe d'accès en pente douce ainsi que des sanitaires adaptés aux personnes atteintes de déficiences motrices ou à mobilité réduite composés d'un toilette, d'un lavabo et d'une douche. Les réalisations ne sont pas forcément exemplaires. Ainsi dans le camping par exemple, si l'accessibilité du bloc sanitaire a été prise en compte, les cheminements du camping permettant d'y accéder sont dans un revêtement meuble ne permettant pas une mobilité aisée. De même, on constate l'absence de système de barre d'appui dans les sanitaires, élément pourtant important dans ce type d'aménagement.

L'exemple des aménagements observés en Croatie, on observe un manque de réflexion complète sur la chaine d'accessibilité et une réalisation assez ponctuelle des aménagements adaptés. Pour autant, ces exemples témoignent de la prise de conscience d'une problématique spécifique dans le cadre de l'accueil des populations à mobilité réduite et du développement économique régional par le biais du tourisme tout en mettant en évidence l'impact des politiques internationales et européennes sur les problématiques liées aux déficiences.

ENCADRE 3- 3

- EXEMPLE D'AMÉNAGEMENT RÉALISÉS EN CROATIE-

EXEMPLE 1

Sanitaire adapté aux personnes atteintes de déficiences motrices
Parc national de Paklenica
Croatie,2008

EXEMPLE 2

Places de parking adaptées
Sur la route de Split
Croatie,2008

EXEMPLE 3

Sanitaires adaptés aux déficiences motrices dans un camping
Près de Sibenik,Croatie,2008

L'accès aux sanitaires est possible soit par un escalier ou par une rampe d'accès en pente douce.
Les sanitaires adaptés comprennent un toilette, un lavabo ainsi qu'une douche avec un siège.
Dans le cas du toilette, malgré l'aménagement on remarque l'absence de barre d'appui.

Crédits photographiques: M.MUS, 2008
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

CONCLUSION

Les jeux d'échelles entre instances internationales, supranationales et nationales dévoilent une imbrication complexe des politiques menées en faveur des populations déficientes. Le rôle des instances internationales telles que l'Organisation des Nations Unis (ONU) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) apparaît clairement comme ayant permis une évolution importante de la réflexion et des actions autour des handicaps ces dernières années. En se centrant sur l'étude des actions politiques, cette approche géopolitique montre la complexité d'un espace de la gouvernance, véritable « *chantier de recherche à explorer pour contribuer à expliquer notamment les formes contemporaines et les transformations (mais aussi les permanences) de l'État et de l'orientation des sociétés à partir d'acteurs et de régulations au delà de l'État* » [Le Galès, in Lévy et Lussault, 2003]. Des déclarations d'intentions à la réalité effective des actions menées sur le terrain, chaque niveau gouvernemental joue un rôle important. Les instances internationales, au sommet de l'espace de la gouvernance, diffusent les grandes orientations éthiques que les sociétés doivent mener. L'essence même de l'instance onusienne se trouve dans sa capacité à catalyser et à diffuser auprès de tous les États Membres les décisions. Dans le cas des actions en faveur des populations, l'ONU joue parfaitement son rôle en impulsant une prise de conscience politique tout en proposant des orientations précises. Toutefois, que ce soit à l'échelle internationale ou supra-nationale avec l'exemple européen, la difficulté à proposer des actions juridiquement contraignantes pour les gouvernements, est réelle. L'exemple récent de la Convention relative aux droits des personnes handicapées évoque une institutionnalisation et une évolution réelle de la capacité de ces instances à proposer un espace juridique commun. Cependant, l'application et le transfert des décisions dans les espaces juridiques gouvernementaux apparaissent encore difficiles.

L'espace européen fait face aux mêmes difficultés que l'Organisation des Nations Unies (ONU). Les premières actions politiques sont peu contraignantes pour les États membres et s'accompagnent de déclarations d'intention plus que d'actions concrètes même si de plus en plus de « résolutions » prises par le Conseil Européen sont intégrées aux législations des États. Il ne s'agit pas de nier ou de minimiser le rôle de ces instances. En apportant une théorisation des conceptions du « handicap » et en évoquant l'importance des principes antidiscriminatoires, les bases solides et communes d'une prise de conscience réelle au sein même des territoires se construisent. Cependant, ayant

conscience de sa position, l'UE suggère elle-même l'importance et la prédominance de l'action locale dans le traitement politique des populations déficientes. C'est effectivement au niveau des gouvernements que la diffusion des contraintes juridico-administratives est effective. C'est donc à ce niveau que les mesures prises ont un impact direct sur les territoires.

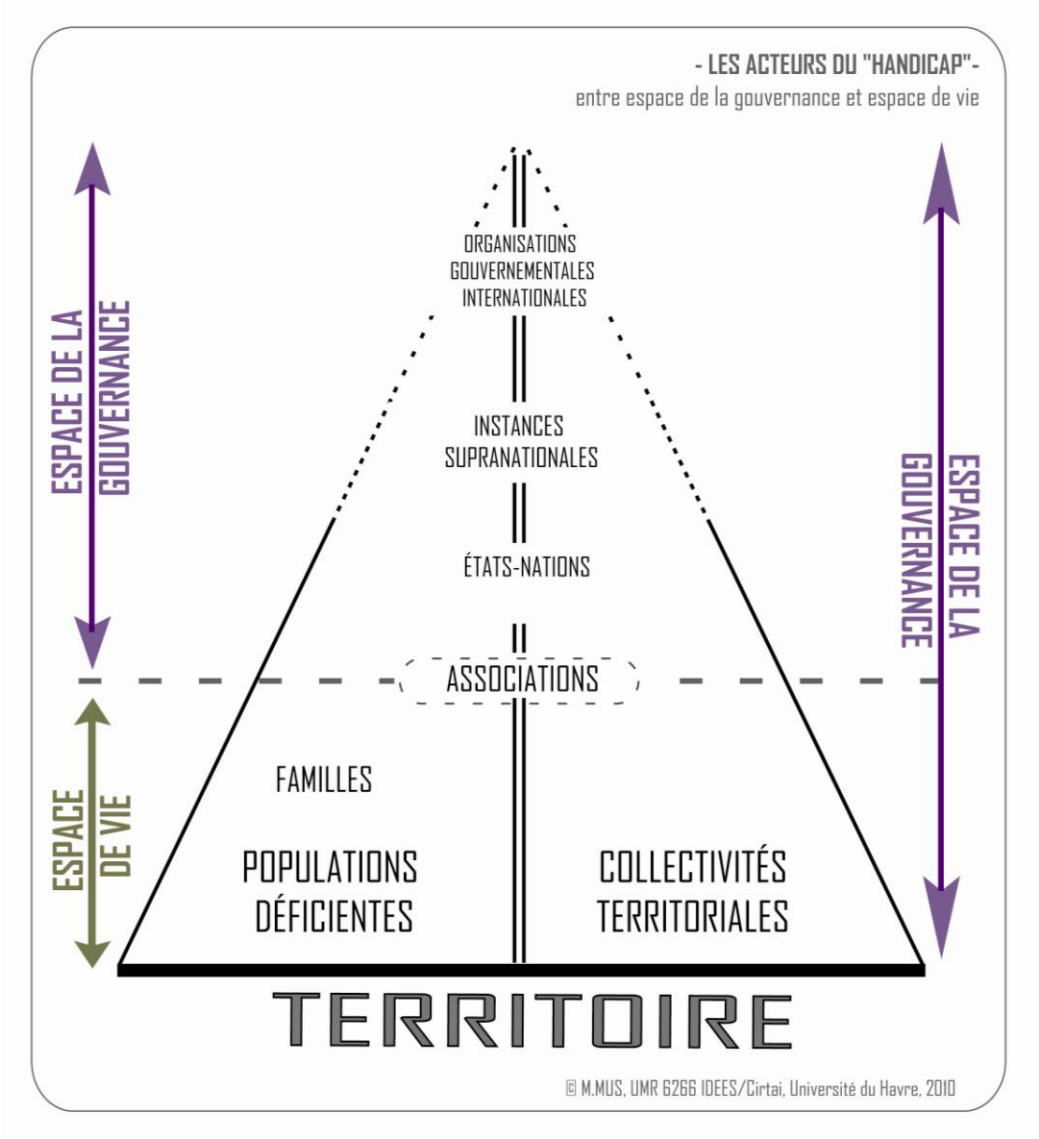
En terme législatif il y a un écart important entre les pays développés et les pays dits en voie de développement, notamment au niveau du continent africain ayant peu légiféré en faveur des populations déficientes. Si l'approche législative des populations déficientes a été privilégiée, il ne faut pas oublier le rôle des contextes culturels et historiques. Ils expliquent en partie les différences législatives évoquées. Le rôle des croyances est indéniable et influence considérablement le rapport qu'entretiennent les populations avec l'autre, le « hors-norme ». L'importance de la famille au quotidien est aussi un facteur déterminant. Elle apparaît comme le cadre premier de l'espace de vie de la personne déficiente. On retrouve cette conception du rôle de la famille dans certaines lois. Par exemple, la loi vietnamienne stipule que « *the parents, other members in the family and the tutor of the disabled person have the duty to raise, care for and assist the disabled person to recover his/her functions, to study, work and take part in social life*[71] [Législation Vietnamienne, 1998] ».

Une hiérarchisation du rôle des acteurs par rapport à leur distance avec les territoires locaux est clairement observable [cf. Schéma 3-8, p200]. C'est effectivement au sein des organisations gouvernementales et non-gouvernementales internationales, supra-nationales que les grandes orientations politiques sont défendues et diffusées. Comme l'a brillamment résumé M. Priestley, dans un article sur les politiques en faveur des populations déficientes, il apparaît clairement que « *les catalyseurs les plus significatifs de la politique du handicap se situent maintenant à un niveau mondial tandis que les contraintes les plus importantes pour sa mise en œuvre se situent au niveau national* » [Priestley, 2007]. Au sein même d'un gouvernement, deux niveaux de contraintes et d'actions se distinguent. Reprenant une organisation territoriale pyramidale. En légiférant,

[71] *Ordinance on Disabled Persons* (No. 06/1998/PL-UBTVQH 10), Article 4, Vietnam, 1998: les parents, les autres membres de la famille et les tuteurs de personnes handicapées ont le devoir d'élever, de prendre soin et d'assister les personnes handicapées afin d'accéder aux études, au monde du travail et prendre part à la vie de la société.

l'État se situe en haut de la hiérarchie dans le domaine des prises de décisions et des actions sur les territoires.

SCHEMA 3- 8



Cependant, c'est directement au sein des collectivités territoriales, par le biais d'acteurs en contact permanent et immédiat avec le territoire que se jouent l'application concrète et le respect de la législation en vigueur. C'est précisément dans le va-et-vient entre les décisions et les normes édictées par les États-Nations et leur application concrète par les collectivités locales, notamment par le biais de l'aménagement du territoire que se révèlent les contradictions, les difficultés, les représentations sociales d'une société envers ses populations déficientes. De fait, le cas de la France, connue pour sa revendication des droits de l'homme où la liberté, l'égalité et la fraternité marquent le fronton de nos mairies comme slogan d'un territoire citoyen, apparaît privilégié pour mener une étude précise des actions politiques et de l'application concrète sur le terrain.

Chapitre 4

Les implications territoriales de la législation française : entre distance et proximité

S'inscrivant dans la lignée de valeurs éthiques et morales républicaines, *« la prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale »* [Article 1, Loi n°75-534 du 30 juin 1975]. La société française déclare ostensiblement ses intentions en faveur des populations déficientes le 30 juin 1975 par la première loi d'orientation en faveur des personnes handicapées. Cette loi suggère que les « *personnes handicapées » ont des droits et qu'il fait partie des devoirs de la société de prendre en compte leur situation en proposant, notamment, un dispositif législatif. Ce devoir de la société sera réaffirmé dans un ensemble de lois « thématiques* ». La loi n°82-1153 du 30 décembre 1980 d'Orientation des Transports intérieurs inscrit le « *droit au transport* » dans la législation et propose « *dans cet esprit des mesures particulières peuvent être prises en faveur des personnes à mobilité réduite* » [Article 2, LOTI 1982]. Dans le domaine de l'éducation, la loi n°89-663 du 10 juillet 1989 d'orientation sur l'éducation reconnait le droit à l'éducation pour tous, « *l'intégration des jeunes handicapés est favorisée* » [Article 1, Loi n°89-663].

De quelle manière l'action sur le territoire a-t-elle été intégrée dans la législation ? Comment les lois et les décisions gouvernementales en faveur des populations déficientes ont-elles évoluées ? En mettant en relation les implications territoriales des dispositifs législatifs avec l'observation des constructions urbaines pour les populations déficientes, l'aménagement du territoire sera envisagé comme *« un lieu d'expression des contradictions »* [Nemery, 2000]. Ces contradictions, entre un idéal envisagé par la loi et l'application concrète des dispositifs, sont envisagées dans une deuxième partie en observant la localisation des structures d'accueil spécialisé pour les personnes déficientes.

La mise en évidence de ces tensions contradictoires traduit un va-et-vient insidieux entre la construction de la proximité des êtres sociaux dans les espaces publics et la mise à distance induite par les dispositifs législatifs et les jeux d'acteurs.

4.1 – L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE EN FAVEUR DES POPULATIONS DÉFICIENTES EN FRANCE : LIEU DE LA CONTRADICTION ?

Les revendications des « personnes handicapées », des familles et des associations portent sur leur intégration dans la vie de la société. La question de « l'accès à », soit la possibilité de pénétrer et d'évoluer dans différents domaines de la vie quotidienne, devient fondamentale. Comment cette problématique a-t-elle été intégrée dans la législation française ? Les mesures prises ont-elles été suivies de résultats significatifs ?

L'insertion dans la loi de dispositif tendant à favoriser l'intégration des personnes handicapées est une réelle avancée. Le stade de la déclaration d'intention a-t-il été dépassé ? L'intégration des populations déficientes dans la société dépend en partie de la « place », au sens strictement physique, qui leur est faite. Quelles sont les implications territoriales des lois françaises ayant concrètement dynamisé positivement la place des populations déficientes en tant que citoyens, usagers ou encore professionnels ?

4.1.1 - Le flou des notions « d'accessibilité » et de « personnes handicapées » : deux notions clés pour une prise en compte territoriale

Ne faut-il pas en premier lieu s'interroger sur l'utilisation des termes « d'accessibilité » et de « personnes handicapées » point d'ancrage d'une politique de reconstruction et d'aménagement ?

4.1.1.1 Les « personnes handicapées » : une image aux contours flous

Entre 1975 et aujourd'hui, trois lois en faveur des populations déficientes ont développé les principes de « l'accessibilité ». La première est la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. La loi n°91-663 du 13 juillet 1991 porte diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public et vient renforcer la loi précédente. Enfin, la troisième est 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.

L'utilisation de la notion de « personnes handicapées » fait partie intégrante du vocabulaire courant. D'usage très répandu, les contours flous d'une personne finalement mal identifiée se dessinent. Qui sont les personnes handicapées ? Les tableaux ci-après [cf. Tableau 4-1 et 4-2] dévoilent l'évolution sémantique autour des termes adoptés dans les lois de 1975, 1991 et 2005. L'absence de définition du « handicap » [cf. Tableau 4-1, p204] dans les lois de 1975 et 1991, contraste avec l'utilisation récurrente du terme

« personne handicapée ». Il faudra attendre celle de 2005 pour qu'une définition précise du « handicap » soit institutionnellement adoptée, trente ans après la première loi. De fait, les dispositifs législatifs mis en place avant cette date visent donc un public sans l'avoir auparavant précisément ciblé. Etudier la manière dont les « personnes handicapées » sont désignées permet donc de mettre à jour certaines représentations et situations spatiales actuelles.

TABLEAU 4- 1

- APPROCHE DU "HANDICAP" DANS LA LÉGISLATION FRANCAISE -

	Loi n°75 -534 du 30 juin	Loi n°91 -663 du 13 juillet	Loi n°2005 -102 du 11 février 2005
Définition du « handicap »	Absence de définition	Absence de définition	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
Type de population concerné par l'accessibilité	*[Art 49]* Personnes handicapées	*[Art 1]* Personnes handicapées	*[Art 41]* Personnes handicapées, quel que soit le type de handicap, notamment physique, sensoriel, cognitif, mental ou psychique

Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

Loi n°91-663 du 13 juillet portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées, locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

Le Tableau [cf. Tableau 4-2, p205] relève les termes employés pour qualifier les « personnes handicapées » concernées par les aménagements accessibles dans les décrets liés aux lois de 1975, 1991 et 2005. Dans la loi de 1975 et les décrets correspondants, le seul type de déficience désigné est le handicap moteur. Les termes « personnes handicapées à mobilité réduite » ou « personne handicapée à fauteuil roulant » sont employés à plusieurs reprises. Les autres types de déficiences ne sont pas clairement évoqués. C'est effectivement une des limites majeures des dispositifs législatifs engagés à cette époque. L'accent est principalement et uniquement mis sur les déficiences physiques nécessitant des déplacements en fauteuil roulant manuel. Les dispositifs techniques élaborés dans les décrets visent à « assurer l'accessibilité » ou « aménagé pour les personnes handicapées ». Ils sont principalement élaborés en direction des déplacements des personnes en fauteuil roulant.

TABLEAU 4- 2

- TERMES EMPLOYÉS POUR NOMMER LES "PERSONNES HANDICAPÉES" -

dans les différentes lois françaises en faveur des personnes handicapées

Loi et Décrets 1975	Loi et Décrets 1991	Loi et Décrets 2005
▪ Personnes handicapées à mobilité réduite ▪ Personnes handicapées avec son fauteuil roulant ▪ Personnes handicapées ▪ Personnes handicapées circulant en fauteuil roulant ▪ Personnes handicapées à mobilité réduite y compris celles qui se déplacent en fauteuil roulant ▪ Personnes handicapées à mobilité réduite y compris celle qui circulent en fauteuil roulant	▪ Personnes handicapées ▪ Personnes handicapées en fauteuil roulant ▪ Personnes handicapées circulant en fauteuil roulant ▪ Personnes handicapées à mobilité réduite ▪ Personnes non -voyantes ▪ Non-voyants	▪ Personnes en situation de handicap ▪ Personnes à mobilité réduite ▪ Personnes en situation de handicap ▪ Personnes handicapées ou à mobilité réduite ▪ Personnes aveugles ou malvoyantes ▪ Personnes circulant en fauteuil roulant ▪ Personnes handicapées physiques ▪ Personnes handicapées notamment celles qui circulent en fauteuil roulant ▪ Personnes sourdes ou malentendantes ▪ Personnes handicapées quel que soit leur handicap ▪ Personne en fauteuil roulant

Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

Loi n°91-663 du 13 juillet portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées, locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participion et la citoyenneté des personnes handicapées

© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

Le décret n°78-109 stipule par exemple que le *« sol doit être non meuble, non glissant, sans obstacle à la roue »* [Art.5] ou encore *« le temps d'ouverture doivent être suffisant pour le passage d'un fauteuil roulant »* concernant les portes des ascenseurs. Ainsi, dans les trois décrets parus à cette époque concernant l'accessibilité, la seule déficience prise en considération est la déficience physique. Dans les décrets concernant la loi de 1991, le terme « personne handicapée » est largement employé ainsi que ceux de « personnes handicapées en fauteuil roulant » ou « circulant en fauteuil roulant ». Pour la première fois dans la législation les « personnes non-voyantes » sont évoquées. En conséquence, quelques aménagements sont donc prévus : *« les bornes et poteaux doivent pouvoir être détectés par un aveugle se déplaçant avec une canne »* [Décret 94-86], *« le numéro de téléphone de la cabine doit être inscrit en relief et en caractères Braille à proximité de l'appareil »*. Enfin, les termes employés dans les décrets relatifs à la loi de 2005 révèlent clairement un suivi des avancées internationales ainsi qu'une approche plus large des populations déficientes. Le terme de « personnes en situation de handicap » est donc employé. Par ailleurs, trois types de déficiences sont abordés : « personnes handicapées physiques », « les personnes aveugles ou malvoyantes » et « les personnes sourdes ou malentendantes ». Les différents décrets ne mentionnent pas directement les déficiences cognitives. Cependant, il est précisé que *« toute information délivrée à bord ou nécessaire au bon déroulement du voyage est diffusé sous forme sonore et visuelle et adaptée aux capacités de perception et de compréhension des personnes handicapées et à mobilité réduite »* [Décret 2006-138]. Le caractère *« compréhensif des aménagements est directement en relation avec la « cognition »*, c'est-à-dire les mécanismes de la pensée, de la construction des connaissances. La loi et les décrets relatifs aux prescriptions du 11 février 2005 marquent donc une avancée considérable dans la population prise en compte. Cette évolution suit les prescriptions des instances et classifications internationales. Dès lors, il ne s'agit plus uniquement des « personnes se déplaçant en fauteuil roulant ». Les grandes familles de déficience sont pour la première fois évoquées clairement. Ainsi, une part plus importante d'individus et de situations différentes apparaît et est donc prise en compte.

Le territoire ne doit plus uniquement considérer les besoins et les usages des personnes se déplaçant en fauteuil roulant. Les acteurs territoriaux doivent appréhender et intégrer les besoins des populations atteintes de déficiences sensorielles, cognitives, mentales pour développer l'accessibilité des espaces publics à ces populations. Cela induit l'élaboration

de dispositifs techniques variés et répondant aux besoins d'une large population. Il ne s'agit plus seulement de rendre « praticable » les espaces publics mais aussi « d'améliorer le contraste », « de rendre détectable » les obstacles, de développer des dispositifs sonores et de rendre compréhensible les informations. La terminologie employée dans la législation révèle des lacunes dans la réflexion gouvernementale. En utilisant le terme générique de « personnes handicapées », sans définition précise, la loi ne cible pas la population à qui elle ouvre pourtant des droits. En termes d'aménagement de l'espace, il apparaît difficile de mettre en œuvre des dispositifs pour une population indéfinie. La mise en accessibilité des espaces publics implique de discerner précisément les populations afin d'identifier leurs capacités, leurs usages et leurs besoins. Observer l'évolution des termes employés pour qualifier les « personnes handicapées » met donc en lumière les limites des principes législatifs. La compréhension des phénomènes spatiaux s'enrichie de cette approche. Les actes législatifs concernant l'accessibilité prennent une autre dimension dès lors qu'est mise en lumière la confusion régnant autour de la population visée. Cette confusion apparaît inévitablement sur le territoire et l'efficience des aménagements développés.

4.1.1.2 L'accessibilité dans les lois: une approche peu contraignante

Au même titre que l'usage de l'expression « personnes handicapées » ou « personnes à mobilité réduite », comment la notion d'accessibilité est-elle envisagée dans ces différents dispositifs législatifs ? Est-elle précisément définie ?

Dans la première loi d'orientation en faveur des personnes handicapées deux articles concernent l'accessibilité, l'article 49 et l'article 52, faisant partie du chapitre 5 sur les « dispositions tendant à favoriser la vie sociale des personnes handicapées » :

> **Art 49**
> *« Les dispositions architecturales et aménagements des locaux d'habitation et des installations ouvertes au public, notamment les locaux scolaires, universitaires et de formation doivent être tels que ces locaux et installations soient accessibles aux personnes handicapées. Les modalités de mise en œuvre progressive de ce principe sont définies par voie réglementaire dans un délai de six mois à dater de la promulgation de la présente loi ».*
>
> **Art 52**
> *« Afin de faciliter les déplacements des handicapés, des dispositions sont prises par voie réglementaire pour adapter les services de transport collectif ou pour aménager progressivement*

> *les normes de construction des véhicules de transport collectif, ainsi que les conditions d'accès à ces véhicules ou encore pour faciliter la création et le fonctionnement de services de transport spécialisés pour les handicapés ou, à défaut, l'utilisation des véhicules individuels ».*

Ces articles témoignent d'une réelle conception de l'accessibilité comme un outil visant à favoriser la vie sociale. Ils concernent les grands espaces de vie du quotidien : le logement, les installations ouvertes au public, et les services de transports collectifs. Cependant, ces articles mettent aussi en évidence un traitement assez mince de la problématique de l'accessibilité à la moitié des années soixante-dix. Ces lacunes apparaissent à plusieurs niveaux.

Tout d'abord, l'absence de définition du terme « accessible » est déroutante alors même qu'elle apparaît comme un principe important pour permettre l'intégration des populations déficientes dans la vie en société. L'article 49 précise que les installations ouvertes au public et les locaux d'habitation doivent être accessibles. Comment est-il possible de mettre en place des actions sans avoir de vision précise de l'accessibilité ? De quelle accessibilité parle-t-on ? Qui est concerné ?

Ensuite, dans la même logique, il n'y a pas de définition ni de précision sur la nature des « personnes handicapées » concernées. De quoi et de qui parle-t-on quand on évoque le handicap et les personnes handicapées ? Comment est-il possible d'aménager techniquement les espaces cités, sans savoir précisément quelle population est concernée ?

Enfin, dans ces deux articles de loi (l'article 49 et 52), l'accessibilité concerne les locaux d'habitation, les installations ouvertes aux publics et les transports collectifs. Aucun élément concernant l'accessibilité de la voirie n'est mentionné. Pourtant, au même titre que les espaces cités précédemment la voirie devrait bénéficier des principes de l'accessibilité. Cela apparaît d'autant plus important que prendre en compte l'accessibilité de la voirie permet de relier entre eux ces espaces. Cette lacune laisse apparaître une approche parcellaire de l'accessibilité. Elle contribue à créer un morcellement des espaces accessibles.

Les conditions d'application pratique des principes évoqués dans l'article 49 doivent être progressivement mises en œuvre par voie réglementaire. Théoriquement, le délai est de six mois après la promulgation de la dite-loi. Il s'avère pourtant que le premier décret

d'application concernant l'accessibilité sera publié en février 1978. Jusqu'à cette date les principes évoqués dans la loi de 1975 pour favoriser la « vie sociale » des personnes handicapées sont donc restés des déclarations d'intention sans être des obligations légales. En 1978, deux décrets concernant l'application des modalités des articles 49 seront émis. Ils distinguent les dispositifs techniques concernant les bâtiments neufs et les dispositifs concernant les bâtiments déjà existants:

> **Décret n°78-109 du 1er février 1978** *fixant les mesures destinées à rendre accessibles aux personnes handicapées à mobilité réduite les installations neuves ouvertes au public*
> **Décret n°78-1167 du 9 décembre1978** *fixant les mesures destinées à rendre accessibles aux personnes handicapées à mobilité réduite les installations ouvertes au public existantes appartenant à certaines personnes publiques et à adapter les services de transport public pour faciliter les déplacements des personnes handicapées*

Ces décrets définissent pour la première fois dans la législation française le terme d'accessibilité :

> *« Au sens du présent décret, est réputée accessible aux personnes handicapées à mobilité réduite toute installation offrant à ces personnes, notamment à celles qui circulent en fauteuil roulant, la possibilité de pénétrer dans l'installation, d'y circuler, d'en sortir dans les conditions normales de fonctionnement et de bénéficier de toutes les prestations offertes au public en vue desquelles cette installation a été conçue qui ne sont pas manifestement incompatibles avec la nature même du handicap »* **[Art.1, Décret n°78-109].**

Contrairement aux grands principes dictés par la loi de 1975, ces décrets tiennent compte de l'accessibilité de la voirie. Le temps entre la promulgation de la loi et les décrets d'application est la critique majeure que l'on puisse faire à cette loi. Pendant trois ans, les principes évoqués dans la loi de 1975 ne sont pas applicables sur le territoire. Il n'y a donc pas d'évolution majeure de l'accessibilité des espaces publics pour les populations déficientes. Les critiques portées ici sur la loi de 1975 sont semblables à celles qu'il est possible de faire concernant la loi de 1991. Le tableau ci-après [cf. Tableau 4-3, p210] permet effectivement d'observer l'absence de définition des termes « accessibilité » dans les lois de 1975, 1991 et 2005 et la date du 1er décret d'application émis suite à la promulgation des différentes lois. Tout comme pour la loi de 1975, les décrets d'application devront attendre environ trois ans pour être publiés. Après trente ans d'attente, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées montre une réelle évolution.

TABLEAU 4- 3

- APPROCHE DE L'ACCESSIBILITÉ DANS LA LÉGISLATION FRANCAISE -

	Loi n°75 -534 du 30 juin 1975	Loi n°91 -663 du 13 juillet 1991	Loi n°2005 -102 du 11 février 2005
Définition de « l'accessibilité »	Absence de définition	Absence de définition	Absence de définition
Date du 1er décret d'application concernant l'accessibilité	Décret n°78-109 du **1er février 1978**	Décret n°94-86 du **26 janvier 1994**	Décret n°2006-138 du **9 février 2006**

Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées
Loi n°91-663 du 13 juillet portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées, locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public
Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la particiption et la citoyenneté des personnes handicapées

© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

Un « titre » complet de la loi est dévolu à l'accessibilité, lui-même divisé en trois chapitres [cf. Annexe 2 et 3]. Le premier se rapporte à « *la scolarité, enseignements supérieurs et enseignements professionnels* ». Le second s'intéresse à « *l'emploi, travail adapté et travail protégé* ». Enfin, le troisième prend en considération le « *cadre bâti, transports et nouvelles technologies* ». Dès lors, l'accessibilité comme enjeu de développement de l'intégration des populations déficientes est clairement réaffirmée. Le premier décret d'application concernant l'accessibilité sera émis dès décembre 2006 [Décret n°2006-1657 du 21 décembre 2006 relatif à l'accessibilité de la voirie et des espaces publics]. Cet effort de rapidité pour la promulgation des décrets est significatif d'une prise de conscience et d'une évolution importante par rapport aux autres lois. Grâce aux décrets, la première étape vers l'application des principes d'accessibilité sur le territoire est effectivement en marche.

4.1.2 - L'accessibilité entre dans « l'aménagement du territoire »

L'intégration des problématiques d'aménagements liés aux populations déficientes dans des dispositifs d'aménagement du territoire s'inscrit dans le droit français depuis 1975. Comment cette problématique a-t-elle été incorporée aux principes d'aménagement du territoire ? Quelle est la place des populations déficientes dans les documents d'urbanisme ? Comment ces principes se traduisent-ils en actes sur le territoire ?

4.1.2.1 Quelle intégration de la politique d'accessibilité dans les documents d'aménagements ?

Contrairement aux lois précédentes, celle de 2005 est novatrice à deux niveaux. Elle impose des délais pour la mise en accessibilité de la voirie, des transports et des

établissements recevant du public et prévoit des recours juridiques s'ils ne sont pas respectés. Au-delà des dispositifs techniques dictés par les décrets d'application, elle dote les collectivités territoriales, communes ou intercommunalités et les Autorités Organisatrices des Transports, de documents d'urbanisme relatifs à l'aménagement de leur territoire.

Trois dispositifs contraignants relatifs à l'accessibilité sont alors mis en place [cf. Encadré 4-1, p212]. L'article 45 prévoit la création d'un « *Schéma Directeur d'accessibilité* » par les Autorités Organisatrices des Transports. Les communes ou intercommunalités étant compétentes en matière d'aménagement de la voirie doivent mettre en place un *Plan de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics* et lancer le *diagnostic de leur patrimoine bâti* par le biais des Commissions communales ou intercommunales d'accessibilité.

Dans le domaine des transports, le schéma directeur d'accessibilité doit permettre de définir les modalités de mise en accessibilité des différents types de transport et de programmer leur mise en accessibilité dans le temps. Le schéma directeur d'accessibilité devait être mis en place avant le 11 février 2008, soit trois ans après la promulgation de la loi. La loi laisse dix ans aux AOT pour rendre accessible leur réseau de transports. Les réseaux souterrains de transports ferroviaires (type métro) et les transports guidés (type tram) sont exonérés de l'obligation d'accessibilité si elles mettent en place un transport de substitution.

Dans le domaine de la voirie et des espaces publics, les communes ou les EPCI ont eu jusqu'au 23 décembre 2009 pour réaliser leurs plans d'aménagement de la voirie et des espaces publics. En conséquence, l'accessibilité de la voirie et des espaces publics doit être réalisée lors de travaux ou de réaménagements des espaces publics. Il n'y a pas de date limite imposant la mise en accessibilité. Une dérogation est prévue en cas d'impossibilité technique. L'avis est rendu par la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité.

Enfin, au sein des communes ou des intercommunalités une instance consultative est créée. Cette commission et ses obligations concernent les communes de plus de 5 000 habitants ou les intercommunalités compétentes en matière d'aménagement du territoire et de transport regroupant 5 000 habitants ou plus. Elle se compose de représentants de la commune, d'associations d'usagers, d'associations représentant les personnes handicapées et du maire intervenant comme président de la commission.

ENCADRE 4- 1

- ACCESSIBILITÉ ET DOCUMENTS D'AMÉNAGEMENT À RÉALISER-
dans le domaine des ERP, de la voirie et dU transport
Catégorie 1 et 2 : 1er Janvier 2010
Catégorie 3 et 4 : 1er Janvier 2011
Diagnostic des ERP
- ERP -
Catégorie 5 : pas d'obligation de diagnostic
- TRANSPORTS -
Schéma Directeur d'Accessibilité
Délai : 11 Février 2008
- VOIRIE -
Plan de Mise en Accessibilité de la Voirie et des Espaces Publics
Délai : 23 Décembre 2009
- Programmer la mise en accessibilité des services de transports
- Définir les modalités de mise en accessibilité des différents types de transport
Les services de transports collectifs devront être accessibles d'ici le 11 février 2015
Fixer les dispositions susceptibles de rendre accessible aux personnes handicapées et à mobilité réduite : l'ensemble des circulations piétonnes et les aires de stationnement d'automobile situés sur le territoire de la commune ou de l'EPCI
« la mise en accessibilité de la voirie et des espaces publics est effectuée à l'occasion de la réalisation de voiries nouvelles, d'aménagements ou de travaux importants »
- Dresser le constat de l'état d'accessibilité du cadre bâti existant
- Décrire les travaux à réaliser
Les Etablissements Recevants du Public devront être accessibles le 1er Janvier 2015
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

Ces commissions ont pour charge principale l'accessibilité dans le domaine des Établissements Recevant du Public (ERP) et du logement. La commission doit « dresser le constat » de l'accessibilité du cadre bâti existant ainsi que réaliser un recensement de l'accessibilité des logements. Pour ce faire le décret n°2009-5000 impose la réalisation d'un « diagnostic de leurs conditions d'accessibilité ». Les diagnostics comprennent une « *analyse de la situation de l'établissement au regard des obligations définies par la présente sous-section et établit d'autre part à titre indicatif une estimation du coût des travaux nécessaires pour satisfaire ces obligations* » [Décret n°2009-500]. La réalisation des diagnostics est fixée au 1er janvier 2010 pour les ERP de catégories 1 et 2 ainsi que les ERP de catégories 3 et 4 appartenant à l'État et à ses établissements publics [ERP Catégorie 5]. Dès lors, l'arrêté du 1er août 2006 fixe les dispositions techniques concernant l'accessibilité des ERP neufs ou en construction. Elles s'appliquent aux établissements recevant du public et installations ouvertes au public existants. L'ensemble des parties des ERP existants de la catégorie 1 à 5 devrait être accessible avant le premier janvier 2015.

En créant un certain nombre de plans ou schémas d'aménagement et en instaurant des contraintes temporelles, les dispositions mises en place par la loi de 2005 et les décrets d'application ont pour la première fois un réel impact sur l'aménagement du territoire. Elles imposent aux différents acteurs de prendre effectivement en compte les problématiques environnementales liées aux populations déficientes. En ce sens, c'est une avancée majeure. L'ensemble des sphères du cadre de vie est pris en compte : la voirie, les espaces publics, les établissements recevant du public, les transports, le logement. L'accent a été mis sur la nécessaire continuité de la chaîne de déplacement. L'accessibilité semble alors envisagée dans sa globalité. Pourtant, une fragmentation spatiale est clairement identifiée sur le territoire, entre des micro-espaces accessibles et des environnements, des moyens de transports inaccessibles ; entre également des populations touchées par tel ou tel type de déficience. Peut-on alors considérer que le territoire est un espace mité, fragmenté, une sorte de juxtaposition spatiale d'espaces de confort et d'espaces de contraintes ?

4.1.2.2 Des actions publiques fragmentant le territoire ?

Pour être effective et efficace l'accessibilité doit faire partie intégrante des politiques publiques d'aménagement des territoires. C'est en l'insérant dans des

dispositifs techniques contraignants et dans des plans d'aménagements que les communes agiront. Dès 1975 la loi a instauré la mise en place de plan. Le décret n°78-1167 dicte la réalisation de « plan d'adaptation de la voirie ». Ainsi, les communes de plus de 5 000 habitants devront mettre en conformité leur voirie lors de la réfection de celle-ci. Dans le même esprit, les communes de plus de 10 000 habitants doivent fixer les mesures « *destinées à créer un ou des cheminements praticables desservant les principaux équipements publics ou privés de l'agglomération* » [Décret n°78-1167]. On retrouve dans ce type de dispositifs la création d'une accessibilité partielle, privilégiant des « parcours » accessibles reliant des espaces ou lieux considérés comme stratégiques. Dans une interview réalisée dans le cadre d'une émission télévisée en décembre 1977[72], René Lenoir, Secrétaire d'État à la Santé et à la Sécurité Sociale, s'exprime sur la mise en place des décrets d'application relatifs à la loi de 1975. Il évoque effectivement la mise en place de cheminements spécialement adaptés aux personnes handicapées dans le cas du transport spécialisé ou de la voirie comme une initiative intéressante à reproduire dans d'autres villes :

> *« Il reste à faire (concernant le transport) des circuits spéciaux, c'est peut être finalement moins cher, c'est ce qu'à commencer à faire une ville comme Nancy, d'autres villes dans la région parisienne….d'avoir des liaisons particulières avec des autobus adaptés qui vont des points principaux de la ville aux points où l'on travaille et où l'on ramène les gens chez eux, c'est peut être une formule à développer, elle ne peut pas être défini au niveau de l'Etat, c'est à chaque municipalité à faire un effort particulier…de même que j'indique au passage qu'une ville comme Bordeaux à aménager 7 kilomètres de trottoirs aménagés pour les handicapés au centre ville et dans un quartier où l'on peut passer dans tous les commerces où les services importants (les banques, la sécurité sociale…)…c'est effort fait par une ville peut être faire par d'autres ».*
> *Interview de René LENOIR – Secrétaire d'État à la Santé et à la Sécurité sociale*
> **Emission télévisée « C'est la vie » du 7 décembre 1977**

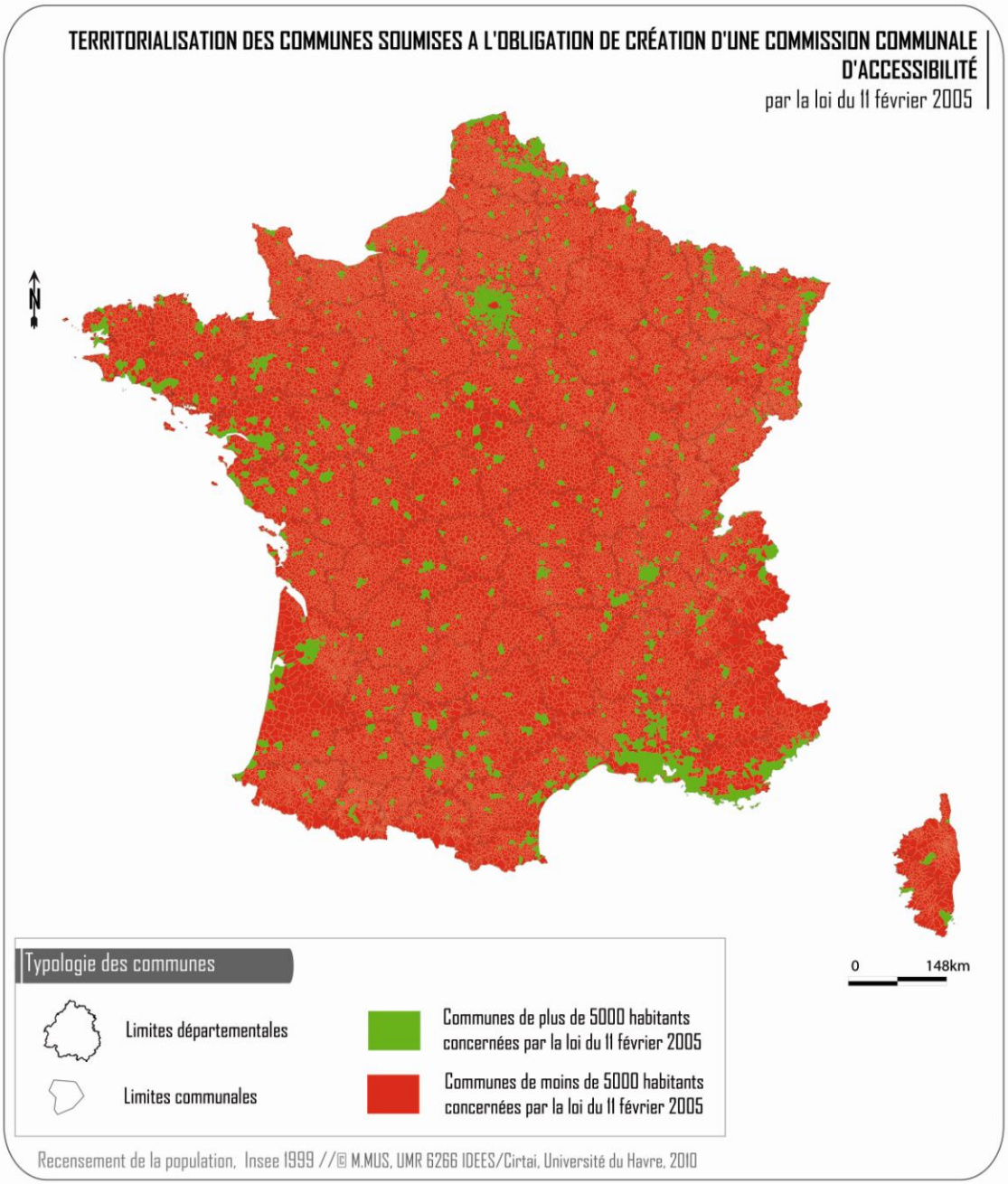
Ce discours de René Lenoir renvoie à la création d'aménagements spécialisés produisant un réseau de lieux ou d'espaces accessibles. Envisagée de cette manière l'accessibilité en faveur des « handicapés » crée des ilots d'accessibilité en orientant les lieux et les chemins accessibles devant être empruntés par les « handicapés ». Cette vision de

[72] Emission « C'est la vie » du 7 décembre 1977 – Source : INA.fr

l'accessibilité est encore actuelle et explique de nombreuses configurations urbaines existantes.
Un délai de cinq ans à dater du décret de 1978 est mentionné pour la réalisation de la conformité. D'autre part en 1975 les communes de plus de 5 000 habitants devaient réaliser un inventaire des Installations Ouvertes au Public de leur commune en indiquant la nature des travaux nécessaires pour améliorer l'accessibilité. Il y a dans ces dispositions une forme de hiérarchisation de l'action publique. Selon leur taille, les communes n'ont pas toutes les mêmes obligations. Pourtant, il y a potentiellement des populations déficientes et des populations à mobilité réduite dans tous les territoires.

L'avancée législative introduite par la loi du 11 février 2005 aussi positive soit-elle est marquée par un processus de territorialisation des politiques mises en place. Une organisation particulière du territoire apparaît, intégrant ou excluant l'accessibilité des agendas politiques.
Ce phénomène est observable en premier lieu à l'échelle nationale avec la création des commissions communales ou intercommunales d'accessibilité. Les commissions communales d'accessibilité doivent être créées dans les communes de plus de 5 000 habitants ou dans les intercommunalités. Les diagnostics de l'accessibilité des Etablissements Recevant du Public et des Installations Ouvertes au Public doivent être réalisés dans ce cadre. En conséquence, comme on peut l'observer sur la carte 4-1 ci-après [p216], une grande partie des communes du territoire national est exclue de ces prescriptions législatives si les intercommunalités ne prennent pas en charge ce dispositif. Dans la mesure où la France comprend une majorité de petites communes, de moins de 5 000 habitants, de nombreux espaces n'ont pas légalement l'obligation de faire face aux prérogatives législatives, d'où une première observation d'un territoire fragmenté laissant aux bonnes volontés le souhait d'agir ou non. D'autre part, les communes de moins de 5 000 habitants ont comme toutes les communes l'obligation de mise en accessibilité de leurs ERP d'ici à 2015. Néanmoins, elles ne sont pas soumises à l'obligation de réalisation des diagnostics accessibilité, ni à l'obligation de création d'une commission communale. Cependant, le Ministère de l'intérieur, de l'Outre-mer et des collectivités territoriales suggère que les communes de moins de 5 000 habitants ou les communes regroupées dans une structure intercommunale de moins de 5 000 habitants « *peuvent décider de créer une telle commission* ».

CARTE 4- 1


TERRITORIALISATION DES COMMUNES SOUMISES A L'OBLIGATION DE CRÉATION D'UNE COMMISSION COMMUNALE D'ACCESSIBILITÉ
par la loi du 11 février 2005
N
0
148km
Typologie des communes
Limites départementales
Limites communales
Communes de plus de 5000 habitants concernées par la loi du 11 février 2005
Communes de moins de 5000 habitants concernées par la loi du 11 février 2005
Recensement de la population, Insee 1999 //© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

Contrairement aux autres communes, le gouvernement fait appel au bon vouloir et aux bonnes volontés des communes de moins de 5 000 habitants en les mettant à l'écart d'une dynamique législative contraignante.

À l'échelle communale, la loi introduit une différence dans la réalisation et la mise en accessibilité entre les différentes catégories d'Établissements Recevant du Public Une hiérarchisation de l'action publique apparaît alors. Cette distinction introduit une différenciation des espaces accessibles au sein d'une commune. L'élaboration des diagnostics accessibilité et l'obligation d'accessibilité du patrimoine communal concerne les ERP de type[73] 1 à 4 [cf. annexe 4]. Les ERP de catégorie 5 ne sont pas soumis à l'obligation de diagnostic. Cependant, ils ont l'obligation de mise en conformité aux normes d'accessibilité en 2015. La législation opère donc une distinction entre les différentes catégories d'ERP alors même que l'objectif à atteindre est le même pour l'ensemble du patrimoine publique.

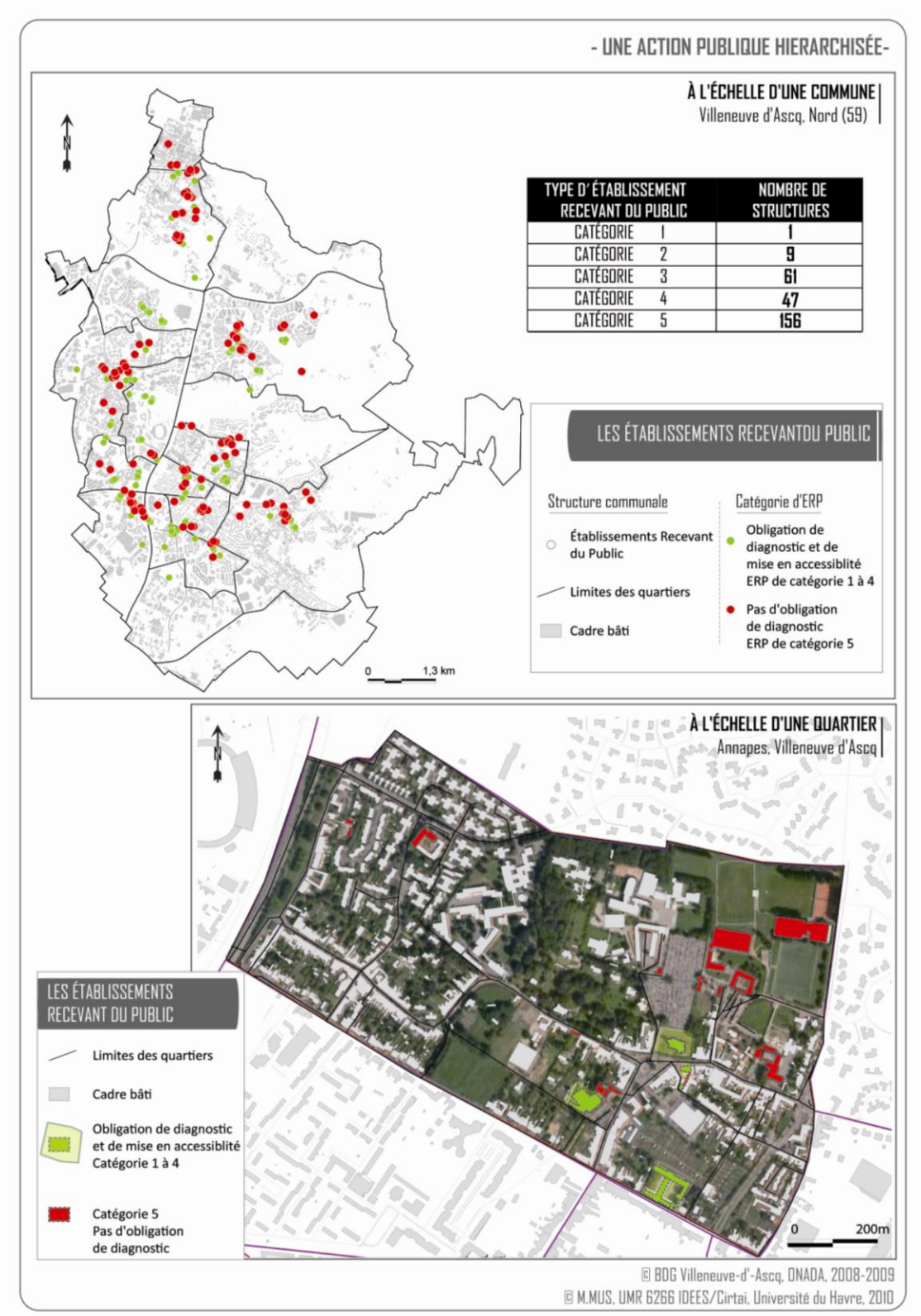
Une spatialisation à l'échelle d'une commune et à l'échelle d'un quartier met en évidence cette fragmentation et cette hiérarchisation de l'action publique en matière d'accessibilité à travers l'exemple de Villeneuve d'Ascq [cf. Encadré 4-2, p218]. Au niveau de la commune, la carte met en évidence l'exclusion de près de la moitié du patrimoine communal face aux dispositifs des « diagnostics accessibilité ». Effectivement, environ la moitié des ERP de cette commune est de catégorie 5 (156 bâtiments). Ils ne sont donc pas soumis à l'obligation de diagnostic tandis que l'autre moitié appartient aux catégories 1 à 4 (118 bâtiments). Au niveau d'un quartier, à l'exemple de celui d'Annapes à Villeneuve d'Ascq, la même distinction s'opère. La spatialisation entre les espaces bâtis de logement et les espaces publics soumis à une obligation de diagnostic ou non fait apparaître des niveaux d'exigence différents en termes d'accessibilité alors même que ces lieux appartiennent à l'espace de vie des populations.

La territorialisation hiérarchisée des dispositifs législatifs s'opère donc à plusieurs niveaux. Nous l'avons tout d'abord observée au niveau du type de communes, en termes de nombre d'habitants, puis elle intervient au niveau des catégories d'ERP. La possibilité de demander des « dérogations » dans le cas où une impossibilité technique pour mettre

[73] Il existe 5 types d'Etablissements Recevant du Public selon le nombre de personnes qu'ils peuvent accueillir

en conformité un espace public est avérée, témoigne d'un autre niveau de hiérarchisation des dispositifs législatifs.

ENCADRE 4- 2



La territorialisation hiérarchisée, en mettant en avant des types de communes ou des catégories d'ERP par rapport à d'autres, induit une gradation de l'action publique conduisant à la fragmentation de l'espace. L'action publique en faveur des populations déficientes est une *« obligation nationale »*. L'accessibilité, notamment, est un droit reconnu à ces populations. Le découpage territorial de l'espace français s'organise autour d'un maillage important (36 000 communes) où les petites unités territoriales, en termes de population, sont le plus présentes. Dans ce cas, pourquoi le droit à « l'accès à » ne serait pas applicable de la même façon sur l'ensemble du territoire ? Au sein d'une même commune, d'un même quartier, les espaces publics ne sont pas traités de la même manière. En termes de mise en conformité des espaces, il y aura des différences entre les bâtiments pour lesquels les travaux seront réalisés après un état des lieux précis du niveau d'accessibilité et ceux pour lesquels la mise en conformité aux normes d'accessibilité ne s'effectuera pas sur la base d'un diagnostic.

Cette différenciation de l'action publique intervient dans un contexte particulier en termes d'accessibilité des espaces publics. Outre la hiérarchisation observée des dispositifs mis en place, le territoire est déjà confronté à un ensemble de contradictions et d'ambigüités dans l'état actuel des aménagements en faveur des populations déficientes.

4.1.3 - L'ambigüité des aménagements urbains

Observer les aménagements urbains en faveur des populations déficientes permet de mettre en lumière des logiques contradictoires dans le développement des objectifs d'aménagement.

4.1.3.1 Des aménagements contradictoires

La réalisation des aménagements urbains vise à organiser l'espace public commun afin de permettre la cohabitation des fonctions urbaines (transports, commerces, habitat…) et des habitants. Au sein des collectivités territoriales (communes ou instances de coopération intercommunale), les services techniques sont structurés par fonction. Les services « logement », « voirie », « transport » se distinguent des services « petite-enfance », « urbanisme », « État civil » par exemple. Chargées notamment de développer les aménités urbaines, les collectivités territoriales doivent faire face à de nombreuses difficultés quant aux dispositifs techniques et normatifs à réaliser pour les populations déficientes.

L'aménagement de la ville en faveur de ces populations pose le délicat problème de l'accessibilité pour tous. « Comment aborder tous les handicaps[74]» ? Cette question fondamentale est au cœur des problématiques actuelles. Il ne s'agit plus d'avoir une approche unidimensionnelle des types de déficiences mais d'appréhender les trois grandes formes de déficiences (sensorielles, cognitives et physiques), elles-mêmes très hétérogènes. Cette difficulté renvoie à différentes problématiques : le manque de connaissances et de compétences des collectivités territoriales au sujet des différentes déficiences d'une part et la faiblesse des interactions entre les services territoriaux, du développement des projets à la réalisation concrète des aménagements d'autre part. Ces lacunes se reflètent dans la production des aménagements urbains en faveur des populations déficientes.

En observant les espaces urbains, deux configurations spatiales apparaissent dans l'élaboration de dispositifs urbains spécifiques autour de logiques discordantes. Les aménagements contradictoires apparaissent soit au niveau des objectifs d'aménagement, soit au moment de leurs réalisations techniques. Les situations suivantes mettent en évidence ces deux types de circonstances.

L'exemple des plots ou des barrières posés sur la voirie illustre les effets contradictoires d'aménagements répondant à des objectifs différents. Pour éviter le stationnement anarchique, notamment de voitures sur le trottoir, de nombreuses municipalités disposent des plots. Ce type d'aménagements [cf. Encadré 4-3, p221] répond effectivement à son objectif en évitant le stationnement de véhicules à des endroits non adaptés. Ces problèmes de stationnements anarchiques ou d'encombrement de la voirie par des poubelles ou du mobilier urbain sont récurrents dans les espaces urbains. Cela crée des difficultés pour les individus se déplaçant en fauteuil roulant ainsi que pour les personnes atteintes de déficiences visuelles si l'obstacle n'est pas repérable. Cependant, les plots réduisent souvent l'espace réglementaire d'usage de la voirie et peuvent limiter ou rendre impossible le passage des fauteuils roulants par exemple. L'implantation des plots est finalement contreproductive pour l'accessibilité à des espaces et la mobilité de certains individus.

La seconde situation met en avant des contradictions et des incohérences dans des aménagements en faveur des populations déficientes soulignant des contradictions dans

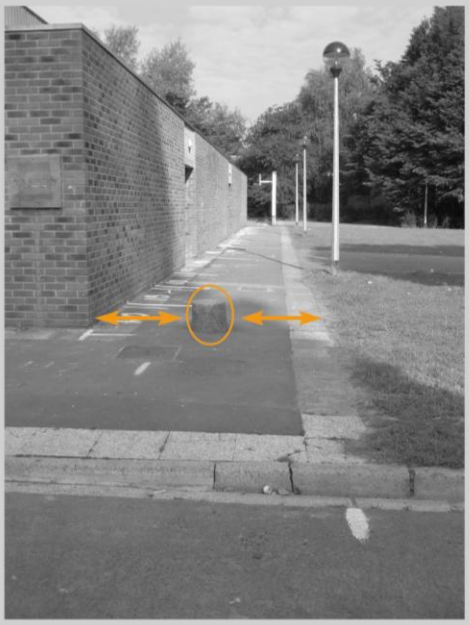
[74] Question posée lors des Journées d'échanges du 20 juin 2006 organisées par le CERTU : « *Ville accessible à tous. Comment aborder tous les handicaps ?* »

ENCADRE 4- 3

- UNE LOGIQUE D'AMÉNAGEMENT CONTRADICTOIRE -

Aménagement de la voirie
La Réunion, Saint-Pierre, 2009

Le plot situé à gauche du trottoir ainsi que le poteau du panneau de signalisation réduisent considérablement l'espace libre sur la voirie. Ils créent des obstacles et peuvent générer des situations de handicap.



Aménagement de la voirie
Villeneuve d'Ascq, 2008

Le plot est situé au centre de la voirie. Tout en rendant impossible l'accès à des véhicules devant l'entrée du bâtiment, cela réduit aussi l'espace de passage de part et d'autre du plot.

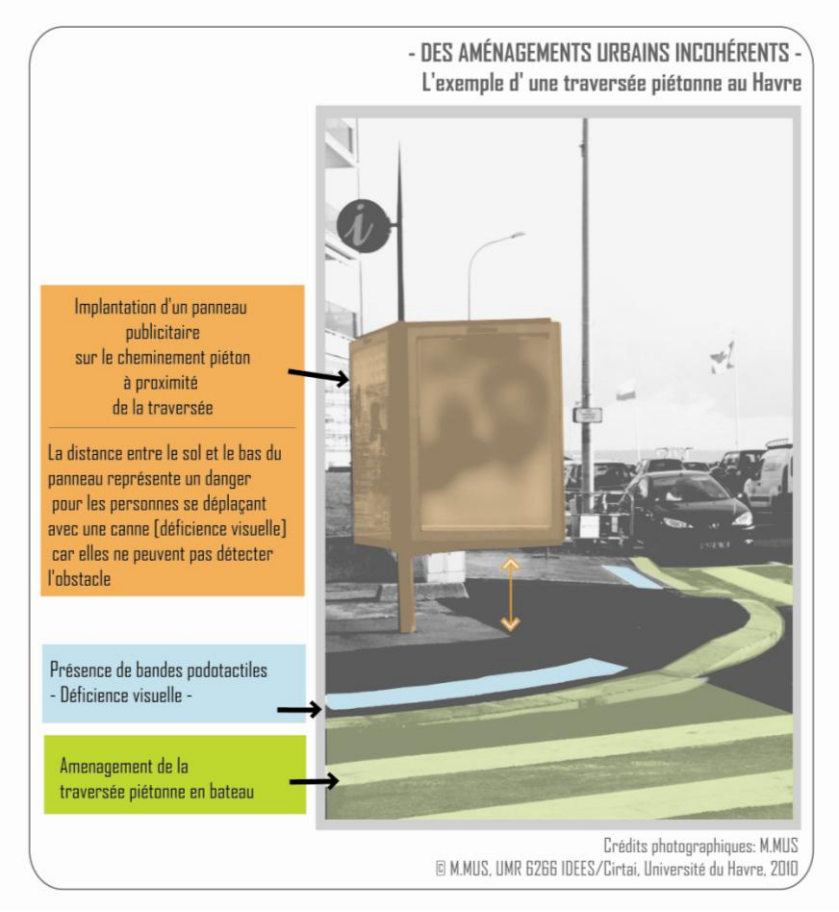
Crédits photographiques: M.MUS, 2009

© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

les objectifs d'aménagement pour les différents types de déficiences. Ainsi, pour favoriser la mobilité des populations déficientes, il est maintenant acquis pour de nombreuses municipalités d'aménager les trottoirs en bateau ou de rehausser la voirie à l'endroit de la traversée piétonne afin de « gommer » le ressaut créant un obstacle pour le passage des fauteuils roulant. Lisser l'espace en supprimant une contrainte pour une partie de la population, crée, dans ce cas, un obstacle pour les déficients visuels. Effectivement, les ressauts ou les marches donnent une indication de changement de niveau aux personnes non-voyantes et malvoyantes se déplaçant avec une canne et peuvent aussi servir de ligne de guidage. Supprimer un obstacle pour les personnes se déplaçant en fauteuil roulant faire perdre un repère important pour les personnes non-voyantes et malvoyantes si l'aménagement en bateau n'est pas couplé avec une bande d'éveil et de vigilance [BEV].

Enfin, l'élaboration technique des aménagements urbains par des services municipaux différents, sans concertation, peut aussi produire ponctuellement des effets incohérents. La photo [cf. Encadré 4-4] illustre l'aménagement en bateau des trottoirs d'un carrefour situé au Havre sur le front de mer.

ENCADRE 4- 4



La réalisation technique au niveau de la voirie correspond parfaitement aux normes d'aménagement.

Le dispositif répond donc correctement aux besoins de déplacements des personnes à mobilité réduite se déplaçant en fauteuil roulant. Pourtant, l'implantation d'un panneau publicitaire va créer un obstacle pour les personnes aveugles et même pour les personnes se déplaçant en fauteuil roulant. L'emprise du panneau sur la voirie réduit le passage. De plus, sa structure, laissant un vide entre le sol et le bas du panneau, rend impossible la

détection de cet obstacle par les individus utilisant une canne blanche. Le geste de balayement de la voirie qu'ils effectuent pour repérer les obstacles laisse alors passer la canne sous le panneau. Cela crée donc un danger, une rupture dans le déplacement.

La présence d'aménagements urbains en faveur des populations déficientes est de plus en plus conséquente et visible dans les espaces notamment urbains. Cependant, les exemples cités précédemment mettent en évidence un manque de maitrise et de réflexion au moment de la réalisation concrète des aménagements sur le territoire.

4.1.3.2 La ville mal conçue : l'absence de cohérence et de continuité

De nos jours, il devient de plus en plus commun de voir dans l'espace public des rampes d'accès, des places GIG/GIC, des toilettes adaptés où le logo « handicap » apposé sur l'objet spatial rappelle que l'espace est adapté à une catégorie d'individus spécifiques. Cependant, si la démarche d'aménagement pour les collectivités devient de plus en plus courante, le respect des normes d'aménagement prévues par la législation n'est pas si aisé. La présence de ce logo sur de nombreux aménagements révèle en premier lieu une vision institutionnelle et finalement populaire des populations déficientes effectivement stricto-centrée sur la déficience motrice et focalisée sur le fauteuil roulant. Les autres populations déficientes, sourdes, malentendantes, aveugles, malvoyantes ou déficientes mentales, ont pendant longtemps été les oubliés des aménagements urbains, comme si les seules personnes handicapées en ville étaient les personnes se déplaçant en fauteuil roulant. Pourtant, la dimension sensible de l'expérience urbaine et l'importance des compétences de mobilité suggèrent effectivement que *« la ville apparaît pleine de détails marquée par l'expérience sensorielle et émotionnelle »* [Bastos, 2001]. L'altération d'un sens tel que la vue ou l'ouïe peut donc rendre difficile la mobilité.

Outre une vision restrictive des différentes formes de déficience, de nombreux aménagements sont effectivement présents dans les espaces urbains mais parfois mal conçus. Trois exemples illustrent cette observation [cf. Encadré 4-5, p224]. Ils sont emblématiques et récurrents. Tout d'abord, l'aménagement des places GIG/GIC est parfaitement courant. Pourtant, bien souvent elles ne comportent pas toutes les normes réglementaires en matière d'aménagement. La photo ci-dessous montre que la largeur, normalement de 330 cm (au minimum) n'est pas respectée. La réalisation des bateaux sur la voirie obéit exactement à cette même logique.

ENCADRE 4- 5

- DES AMÉNAGEMENTS EXISTANT MAL CONÇUS -

Une place de stationnement réservé aux populations reconnues GIG ou GIC
La Réunion, Saint-Pierre, 2009
La place aménagée n'est pas conforme aux prescriptions réglementaires notamment en terme de largeur de la place.
La largeur minimale prévue par la réglementation est de 330 cm.

Un trottoir aménagé en "bateau"
Le Havre, 2009

Plan incliné devant une PMI,
Villeneuve d'Ascq, 2009

Le plan incliné présente une pente de 9% de dénivellation.
Sur une longueur de moins de 2 mètres, la dénivellation tolérée doit être comprise entre 5 et 8%.

L'aménagement de la voirie, bien que réalisé avec un abaissement de trottoir, présente une pente et un dévers. Cela rend difficilement praticable le chemin par des personnes se déplaçant en fauteuil roulant.

Crédits photographiques: M.MUS // © M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

Ce sont des aménagements maintenant très courants. Pourtant, nombre d'entre eux ne facilite pas pour autant l'accès au trottoir, notamment quand la pente créée par le bateau ou la structure du trottoir est trop importante. C'est le cas présenté sur la photo : les bateaux réalisés présentent un devers et une pente ne respectant pas les normes de conceptions de la voirie. Enfin, l'exemple des plans inclinés s'inscrit dans le groupe des aménagements présents mais souvent mal conçus. Il apparaît régulièrement une dénivellation supérieure à la norme prévue selon la longueur de la pente.
Cela suggère que la démarche d'aménagement envers les populations déficientes est engagée mais la réalisation concrète révèle des difficultés et apparait contre-productive. Les différentes problématiques dans les aménagements ne permettent pas un usage efficient des espaces publics par les populations concernées.

Enfin, la continuité des aménagements pose un problème majeur de cohérence que cela soit à l'échelle d'un bâtiment ou à l'échelle de la ville. La chaîne de déplacement est l'élément clé permettant la cohérence de l'aménagement des espaces publics. Pourtant, il n'est pas rare de trouver un « bateau » pour que les fauteuils roulants puissent monter sur un trottoir mais de ne pas pouvoir en descendre si aucun aménagement n'a été prévu à l'autre bout de la voirie considérée.
Le développement de la législation en faveur des populations déficientes et la prise en compte de plus en plus importante dans l'aménagement des espaces publics ne peuvent pas apparaître cohérents et efficients si l'approche n'est pas globale. Un établissement public peut être accessible mais si aucun réseau de transport en commun adapté ne relie les lieux entre eux, l'établissement n'est alors pas intégré dans un environnement de cohérence globale accessible et donc pertinent.

Ces exemples peuvent sembler caricaturaux, ils sont pourtant encore nombreux. C'est la traduction spatiale des difficultés auxquelles les collectivités territoriales et les usagers de l'espace public ont à faire face. Ils démontrent aussi une certaine difficulté de la société à s'engager dans une démarche cohérente d'aménagement des espaces publics.

4.1.4 - Quelles sont les populations concernées ?

Qui est concerné par des difficultés quotidiennes de mobilité et quelles formes de problèmes rencontrent ces populations touchées ?

4.1.4.1 Les difficultés de déplacements en chiffres

Les exemples précédents mettent en relief les difficultés des espaces urbains à s'adapter aux normes en vigueur pour l'accessibilité territoriale aux populations déficientes. La palette des populations déficientes et des personnes à mobilité réduite recouvre une large part de la population. Les enquêtes menées par l'Insee [Insee « Conditions de vie » en 1987, et « Enquête décennale Santé » en 1991] n'ont jamais été réellement concluantes pour avoir une idée précise des populations concernées. Cela tient en partie aux évolutions dans les définitions et les conceptions théoriques du handicap et des personnes handicapées. Dorénavant, la question n'est plus de se demander qui est atteint de déficiences, mais plutôt quelle proportion de la population est touchée par une inadéquation entre ses capacités physiques et son environnement quotidien ou au moins par une gêne dans leurs déplacements et leurs mobilités ?

L'approche « *des difficultés à se déplacer et des problèmes d'accessibilité* » permise par l'enquête Handicaps- Incapacités-Dépendance[75] permet de prendre la mesure quantitative du phénomène à l'échelle française. De manière générale, l'étude révèle que 5 508 000 individus de plus de 20 ans éprouvent des difficultés à se déplacer seul à l'extérieur de leur lieu de vie qu'ils vivent en institution ou à domicile. Cela représente 11,7% de la population française de plus de 20 ans, soit un peu plus d'un adulte sur dix [cf. Encadré 4-6, p227]**.** Dans le cadre des déplacements entre la rue et le lieu de vie, 2,35 % des adultes éprouvent des difficultés soit environ un million de personnes. Enfin, 1,84% des adultes de plus de 20 ans éprouvent des difficultés à se déplacer au sein même de leur logement. Une large partie de la population française âgée de plus de 20 ans et vivant en domicile ordinaire fait face au quotidien a des difficultés de mobilité.

Cependant, redistribué par tranche d'âge et par type de lieu de vie, il apparaît que le facteur « vieillesse » joue un rôle important dans les difficultés de déplacement.

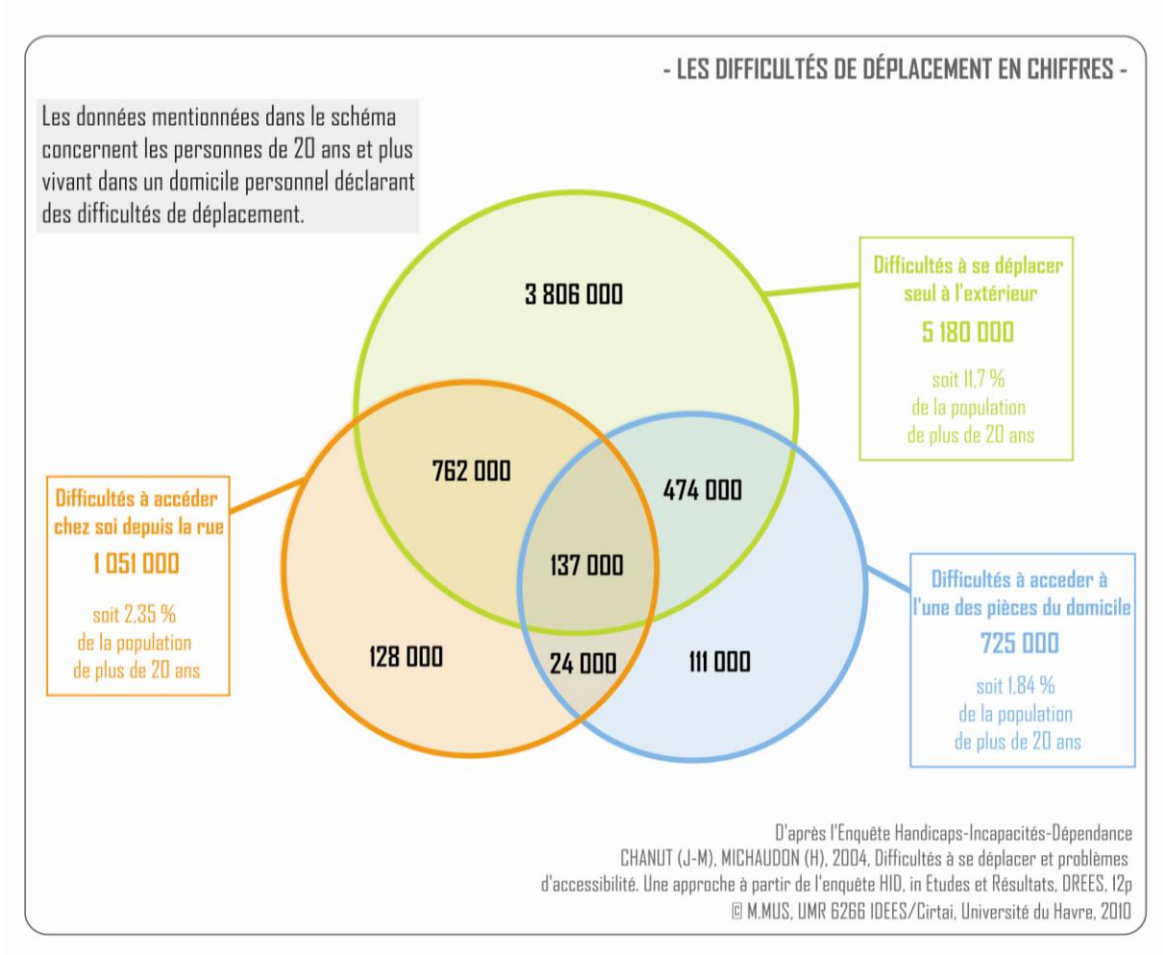
---

[75] L'enquête « HID » a été lancée en 1998. C'est la première enquête sur les personnes atteintes de déficiences d'envergure nationale. Cette enquête est chargée de combler le retard de la France en matière de mesure du handicap et de prendre une mesure des problématiques liées aux populations déficientes. Elle a été conduite dans trois milieux : le milieu ordinaire (celui des personnes vivant à domicile), les institutions spécialisées et le monde carcéral. L'enquête HID recouvre donc un ensemble d'enquêtes de trois types :

- l'enquête auprès des personnes handicapées en institution conduite avec un premier passage en 1998 et un second en 2000
- l'enquête auprès des ménages, qui a été précédée d'une phase de filtrage réalisée en 1999 (questionnaire Vie Quotidienne et Santé) et suivie d'un premier passage en 1999 et un second en 2001
- l'enquête auprès de la population handicapée en milieu carcéral, réalisée en 2001

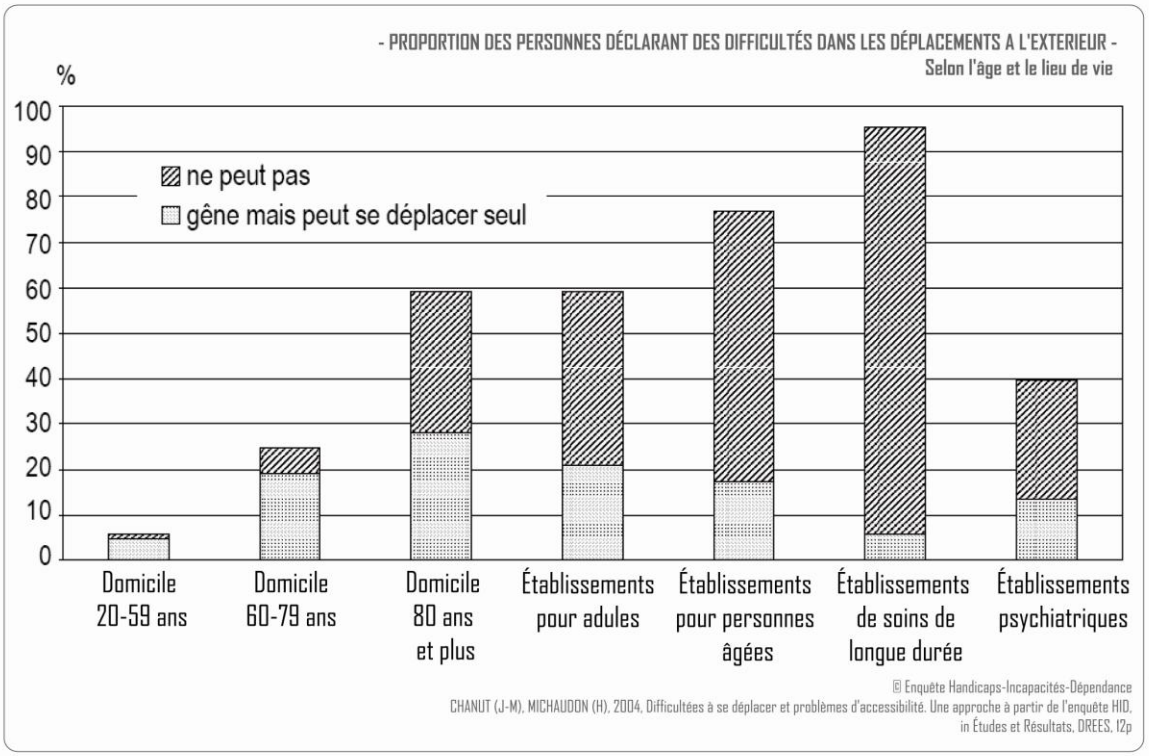
Source : [Institut Fédératif de Recherche sur le Handicap]

ENCADRE 4- 6


- LES DIFFICULTÉS DE DÉPLACEMENT EN CHIFFRES -
Les données mentionnées dans le schéma concernent les personnes de 20 ans et plus vivant dans un domicile personnel déclarant des difficultés de déplacement.
3 806 000
762 000
474 000
137 000
128 000
24 000
111 000
Difficultés à se déplacer seul à l'extérieur
5 180 000
soit 11,7 % de la population de plus de 20 ans
Difficultés à accéder chez soi depuis la rue
1 051 000
soit 2,35 % de la population de plus de 20 ans
Difficultés à acceder à l'une des pièces du domicile
725 000
soit 1,84 % de la population de plus de 20 ans
D'après l'Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance
CHANUT (J-M), MICHAUDON (H), 2004, Difficultés à se déplacer et problèmes d'accessibilité. Une approche à partir de l'enquête HID, in Etudes et Résultats, DREES, 12p
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

Comme le montre le graphique 4-1 ci-dessous [Graphique 4-1] ce sont chez les personnes de 80 ans et plus vivant à domicile et dans les établissements pour personnes dépendantes (de façon générale, les établissements pour adultes, pour personnes âgées, de soins de longue durée) que la proportion des personnes déclarant une impossibilité ou une gêne pour se déplacer à l'extérieur est importante. La proportion des personnes n'étant pas en mesure de se déplacer seule est plus importante que celle éprouvant une gêne n'empêchant pas de se déplacer seule.

GRAPHIQUE 4- 1



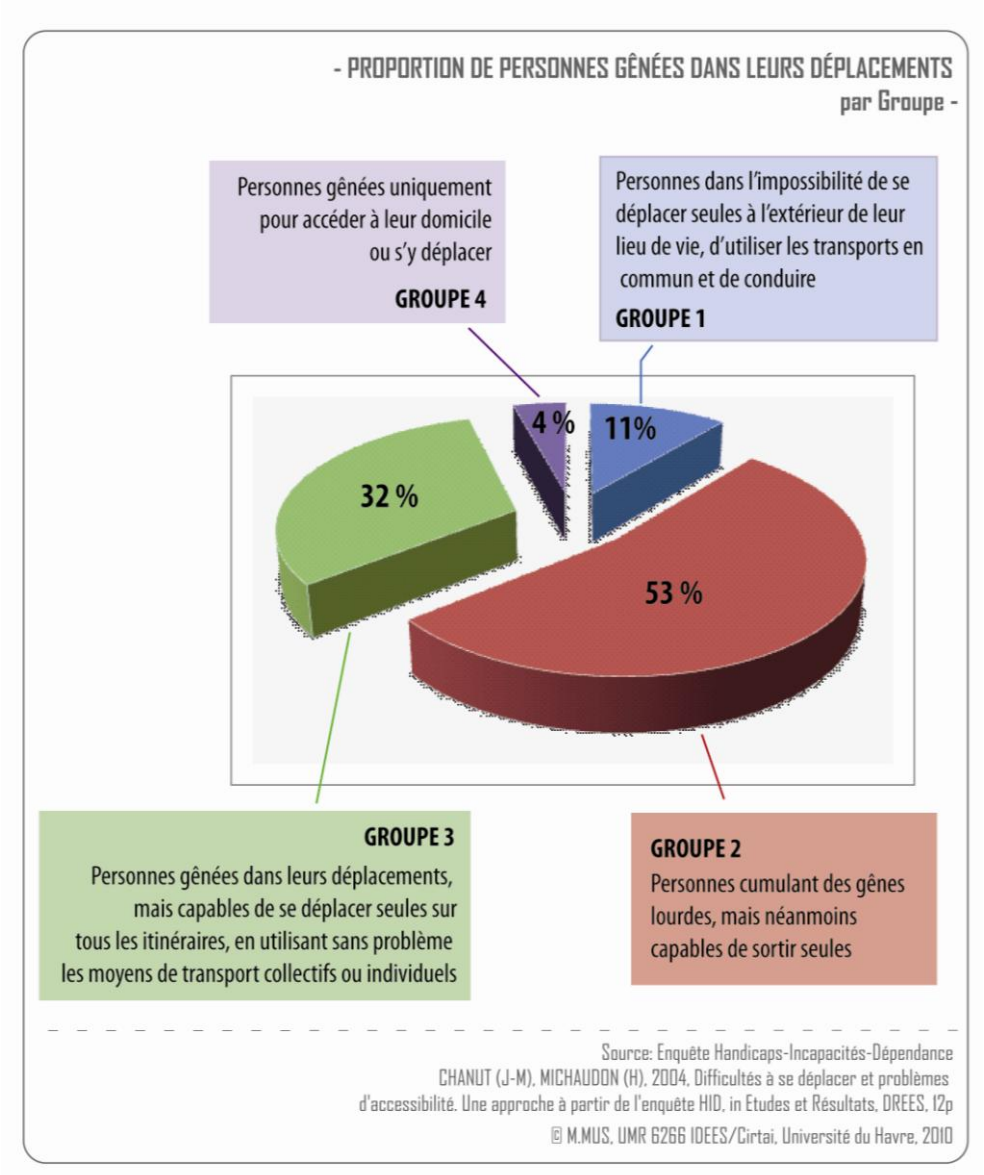
Manifestement, selon les propos de J-M Chanut et H.Michaudon, le groupe des personnes ne pouvant se déplacer seules en dehors de leur logement ou de leur institution « *est assez homogène* » [Chanut, Michaudon, 2004]. Il regroupe notamment de nombreuses personnes ayant un taux d'incapacité ou d'invalidité reconnu par une instance administrative.

Au terme de leur approche statistique sur les problèmes de mobilité et d'accessibilité, J-M Chanut et H. Michaudon élaborent une typologie des populations gênées dans leurs déplacements.

4.1.4.2 La nature des populations concernées par des problèmes de mobilité

La typologie effectuée donne une idée assez convaincante de la population susceptible d'être en situation de handicap et de ses caractéristiques. Quatre groupes de personnes [cf. Graphique 4-2 ci-dessous] sont alors distingués, selon les restrictions plus ou moins lourdes dans leur mobilité et selon des caractéristiques liées à l'âge.

GRAPHIQUE 4- 2



Ainsi, parmi les 5 millions de personnes de plus de 20 ans gênées dans leur déplacement, 11 % d'entre elles sont dans l'incapacité de se déplacer seules à l'extérieur de leur lieu de vie (groupe 1), ne peuvent conduire ni utiliser les transports en commun tandis que 53 % soit la moitié de la population de plus de 20 ans ayant déclaré des problèmes de déplacement dans leur quotidien, peuvent sortir seules malgré des difficultés assez lourdes (groupe 2). Un tiers de la population étudiée (groupe 3) est gêné dans leur

déplacement. Les individus appartenant au groupe 3, peuvent cependant sortir seules et utiliser les moyens de transports collectifs ou individuels. Enfin, 4% de la population identifiée dans le groupe 4 doivent faire face à des difficultés pour accéder à leur domicile depuis la rue ainsi que pour se déplacer à l'intérieur de celui-ci.

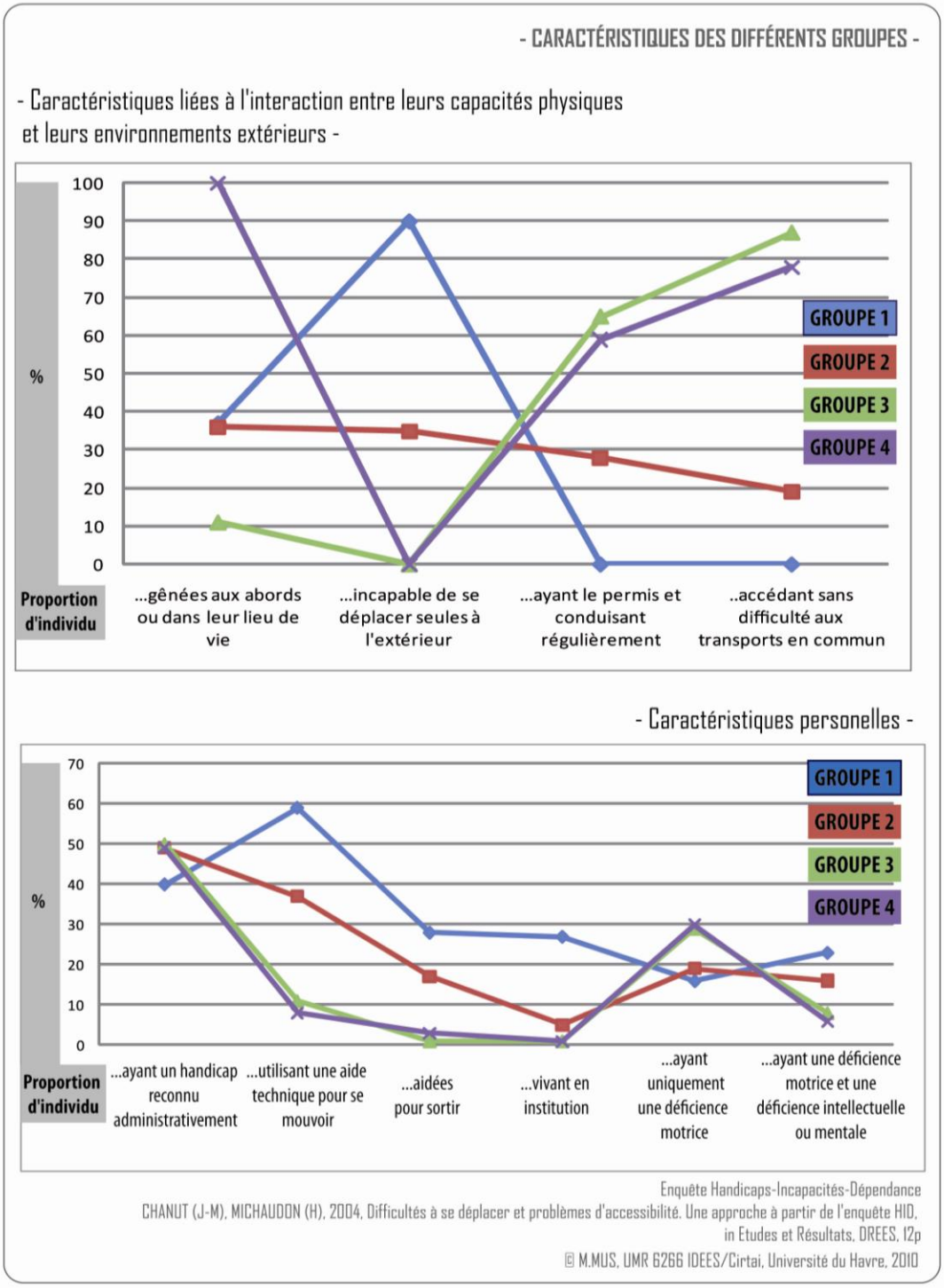
Plus précisément, les courbes de situation [cf. Graphique 4-3, p231] selon la nature des difficultés de déplacement par groupe et selon les caractéristiques personnelles des individus permettent d'avoir une vision encore plus fine des difficultés auxquelles la population française doit faire face.

Le Groupe 1 comprend une grande majorité de personnes âgées (plus de 80 ans). Les courbes du graphique souligne qu'un tiers d'entre elles vit dans des institutions et est aidé pour sortir. Elles sont incapables de se déplacer seules à l'extérieur et n'ont plus les capacités ni l'autonomie suffisantes pour conduire ou emprunter les transports en commun. 40% des individus appartenant à ce groupe ont un handicap reconnu administrativement et plus de la moitié (60%) ont besoin d'une aide technique pour se déplacer.

Le Groupe 2 rassemble plus de trois millions d'individus. Le quart des personnes a plus de 80 ans. La moitié des individus de ce groupe peut se déplacer seuls et 20% peuvent conduire ou emprunter les transports en commun. La moitié a un handicap reconnu par les instances administratives compétentes [CNSA, ex COTOREP]. Moins de 40% ont besoin d'une aide technique pour sortir et moins de 20% sont aidés pour sortir. La grande majorité des individus appartenant à ce groupe vit à domicile. « *L'ensemble de ces caractéristiques semble indiquer que ce groupe est constitué pour une bonne part de personnes avançant en âge, pour lesquelles les difficultés, bien qu'entraînant de fortes limitations, restent néanmoins encore compatibles avec le maintien à domicile* [Chanut, Michaudon, 2004].

Pour finir, les Groupes 3 et 4 présentent des courbes relativement congruentes. Elles sont relativement superposées et présentent donc quasiment les mêmes caractéristiques au niveau des populations concernées. Le million de personnes appartenant au groupe 3 exprime pour seulement un dixième d'entre elles des difficultés à se déplacer autour de leur lieu de vie. Alors que la totalité du groupe 4 est concernée. Elles sont cependant capables de se déplacer seules, utilisent peu d'aides techniques, (seulement 10% d'entre elles). Plus de la moitié utilise les transports en commun ou conduise un véhicule.

GRAPHIQUE 4- 3



Selon les auteurs, ce sont dans ces groupes qu'on retrouve la proportion de personnes mono-déficientes la plus importante par rapport aux autres groupes. Cela suggère que l'adéquation entre leurs capacités physiques et l'environnement génère, semble-t-il, peu de situations de handicap, sauf dans le cas du groupe 4 qui exprime des difficultés principalement liées au lieu de vie. Cela sous-entend une inadaptation de leurs logements ou de ses abords. Tout du moins ils ont la possibilité de se déplacer seuls à l'extérieur et même d'accéder aux transports en commun. Néanmoins la typologie précise que même si les individus de ce groupe déclarent une déficience, ils n'ont cependant pas besoin d'aides techniques (moins de 10%) pour se déplacer. Leurs capacités physiques et sensorielles, malgré la déficience permettent un certain degré d'autonomie.

Cette typologie extraite des travaux de la Drees ouvre de nouvelles perspectives sur les déficiences et la mobilité en permettant d'avoir une vision plus précise des populations concernées en termes démographiques mais aussi au sujet de la nature même des difficultés rencontrées au quotidien dans leurs déplacements. Les difficultés de mobilité touchent un panel important de personnes et révèlent des situations très diversifiées. Il est déterminant d'appréhender la nature des difficultés pour mener des politiques publiques cohérentes. Pourtant, la mise en évidence des lacunes législatives, l'imprécision des populations concernées et de l'approche de l'accessibilité ont jusqu'à maintenant rendu difficile une action cohérente et globale de l'aménagement du territoire. Les contradictions, ambigüités, discontinuités territoriales sont des figures courantes de l'aménagement du territoire en faveur des populations déficientes à l'opposé du discours politique idéal d'intégration. L'espace de « l'accessibilité » est fragmenté, ponctuel, presqu'insulaire. Cette dimension spatiale est amplifiée par la hiérarchisation de l'action publique et met en évidence l'idée d'aménagement du territoire comme lieu de contradiction. Cependant, outre l'aménagement du territoire, un regard sur les lieux d'accueil spécialisé (lieux de vie ou d'activités pour certaines personnes atteintes déficiences) offre un regard précis sur des lieux particuliers présent sur les territoires. Ces lieux ouvrent de nouveau le débat sur les contradictions territoriales en interrogeant les notions de proximité souhaitées entre les populations et de distance pourtant crée par les choix d'implantation géographique de ces structures. Sommes-nous face à d'autres lieux de contradictions ?

4.2 – ENTRE DISTANCE ET PROXIMITÉ : LES STRUCTURES D'ACCUEIL SPECIALISÉ

Dans le monde du handicap, un des débats les plus importants, recouvrant une dimension géographique forte, est celui des services spécialisés et de la place des populations déficientes dans l'espace commun. Stiker s'interroge à ce sujet « *faut-il, et jusqu'à quel point, tendre à ce que les personnes dénommées handicapées vivent intégralement parmi et avec les autres et donc tendre à la disparition progressive des institutions à part ?* » [Stiker, 2009]. Cette question dépasse l'unique débat des structures d'accueil spécialisé. Elle s'opère aussi dans le domaine de l'éducation, des transports par exemple : faut-il favoriser le développement et l'aménagement des transports en commun ou offrir un service de transport adapté à la demande ? Ces interrogations soulèvent un débat de société quant à notre capacité collective à accepter et intégrer l'autre dans les espaces communs. D'un point de vue territorial l'interrogation de H.J Stiker soulève précisément une tension contradictoire entre une proximité sous-entendue par les développements législatifs et la mise à distance des populations déficientes par leur difficile intégration dans les espaces publics.

D'autres interrogations apparaissent alors, notamment sur l'organisation des structures d'accueil et les représentations associées à ces structures. Qui protège-t-on, de qui ? Les populations déficientes sont-elles davantage protégées de la société et de ses difficultés en ayant accès à des espaces adaptés et spécialisés à leurs besoins ? Ou alors protège-t-on la société de ces populations paraissant si difficiles à inclure ?Au regard du dessin géo-historique tracé précédemment, la question peut paraître d'un autre âge. Pourtant, l'approche spatiale à différentes échelles territoriales de l'implantation géographique des structures d'accueil spécialisé pour adultes handicapés, laisse apparaître un questionnement ni impertinent ni décalé dans le temps.

4.2.1 - La place des structures d'accueil : une question de société ?

S'intéresser aux structures d'accueil spécialisé à travers la dimension spatiale de leur implantation soulève une question de société plus large mettant en lumière l'existence d'une contradiction entre les efforts d'intégration réalisés par la société et une volonté sociale et politique, peut-être inconsciente, de se protéger : entre proximité et mise à distance.

4.2.1.1 Le jeu de la distance et de la proximité

Dans son ouvrage récent sur « *Les métamorphoses du handicap* », H-J Stiker retrace l'histoire récente des populations déficientes. Il place les problématiques contemporaines liées aux handicaps dans la dialectique d'une tension entre distance et proximité. Cette approche renvoie notamment à la question des structures d'accueil spécialisé mais touche aussi à celle plus large des services spécialisés à la personne tels que les transports à la demande, l'accès à l'éducation par exemple. Pour H-J Stiker, le jeu de la distance et de la proximité traduit une ambivalence, des contradictions dans les comportements humains plus qu'un strict fossé entre deux mondes ou une dichotomie brute et sans nuance. Ce jeu prend racine dans *« l'ambivalence entre un désir de protection et un désir d'éloignement »* [Stiker, 2009]. L'ambivalence anthropologique soulevée par J-H Stiker recouvre et soulève une forte dimension spatiale. Intrinsèquement, la distance et la proximité évoque un degré de séparation ou de contigüité, d'éloignement ou de rapprochement entre des entités distinctes. Ces deux notions se situent *« au cœur de toute conception de l'espace »* [Lussault, 2003], même s'il ne s'agit pas uniquement d'évoquer des structures matérielles et physiques. Concernant les populations déficientes, la dichotomie « distance/proximité » renvoie en premier lieu à l'idée de « place ». Quelle place la société fait-elle aux populations déficientes dans l'espace commun ?

Au niveau politique, le jeu de la distance et de la proximité est mis en lumière par l'existence d'un double système éthique concernant le « traitement » des populations déficientes. Ce processus prend essentiellement racine dans la tension entre la prégnance des valeurs républicaines (non discriminatoires) et la nécessité de produire des systèmes compensatoires catégorisant la population (discrimination positive). La difficulté réside dans l'hésitation entre un traitement égalitaire ou différentiel : *« d'un côté on invite à faire « comme si » l'autre était comme les autres, sans différence, et d'un autre côté, on finit par faire de la différence la raison majeure d'un traitement compensatoire, qui permet en fin de compte, de faire bénéficier d'un avantage supplémentaire, auquel chacun ne pourrait pas prétendre spontanément. Bref, la politique et l'éthique face aux handicapés restent confrontées à une disjonction de principes, généralement dissimulée »* [Wunenburger, 2007]. Les principes de discrimination, qu'elle soit positive ou négative, en catégorisant et spécialisant une population, séparent les individus et les situations. Ils

produisent une distance entre eux. Alors qu'un traitement commun et égalitaire sous-entend une mise en commun, et par la même une forme de proximité.
La complexité face à laquelle la société se trouve pour traiter strictement différemment ou égalitairement les populations déficientes s'observe aussi dans la place qui leur est accordée dans les espaces publics. La législation en vigueur impose un processus de mise en accessibilité des espaces publics. Pourtant, en observant simplement les aménagements urbains, un certain nombre de difficultés, d'ambigüités, de contradictions ont été relevées. En rendant accessible la voirie, les systèmes de transports, les établissements recevant du public, les espaces scolaires, la volonté politique est bien d'induire le rapprochement des populations. En leur permettant de cohabiter et d'être usager des mêmes espaces, la proximité se crée. Or, la mise à distance perdure par la difficulté à appliquer les principes législatifs.

D'une manière symbolique, les marqueurs de cette tension entre une mise à distance, (souvent inconsciente) et la proximité (politiquement correcte) est observable dans les espaces urbains [cf. Encadré 4-7, p236]. Cette ambiguïté est visible dans ces quelques exemples. Un accès est prévu pour les personnes se déplaçant en fauteuil roulant. Un espace leur est dédié. Elles sont matériellement incluses. Une place leur est faite, le panneau indique leur présence. Ostensiblement apposés dans de nombreux lieux publics, ils expriment presque un « bienvenue », « vous êtes acceptés ici ». Pourtant, la « flèche » indique aussi un chemin à suivre. N'est-elle pas le reflet d'une mise à distance symbolique ? Et ce chemin, est en marge de celui emprunté par les valides. Le palais de justice, l'école, le square, proposent des entrées secondaires éloignées de l'entrée principale. Dans ce cas, la mise à distance, n'est-elle pas de nouveau reproduite ?

Enfin, pour revenir aux interrogations de J-H Stiker, les démarches politiques engagées en faveur des populations déficientes opposent deux mondes, celui de l'intégration dans un milieu de vie ordinaire, et celui des espaces et des services spécialisés répondant à des besoins spécifiques. Il ne s'agit pas de faire un choix entre ces deux mondes. Ils cohabitent et répondent tout deux à des projets de vie et des besoins différents. Néanmoins, porter un regard sur les structures d'accueil spécialisé n'est pas sans réveiller les vieux démons de l'enfermement, symbole extrême de la mise à distance.

ENCADRE 4- 7

- DIRIGER LES POPULATIONS DÉFICIENTES DANS L'ESPACE ?-

Le Havre,
Square Saint-Roch
mai 2009

Étretat,
mai 2009

Crédits photographiques: M.MUS, 2010

© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

4.2.1.2 L'enfermement remis en question ?

L'enfermement peut concerner chacun d'entre nous à un moment donné de la vie. Qu'il soit choisi ou subi, qu'on en soit conscient ou non, l'enfermement met à l'écart. Par un processus de mise à distance, l'enfermement a donc de profondes implications socio-spatiales. Le « *locked-in syndrome* » représente une figure extrême de l'enfermement : un être humain se retrouve coincé dans son corps sans possibilité de se mouvoir ni même de communiquer. C'est l'objet de l'ouvrage de J.D Bauby, « *Le scaphandre et le papillon* » reprenant parfaitement la dialectique de l'enfermement entre la liberté évocatrice du papillon et l'emprisonnement à l'extrême d'un corps dans un scaphandre. Il évoque alors avec force l'idée que l'enfermement ne suffit pas à priver un homme de liberté et inversement. Peut-on penser qu'il en est de même pour les populations handicapées ? A travers les engagements législatifs et gouvernementaux les populations déficientes devraient être plus visibles et socialement intégrées. Intégrer la différence physique consiste également à concevoir des établissements au cœur des cités, ouverts et visibles. L'exemple révélateur des structures d'accueil spécialisé, espaces de concentration des populations déficientes répond-il à cette logique législative d'inclusion sociale ?

La localisation à différentes échelles du territoire des centres d'accueil spécialisé témoigne néanmoins d'une dichotomie entre volonté politique et réalité de l'intégration sociale. Cette situation ne révèlerait-elle pas les tensions entre les pouvoirs publics et la condition réelle des personnes en situation de handicap dans l'espace urbain ? N'y aurait-il pas non plus, à travers ce processus, une manifestation spatiale des peurs et représentations inavouées s'articulant autour de la question de l'intégration de la différence physique dans la cité ?

Comme le souligne Ph. Combessie les espaces clos ou les espaces d'enfermement ont souvent été étudiés en tant qu'objets singuliers dans leur dynamique strictement interne. Pourtant, les espaces clos tels que les prisons, les asiles, les « gated communities » ne sont pas des lieux hors du monde tels que les travaux sur les espaces totalitaires de Goffman le suggèrent. La frontière, la barrière ou les clôtures ne suffisent pas à rendre un espace strictement hermétique. Dans son approche du monde carcéral Ph. Combessie démontre que le lieu « prison » est effectivement perméable et inscrit son existence dans un va-et-vient constant entre le dehors et le dedans. Sans nier l'importance du rôle de l'environnement dans la dynamique d'un espace clos, il apparaît judicieux de distinguer,

pour cette approche géographique, deux dynamiques structurant la constitution des espaces d'enfermement. L'enfermement structurel, lié à l'essence même d'un lieu ou d'un espace, et l'enfermement contextuel, lié à sa situation, au sens propre de l'approche géographique.

L'enfermement dans son sens le plus courant fait référence à une situation qui naît de la production d'espaces clos mettant à l'écart une population soit dans un « monde à part », comme le monde carcéral, soit une mise à l'écart des autres pour se retrouver « entre-soi », comme le souligne le développement des *gated communities*. C'est la structure même de l'espace et sa fonction énoncée de « mise à l'écart » qui en fait sa spécificité. Dans ce sens, l'enfermement fait appel à des éléments visibles et tangibles par la mise en place d'éléments structurels à l'exemple des barrières, des frontières. Ces lieux fermés ont donc une existence sociale clairement déterminée et avouée. Contrairement aux asiles ou aux prisons, espaces volontairement clos, les structures d'accueil pour les personnes déficientes ne sont pas destinées à « enfermer » des individus. Par définition, « lieu d'accueil », les structures pour les personnes déficientes concentrent un ensemble de services médicaux et sociaux liés à différents niveaux de dépendance afin d'offrir un cadre de vie adapté. L'enfermement peut alors naître d'une mise à l'écart, d'une marginalisation indirecte, touchant une population ou un individu. Il ne fait pas appel à une situation choisie et déterminée au départ mais résulte d'un processus de production de la mise à l'écart. L'enfermement n'a alors pas d'existence sociale ni spatiale clairement établie. Il n'y a pas d'élément structurant institutionnalisé et identifié visant effectivement à l'enfermement. C'est précisément ce que nous allons démontrer dans le cas des structures d'accueil pour les personnes déficientes. Comment des lieux destinés à offrir un cadre de vie peuvent produire de l'enfermement ? Cela nous amènera à penser que les structures d'accueil spécialisées sont victimes d'un enfermement inavoué résultant d'un ensemble de processus spatiaux, sociaux et historiques produisant indirectement la situation actuelle.

4.2.2 - L'accueil des populations déficientes dans les structures d'accueil spécialisé vu par la presse quotidienne

Les articles de journaux offrent un regard sur l'actualité quotidienne d'un territoire. Ils exposent des faits, tout en reprenant parfois la parole d'acteurs impliqués. Ils traduisent le

regard que des individus ou des groupes d'individus portent sur un sujet. Ils sont donc un reflet des actualités mais aussi de représentations sociales.

4.2.2.1 Approche méthodologique

Pour aborder le thème des structures d'accueil spécialisé, une analyse d'environ quatre-vingts articles de journaux a été entreprise. L'objectif est de constituer un panel d'articles évoquant l'ouverture ou la création d'un centre d'accueil pour personnes handicapées. Un ensemble d'articles de journaux locaux a donc été réunis. Ils sont extraits d'une base de données documentaires d'information générale[76] proposant un accès aux textes intégraux des articles, notamment de la presse quotidienne française.

Le sujet principal traité dans les articles retenus concerne l'ouverture d'un centre d'accueil spécialisé pour des personnes déficientes. Dans la base de données, une requête a été lancée à l'aide de mots-clés[77] pour sélectionner les articles les plus pertinents. Quatre-vingts articles, parus entre 2006 et 2009 ont répondu à la requête de façon pertinente. Sur l'ensemble de l'échantillon, soixante-quinze articles concernent directement l'ouverture d'une nouvelle structure d'accueil pour des « personnes handicapées ». Il s'agit dès lors d'observer quel angle d'approche est emprunté par le journaliste pour traiter cette actualité. Quels sont les thèmes abordés et développés? L'objectif, à travers ce panel d'articles, est de mettre en lumière les grandes problématiques territoriales auxquelles les structures spécialisées dans l'accueil des populations déficientes ont à faire face. Cinq articles traitent de l'ouverture de centre d'accueil pour les SDF, des demandeurs d'asiles, des jeunes en difficultés. Ils ont été conservés dans le panel et analysés. Une référence aux « personnes handicapées » est tout de même présente. Il a semblé intéressant de voir quel lien était fait entre ces différentes populations. Y-a-t-il des problématiques communes ?

Chaque article a été lu à l'aide d'une grille de lecture axée sur trois problématiques. En premier lieu, il s'agit de déterminer quelles populations sont concernées par l'ouverture de la structure. Puis de relever quels arguments expliquent l'ouverture d'un centre d'accueil sur le territoire concerné. Enfin, toutes les références renvoyant à des enjeux spatiaux ont été relevées. Cela doit permettre de prendre conscience des grandes problématiques liées à l'ouverture des structures d'accueil sur les territoires et des

[76] La base de données est Factiva [www.factiva.com]
[77] Mots-clés utilisés : structure accueil, centre accueil, ouverture, création, personnes handicapées

réactions des populations locales face à l'implantation sur leur territoire d'une structure accueillant des personnes atteintes de déficiences physiques, mentales, ou sensorielles.

4.2.2.2 Les problématiques nationales : le manque de structures d'accueil

A l'échelle nationale, le développement de l'accueil des populations déficientes par le biais de structures adaptées relève autant de promesses électorales [Grand chantier du quinquennat de Jacques Chirac] que législatives [loi du 11 février 2005]. Sur les 80 articles du panel, 32 articles ont été écrit pour évoquer un projet d'implantation d'une structure d'accueil, 8 pendant que la structure était en construction, 33 articles évoquent la réalisation d'une structure qui ouvre ses portes et 7 expliquent l'évolution ou l'extension de centres d'accueil [cf. Tableau 4-4]. Selon ces différentes situations, comment l'information est-elle traitée ? Quels sujets sont mis en évidence ? Que nous apprennent-ils de la situation actuelle des structures d'accueil spécialisées sur le territoire français ?

TABLEAU 4- 4

- SITUATION DE LA STRUCTURE
au moment de la parution de l'article -

Situation de la structure	Nombre d'articles concernés
En projet	32
En cours de construction	8
Réalisé	33
Evolution	7
Total	80

Articles de presses d'information générale parus entre 2006 -2009
Extrait de la base de données Factiva
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

Ce panel d'articles permet de mettre en lumière les problématiques générales concernant l'accueil des populations déficientes, chacun évoque les raisons de l'ouverture ou de la création d'une nouvelle structure spécialisée. Notons en premier lieu que 18% des articles ont un caractère strictement informatif. Descriptifs et factuels, ils précisent l'existence d'un projet ou l'ouverture d'une structure en évoquant le nombre de places disponibles, la population accueillie, le projet de l'établissement. Ils ne présentent pas de référence territoriale importante ni n'évoquent l'opinion de la population.

Dans l'ensemble des articles, cinq grandes problématiques touchant ce secteur vont éclairer la situation actuelle [cf. Tableau 4-5, p241]. La première, revenant régulièrement sur la scène médiatique, est celle de l'absence ou du manque de structures d'accueil. La moitié des articles annonçant l'ouverture d'un centre d'accueil évoquent cette problématique aussi bien à l'échelle nationale, départementale ou simplement locale. C'est effectivement le problème principal concernant l'accueil des personnes handicapées

dans des structures adaptées. Un travail sur un petit panel d'articles ne permet pas réellement de généraliser si facilement les problématiques. Cependant, le cas des personnes âgées dépendantes et des autistes apparaît au cœur des lacunes de l'accueil spécialisé. Le vieillissement de la population place la question de l'accueil et du développement de structures spécialisés comme un véritable enjeu de société. Si le manque de structures est une problématique nationale et récurrente, c'est l'importance de l'accueil de proximité qui prédomine dans les articles. L'ouverture de nombreux centres d'accueil apparaît comme une réponse à une forte demande locale. La nécessité pour les parents et les familles d'être proches est largement évoqué. La préservation du lien social est importante dans les projets d'établissement.

TABLEAU 4- 5

- SUJET DES ARTICLES DE PRESSES -

Problématiques	Articles concernés en %
Manque de structure d'accueil	50,7
Création de structures innovantes	20,0
Vétusté des locaux, problèmes de normes	5,3
Approche factuelle et descriptive	18,7
Autres	5,3
TOTAL	100

Articles de presses d'information générale parus entre 2006 -2009
Extrait de la base de données Factiva
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

Outre l'absence ou l'insuffisance d'équipements, la nécessité d'une approche innovante apparaît aussi dans les articles de journaux. Effectivement, 20% des articles abordent l'ouverture de la structure comme une réponse aux problèmes d'un accueil inadapté. Certaines structures sont décrites comme des structures pilotes ou innovantes pour l'accueil des personnes âgées dépendantes par exemple. D'autres suggèrent et imposent une réflexion sur des modes d'accueil inadaptés aux modes de vie actuelle. Ainsi, une réflexion est notamment menée sur des projets ouverts sur l'extérieur et des heures d'ouvertures décalées des accueils spécifiques et non médicalisés. Enfin, un petit nombre d'articles mettent en exergue les difficultés de mises aux normes de sécurité et d'accessibilité de certains établissements anciens.

Mis à part les 18% d'articles proposant simplement une approche factuelle ou descriptive d'une structure, les autres articles mettent en lumière les souhaits, les difficultés, les

réactions des acteurs politiques locaux et de la population concernée principalement orienté sur le manque de structure d'accueil sur le territoire français.

4.2.2.3 L'échelle locale : une population hostile à l'implantation des centres d'accueil sur son territoire ?

Concernant uniquement les structures, les articles décrivant les projets de création de nouveaux établissements ont tendance à mettre en avant les difficultés rencontrées par les acteurs, souvent des associations, pour mener à bien leurs projets. La problématique principale réside autour du choix du terrain et du coût. L'implantation des centres d'accueil, quel que soit le type de déficience nécessite souvent une surface importante. L'architecture est préférentiellement réalisée de plain-pied. Outre cette problématique liée au prix du foncier, de nombreux articles mettent en lumière des situations d'opposition de la population locale ou d'acteurs locaux (élus, commerçants…) face à l'implantation dans leur commune d'un centre d'accueil.

ENCADRE 4- 8

- EXTRAITS D'ARTICLES DE JOURNAUX -

Le Parisien, 20 septembre 2007
Sartrouville –Feu vert au centre d'accueil des handicapés

« Alors que le permis de construire d'un foyer d'accueil pour handicapés dans un secteur pavillonnaire était bloqué par des opposants, l'instruction du dossier peut reprendre. Le tribunal administratif vient de rejeter la requête des riverains qui s'élevaient contre le projet évoquant un risque de dévalorisation de leurs maisons à cause de la présence de l'établissements »

« Cependant, pour les propriétaires des pavillons de la rue de la Garenne, qui ont saisi la justice début août après avoir appris que l'établissement devait s'implanter près de chez eux, la pilule a du mal à passer. « Nous considérons que cette construction va gravement nuire au caractère résidentiel du quartier, souligne l'un d'entre eux. Le foyer va provoquer une dévalorisation de nos biens ». Déboutés, les riverains sont amers car, selon eux, leur quartier risque également de « perdre sa tranquillité en raison des aller et venues d'ambulances ou de véhicules sanitaires ›

Le Progrès, 18 septembre 2009
L'Olivier, le futur foyer IMC ouvrira ses portes en 2011

« L'annonce a été faite lundi soir lors d'une réunion publique. Et les mécontents n'ont pas tardé à se manifester. Notamment les –rares- commerçants de la rue et les riverains. Certains même s'interrogeant sur le bien fondé de l'installation du foyer dans le centre de Chambon »

Certains projets ont ainsi connu un fort rejet de la part de la population [Encadré 4-8]. Cette réaction peut renvoyer d'une part à la peur face aux personnes atteintes de déficiences mais aussi à l'ignorance et la méconnaissance des différentes déficiences. L'inquiétude générée, les représentations sociales ancrées dans les mentalités se traduisent sur le territoire par une éviction. Le premier exemple, extrait du *Parisien*, montre précisément l'angoisse générée par l'implantation d'un centre d'accueil dans un secteur pavillonnaire. Les habitants considèrent qu'il « *va gravement nuire* » au quartier. Ils ont même eu recourt à une procédure juridique pour tenter d'éviter l'implantation de cette structure d'accueil dans

leur quartier risquant de porter atteinte à la tranquillité du quartier. Un risque de dévalorisation des terrains et des maisons est évoqué. L'article du *Progrès* évoque ces mêmes peurs. L'annonce de l'implantation d'un centre d'accueil pour Infirme Moteur Cérébraux (IMC) soulève les doutes de la population lors d'une réunion publique d'information. Les commerçants s'interrogent même sur le « *bien-fondé* » de la démarche engagée par la municipalité.

Ces exemples, loin d'être caricaturaux, rappellent simplement que les « handicapés » ne sont pas les bienvenus partout. Ils expriment aussi une forme de contrôle du territoire par la population locale. Les élus, acteurs des territoires, représentants et garants des valeurs républicaines, expriment parfois certaines réticences à l'égard des populations déficientes et de la création d'un foyer d'accueil sur leur commune. L'exemple de la maison d'accueil de la Coupe souligne « *les vifs débats en conseil municipal* » lors de la réflexion sur ce projet. Le Maire de la commune de Montauban évoque même une forme de lassitude à l'idée d'accueillir un centre d'accueil pour les demandeurs d'asile sur son territoire. Ce type de structure n'est pas le bienvenu sur sa commune. Certains élus craignent de « *voir arriver près de leurs maisons des étrangers* » [*Ouest France*, 4 octobre 2002, « *Les élus disent non aux étrangers* »]. Après avoir accepté l'implantation d'une résidence pour personnes âgées et d'un foyer pour handicapés, on lui demande d'accueillir aussi des demandeurs d'asile. Dans ce cas précis, il est intéressant d'observer que les personnes handicapées sont envisagées sous deux angles différents et cela renvoient d'ailleurs à deux réponses sociales ambivalentes. En premier lieu, les personnes handicapées, les personnes âgées et les demandeurs d'asile, sont classés (selon les paroles du Maire) dans une même catégorie de population. Les accueillir sur un territoire suppose une réflexion et l'acceptation d'un certain nombre de contraintes. L'hostilité face à l'implantation d'un centre est réellement présente. Cependant, il y a aussi une forme de valorisation sociale. Dans le cas de Montauban, les opposants aux centres d'accueil pour demandeurs d'asile vont proposer un projet de centre d'accueil pour handicapés à la place. Comme le souligne, un des habitants, « *cela présente l'avantage de soulager des consciences en déplaçant le débat* ».

4.2.2.4 Les référents spatiaux : l'importance du centre-ville ?

Les articles concernant l'ouverture ou les projets de centre d'accueil font référence à des situations spatiales évoquant le bénéfice de l'implantation centrale d'une structure

d'accueil dans un village, d'une ville ou les jeux d'acteurs influençant la localisation d'un terrain. Effectivement, les extraits ci-dessous [Encadré 4-9] placent la centralité et l'accessibilité des sites au cœur de l'intégration des structures d'accueil. Ainsi, cela permet « *un lieu bien desservi* » [*Le Progrès*, 2005], « *d'éviter un certain isolement du site* » [*Sud Ouest*, 2005], cela permet au résident de « *sortir en ville* » et « *d'éviter de rompre le lien social avec les familles* » [*Sud Ouest*, 2009]. L'article concernant le foyer l'Olivier accueillant des Infirmes Moteurs Cérébraux (IMC) évoque même le caractère idéal de la localisation en centre-ville du futur foyer. La logique d'intégration des populations déficientes dans les espaces publics passe effectivement par l'accès aux moyens de transports, aux commerces et la vie citoyenne, la centralité les favorise donc.

ENCADRE 4- 9

- EXTRAITS D'ARTICLES DE JOURNAUX -

Le Progrès, 3 décembre 2005
Inauguration d'un foyer d'accueil médicalisé à la Métare

« Un nouveau foyer de vie devrait voir le jour d'ici 3 ans. Une installation à Saint Etienne en un lieu bien desservi par la Stas paraît indispensable aux responsables afin que des parents très âgés puissent visiter facilement leurs enfants »

Sud Ouest, 31 mai 2005
Futur Centre d'accueil en vue

« Pour éviter un certain isolement du site, il a été décidé sa mutualisation en l'intégrant dans le bourg et en y adjoignant plusieurs petits bâtiments de services (centre médical, restauration...) et lui conserver une identité villageoise »

Sud Ouest, 4 août 2009
Le Foyer du Cypressat a ouvert ses portes

" Ils peuvent aussi sortir en ville car les transports en commun ne sont vraiment pas loin"
"Le choix s'est effectué selon l'urgence sociale, la proximité des familles pour éviter de rompre le lien sociale"

Sud Ouest, 10 août 2009
La résidence Anna inaugurée dans l'ancien couvent

"Ces logements de la Résidence Anna, outre leur situation en plein centre-ville, des différents services de gardiennage, ménage, jouissent d'une sécurisation exceptionnelle et d'une réponse médicale immédiate 24h/24h"

Le Progrès, 18 septembre 2009
L'Olivier, le futur foyer IMC ouvrira ses portes en 2011

« "L'emplacement du foyer l'Olivier est idéal" explique-t-elle, nous recherchions un centre ville pour ces jeunes". Une vraie opportunité qui permettra à ceux qui le peuvent, de sortir seuls, d'aller chez le coiffeur, acheter un vêtement, etc". Une manière aussi de faire vivre le commerce local".Sans oublier un accès à la culture, à la nature avec la proximité de la bibliothèque, le parc JJ Rousseau et les divers bâtiments publics de la ville. Bref, une façon de faciliter et réussir leur immersion sociale"

Sud Ouest, 28 septembre 2009
Un toit et un jardin pour mieux accueillir

"Nous avons à peu près la même superficie, explique Emmanuelle Huet. Le quartier est pratique, proche de la maison du handicap, de l'UDAF, des lignes de bus. Ce qu'il y a en plus, ce sont les espaces verts et clos. Et ajoute-t-elle en souriant, nous avons même gardé les jeux pour enfants dans la cour, ce qui est très pratique."

Sud Ouest, 14 octobre 2009
Un lieu pour se construire

"On est au cœur d'une ville, près des écoles, là où se passe la vie de la cité, le choix qu'il fallait faire pour suivre cette logique d'intégration"

"Offrir sur le territoire des Lance un service de proximité et de répondre aux besoins des familles"

La lecture de ces différents articles tirés de la presse quotidienne met en lumière l'implantation parfois difficile des structures d'accueil pour les populations déficientes.

Les problématiques évoquées réveillent des peurs et révèlent par conséquent une volonté de contrôle du territoire par les populations ne voulant pas habiter près d'étrangers ou de populations susceptibles de troubler la quiétude de leur quartier. Après avoir évoqué les représentations sociales prenant forme dans la réalité par l'hostilité, le rejet ou le recours à des dispositifs juridiques, quelles positions spatiales ces structures d'accueil prennent-elles sur le territoire ? Il s'agit de déterminer où et comment elles sont implantées sur le territoire français ?

4.2.3 - Une approche multi-scalaire de l'accueil des populations déficientes

Les résultats de l'enquête « *Établissements sociaux et médico-sociaux* » conduite par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques [DREES] en 2006 indiquent que plus « *de 200 000 adultes handicapés étaient accueillis par les établissements médico-sociaux au 31 décembre 2006* » [Drees, 2010]. Où sont-ils accueillis ? Comment s'organise l'accueil de ces populations ?

4.2.3.1 Approche méthodologique

Le manque de structures d'accueil spécialisé est une lacune souvent mise en évidence par les associations et les familles de personnes handicapées. Cette défaillance structurelle fait émerger la difficulté à trouver un lieu d'implantation pour accueillir les structures spécialisés.

Deux discours opposés de dirigeants associatifs sont à l'origine de l'analyse menée ici. La première dirigeante associative a dû se battre et convaincre pour imposer la création d'appartements adaptés en centre-ville du Havre dans un groupe d'habitat à loyer modéré traditionnel. Elle exprime sa difficulté à imposer ce type de structures (proposant un service d'assistance à domicile par télé-alarme, vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept) en centre-ville. La question de la position de sa structure par rapport aux centres dynamiques et attractifs des espaces urbains s'est posée. À l'inverse, le dirigeant associatif d'un établissement pour polyhandicapé à Roumare[78] fait l'éloge des petites communes pour implanter des structures d'accueil. Elles permettent de trouver des grands terrains à des prix intéressants et d'offrir un cadre de vie agréable à ses occupants. Les deux points de vue s'entendent. L'attrait et l'intérêt de la centralité ou l'implantation dans des petites communes sont effectivement dépendants du type de populations déficientes accueillies, du projet d'établissement et de vie des populations ainsi que de la

[78] Commune de Seine-Maritime de 1103 habitants

disponibilité des terrains et du prix du foncier. Deux problématiques émergent à travers ces acteurs associatifs : d'une part la difficulté à trouver un terrain ou des logements en centre-ville et d'autre part la volonté de s'implanter dans des petites communes. Un état des lieux précis de la localisation des établissements d'accueil pour adultes handicapés est proposé visant à observer dans quel type de communes elles sont implantées. Les populations déficientes accueillies dans ces structures spécialisées peuvent-elles, selon la localisation des structures, se trouver en situation d'enfermement ?

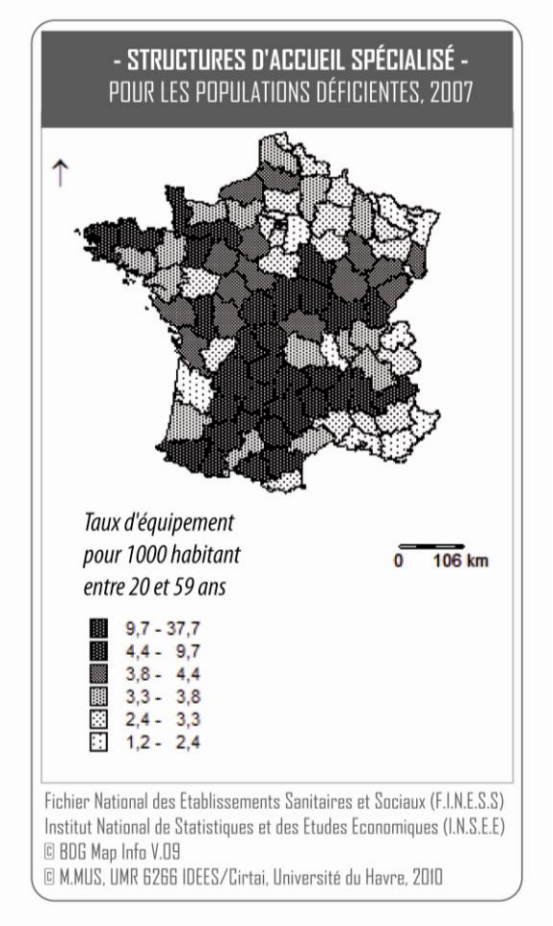
La démarche méthodologique entreprise s'articule autour de l'emboîtement de trois échelles complémentaires. A l'échelle nationale, il s'agit de mettre en évidence la taille des communes ayant des structures d'accueil sur le territoire par le biais d'une analyse statistique. Y-a-t-il une concentration ou une répartition homogène dans les différentes communes françaises ? À l'échelle des communes, comment les structures d'accueil se localisent-elles dans le tissu urbain ? Quels facteurs pouvons-nous identifier afin de comprendre les phénomènes observés ? Enfin, à l'échelle de l'unité architecturale que peuvent nous apprendre la structure et la forme des bâtiments sur la place et l'intégration des structures d'accueil dans l'espace commun ?

A l'aide de la base de données FINESS et du répertoire des communes de l'INSEE, notre démarche a consisté à faire le lien entre un certain nombre de structures d'accueil spécialisé et le nombre d'habitants des villes où sont localisées ces structures. Le taux d'équipement pour 1000 habitants en âge de faire appel à ces structures (20-59 ans) montre un net écart entre les grandes villes (plus de 100 000 habitants) et les villes de petite taille (moins de 5 000 habitants). L'observation de l'implantation des bâtiments dans le tissu urbain et de la structure des bâtiments à l'aide de photographies aériennes issues de Google Earth et d'un travail de terrain, complète l'analyse.
La localisation des structures d'accueil pour les personnes déficientes (motrices, sensorielles ou cognitives) ne révèle-t-elle pas une contradiction entre les pouvoirs publics et les populations déficientes dans l'espace urbain ? C'est ce que semble illustrer l'étude des structures spécialisées qui, dans le discours, n'ont pas vocation à enfermer les personnes déficientes mais bien à les accueillir dans des lieux de vie adaptés à leurs besoins. Pourtant, leur implantation spatiale marque une mise à l'écart, un enfermement social et spatial.

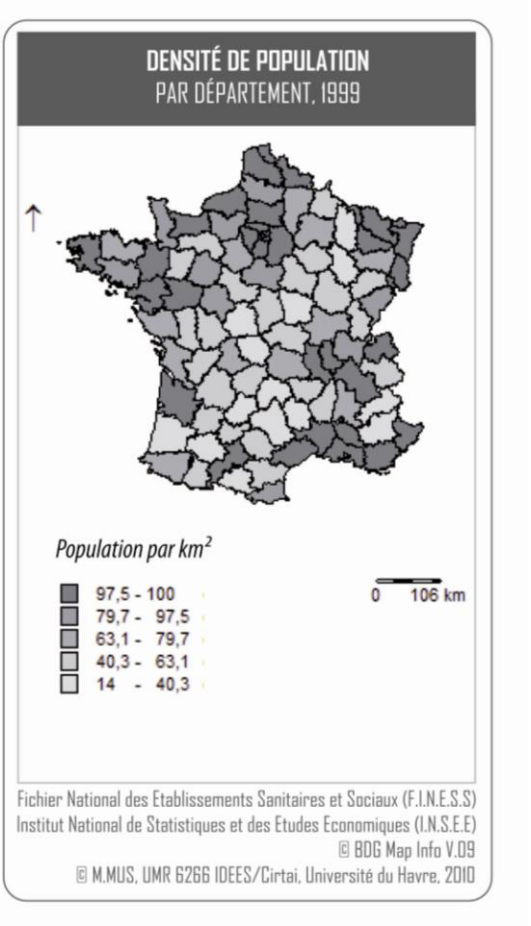
4.2.3.2 Au niveau national un taux d'équipement élevé dans les départements peu denses

Comment s'organise sur le territoire la répartition des établissements d'accueil spécialisé ? Le jeu de la distance et de la proximité et celui de la présence des populations déficientes dans les espaces denses sont observés à travers l'imbrication territoriale des échelles géographiques. Une première approche de la situation des structures d'accueil au niveau départemental montre de nombreuses disparités dans le taux d'équipement selon les territoires. Il y a en effet des déséquilibres importants qui selon la DREES[79] [Vanovermeir, 2005] sont *« à la fois le reflet de traditions d'accueil spécifiques et de différences dans les politiques ou les initiatives conduites par les différents partenaires au niveau local. »*. Comme le souligne les cartes ci-dessous, il y a un écart assez important entre les départements les plus équipés [Carte 4-3], par exemple la Lozère offrant 37 places pour 1000 personnes entre 20 et 59 ans et Paris, à l'autre extrémité, ne pouvant en offrir que 1,27 pour 1000.

CARTE 4- 3



CARTE 4- 2



[79] Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

La DRESS mène de nombreuses études concernant la répartition sur le territoire des structures d'accueil. Il s'agit, outre l'observation des disparités départementales de s'intéresser aux caractéristiques de ces départements. Ainsi, les départements proposant le plus de structure d'accueil sont ceux qui ont les densités les plus faibles. En effet, tous les départements du centre de la France ayant des densités assez faibles [cf. Carte 4-3, p248] de population sont celles qui disposent du plus grand nombre de places dans des structures d'accueil à l'exemple de la Creuse, la Lozère, la Corrèze, le Cantal. A l'inverse, ceux disposant d'un taux d'équipement parmi les plus faibles tel que Paris sont ceux qui sont le plus urbanisés ou ayant des pôles urbains très importants. L'Ile-de-France, le Rhône, la Gironde, illustrent parfaitement cette situation. Dans la tension entre distance et proximité, ce constat interroge sur la volonté de faire cohabiter les populations déficientes avec la population des grands espaces urbains.

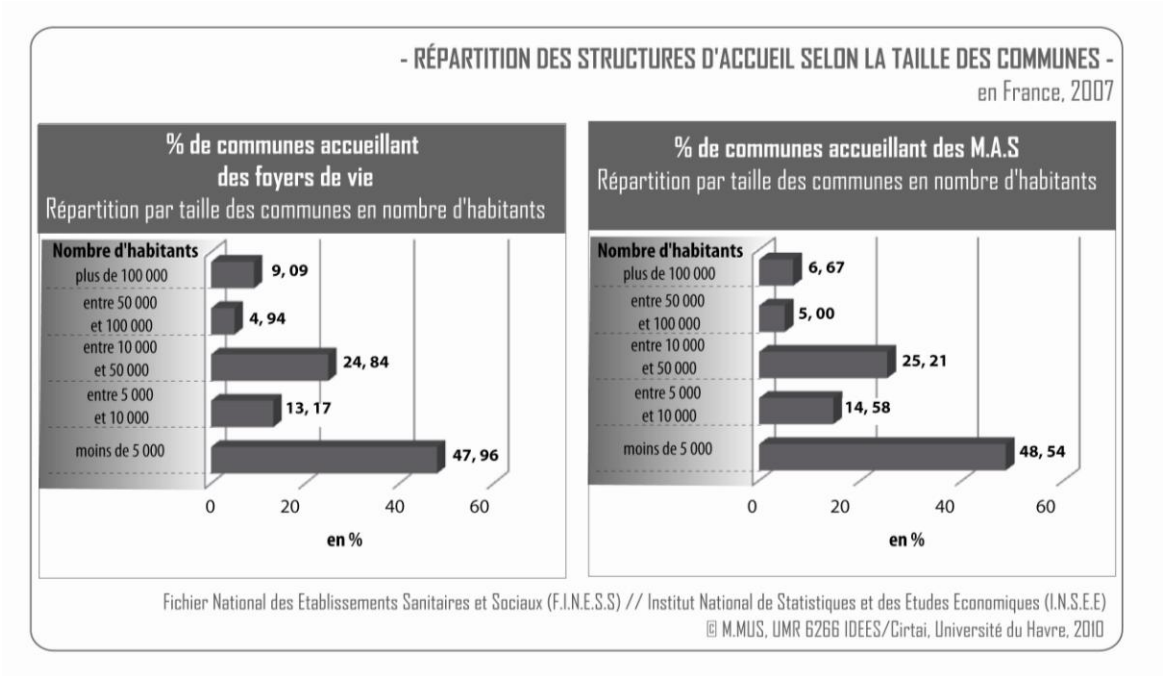
La répartition des structures selon le « type de commune » renforce les résultats précédents. Deux types de structures ont été retenus pour la suite du travail : les Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS) et les Foyers de vie. L'attention a été portée sur les structures d'accueil offrant des lieux de vie quotidiens à des personnes déficientes. Les Maisons d'Accueil Spécialisé accueillent des adultes dont les déficiences créent une absence d'autonomie et nécessitent une surveillance médicale et des soins constants.

Les Foyers de vie sont destinés aux adultes handicapés disposant d'une certaine autonomie ne justifiant pas leur admission en maison d'accueil spécialisée (MAS) : sans être aptes à exercer un travail productif, même en milieu protégé, ils ont une autonomie suffisante pour se livrer à des occupations quotidiennes [Guide Néret, 2006].

La répartition du nombre de structures d'accueil selon la taille des villes met en évidence une prépondérance (environ 48%) des structures dans les communes de moins de 5 000 habitants [cf. Graphiques 4-4, p249]. Au contraire, les villes de plus de 100 000 habitants accueillent seulement 9% des Foyers de vie et 6,67% MAS. En termes de places d'accueil, cela signifie qu'il y a 10 fois plus de places disponibles dans les communes de petite taille que dans les villes de plus de 100 000 habitants. Le tableau ci-dessus démontre nettement une mise à l'écart des populations déficientes des grands pôles urbains français. Pourtant, ils concentrent un ensemble important de services, notamment les services de santé. De plus, si la population française est concentrée dans des villes de grandes tailles, il y a forcément un certain nombre de personnes déficientes qui sont originaires de ces espaces urbains mais qui ne trouvent pas de structures d'accueil. À

l'exemple de l'Ile-de-France, dont 27% des adultes handicapés sont accueillis dans des établissements d'autres régions. [Vanovermeir, 2005]. Ces données peuvent néanmoins être appréhendées de deux façons. Il est possible d'y voir une mise à l'écart des grands centres urbains : volonté politique ou conséquence des marchés fonciers ? Ces résultats peuvent aussi être envisagés comme la démarche volontaire des dirigeants de structures ou d'associations souhaitant une implantation dans des territoires peu denses à la recherche d'un milieu de vie particulier.

GRAPHIQUE 4- 4



Au regard des réactions de la population observées et retranscrites dans la presse et des résultats précédents, la question d'une difficile exposition de la déficience dans les grands espaces urbains se pose. Cette thématique de « l'exposition » est évoquée par S. Clément, J. Mantovani et M. Membrado, dans le cas des personnes âgées. Ils démontrent que la pratique de la ville par les personnes âgées « *est autant le résultat de handicaps concernant la motricité, que la volonté de ne plus risquer l'exposition aux autres dans les lieux publics* » [Clément, Mantovani, Membrado, 1998]. Cela soulève une double crainte. En premier lieu, une crainte personnelle de la part des personnes déficientes qui pourraient éprouver des difficultés à « *s'exposer à la vue de tous* ». En second lieu, la crainte d'accueillir des individus différents dans un territoire et de devoir cohabiter dans les espaces urbains. Cela se traduirait par une mise à l'écart et une difficulté pour certaines villes à accepter les structures d'accueil sur leur territoire.

Pour avoir une vision plus précise de la réalité et comprendre la situation, les données des graphiques 4-4 vont être ventilées selon les différents types de déficience accueillie dans les structures d'accueil [Tableau 4-6]. À ce niveau, les seuls types de déficiences se différenciant des autres dans la répartition par type de communes (selon le nombre d'habitants) sont « les déficiences motrices sans troubles associés » et « les déficiences sensorielles » se situant indifféremment dans les différentes catégories de villes établies.

TABLEAU 4- 6

- RÉPARTITION DES POPULATIONS ACCUEILLIES DANS LES M.A.S & LES FOYERS DE VIE -
en %, selon la taille des communes en nombre d'habitant et par type de déficiences

type de déficiences \ type de communes	moins de 5000 habitants	entre 5 000 et 10 000	entre 10 000 et 50 000	entre 50 000 et 100 000	plus de 100 000	TOTAL
Trouble neurologique	53,8	3,8	26,9	3,8	11,5	100
Déficience motrice (avec troubles associés)	35,9	7,7	35,9	2,6	17,9	100
Déficience motrice (sans troubles associés)	21,1	12,3	26,3	15,8	24,6	100
Déficience sensoriel (sans troubles associés)	34,5	17,2	27,6	0	20,7	100
Autistes	50	16,7	16,7	0	16,7	100
Déficience du psychisme	45,5	18,2	27,3	2,3	6,8	100
Déficience intellectuelle	40,7	15,1	28,8	5,9	9,5	100
Retard mental (léger & moyen)	38,3	16	21,3	6,4	18,1	100
Retard mental (profond & sévère)	49,6	13,3	25	4,7	7,4	100
Polyhandicapé	50,5	13,3	21,9	6,6	7,7	100
Trouble du caractère et du comportement + trouble psychopathologique	55,6	22,2	22,2	0	0	100
Tous types de déficiences	55,6	12,4	23,2	3,9	4,8	100

Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (F.I.N.E.S.S)
Institut National de Statistiques et des Etudes Economiques (I.N.S.E.E)
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

Comme le souligne le tableau, les formes de déficiences les moins « visibles » au premier abord sur un individu, telles que les déficiences sensorielles, se situent de façon homogène dans les communes de moins de 5 000 habitants (34,5% des structures) et dans celles de plus de 100 000 habitants (20,7%). Dans la même logique, les structures accueillant les déficiences motrices qui font certainement « moins peur » que les

déficiences mentales se situent aussi indifféremment dans les différentes tailles de communes. Par contre, dans le cas des structures accueillant des autistes, des personnes atteintes de déficiences du psychisme, de déficiences intellectuelles, de retard mental (profond et sévère), des personnes polyhandicapés ou des personnes ayant des troubles du caractère et du comportement, la répartition met en évidence une prépondérance des structures dans les communes de moins de 5 000 habitants et une présence moins importante dans les communes de plus de 50 000 et 100 000 habitants. Le phénomène d'implantation des centres d'accueil spécialisés dans les communes de moins de 5 000 habitants relève-il d'une logique particulière ? La faible localisation des structures dans les grands espaces urbains notamment de plus de 100 000 habitants révèle-elle une volonté de mise à l'écart ? Afin d'avoir un premier élément de réponses, l'observation de la situation des MAS et des Foyer de vie au Havre par rapport au quartier centraux est appréhendée.

4.2.3.3 La place des structures dans les grands espaces urbains aux marges des villes : l'exemple du Havre

A partir d'une photographie aérienne de la ville du Havre [cf. Encadré 4-10, p252], le deuxième niveau d'analyse consiste à localiser les Maisons d'Accueil Spécialisé et les Foyer de vie. La photographie aérienne montre que les structures d'accueil havraises sont majoritairement placées dans des quartiers situés en périphérie du tissu urbain central**.**

Les structures n°1 et 3 au nord de la ville sont les plus éloignées du centre. Elles se trouvent aux confins de l'espace urbain central, à l'interface entre des champs et des espaces d'habitation. Bien qu'elle soit administrativement au Havre, la maison d'accueil spécialisé, accueillant des déficiences plus lourdes que dans les foyers de vie (poly-handicap notamment), est implantée au milieu des champs, seule une ferme se trouve à proximité. Elle est considérablement excentrée de tout service et de toute dynamique urbaine.

Au sud de la ville, le foyer de vie n°4 est lui aussi excentré. Cette structure est celle qui offre le plus de places d'accueil au Havre (60 places). Elle se trouve à la limite entre l'espace portuaire et la ville. Sur cinq structures d'accueil, trois sont implantées en périphérie du centre urbain, aux marges de la ville. La structure construite le plus récemment, en 2004, est la seule à être implantée en centre-ville, à proximité de la plage.

ENCADRE 4- 10

- LOCALISATION DES STRUCTURES D'ACCUEIIL -
Maison d'Accueil Spécialisé & Foyer de Vie, Le Havre

Identifiant sur le plan	Type de structure	Déficience concernée	Nombre de place	Année de création
1	Foyer de vie	Tous types de déficience	38	1986
2	Foyer de vie	Déficiences motrices	15	1975
3	M.A.S	Polyhandicap	48	1988
4	Foyer de vie	Tous types de déficiences	60	1991
5	Foyer de vie	Tous types de déficiences Déficiences intellectuelles avec troubles associés	27	2004

Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (F.I.N.E.S.S)
© Google Earth, CNES/Sport Images
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

ENCADRE 4- 11

- STRUCTURE ARCHITECTURALE -

M.A.S & Foyer de vie, Le Havre 2008

1

© Google Earth, CNES/Sport Image 2008

© Crédits photographiques: M.MUS, 2008
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

3

© Google Earth, CNES/Sport Image 2008

© Crédits photographiques: M.MUS, 2008
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

4

© Google Earth, CNES/Sport Image 2008

© Crédits photographiques: M.MUS, 2008
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

Dans le cadre du tissu urbain, l'enfermement s'opère de façon invisible par l'éloignement des concentrations de populations et des services urbains. Le fait d'être éloigné de tout peut finalement créer un repli sur soi et un cloisonnement de l'espace de vie des populations déficientes.

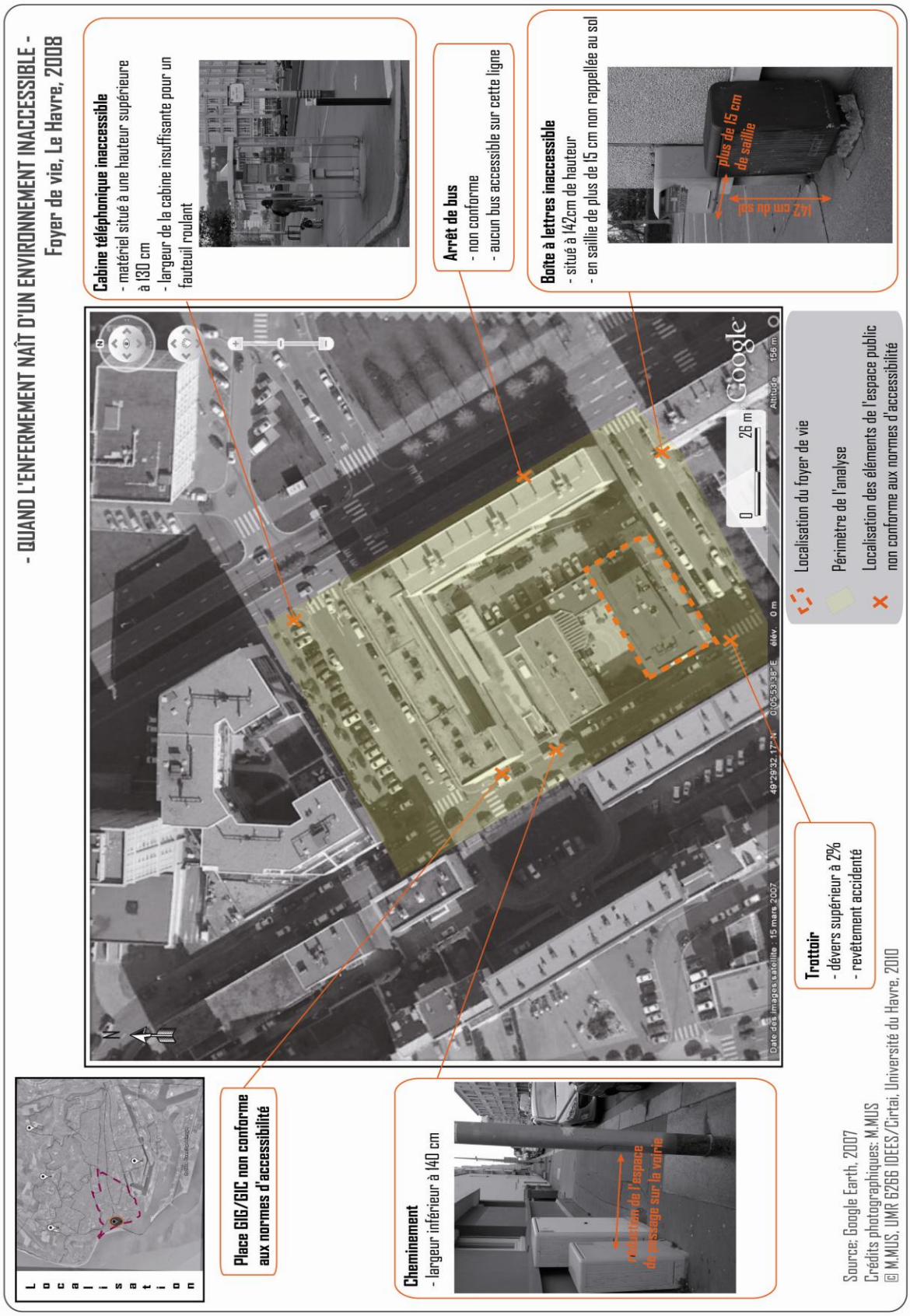
Les photographies [cf. Encadré 4-11, p253], tirées à la fois de Google Earth et d'un travail de terrain montrent que l'enfermement s'opère aussi de façon visible dans la structure architecturale des lieux d'accueil. Les centres d'accueil n°1, 3 et 4 se trouvent aux marges de la ville et sont cloisonnées par des éléments structurels. Chacune des structures est composée d'une barrière de sécurité destinée à contrôler les entrées et sorties. D'autre part, des éléments tendent à effacer de la vue de tous ces structures. La structure n°1 est composée d'un système de double barrière éloignant de la rue le bâtiment d'une part et le rendant complètement hermétique d'autre part. La structure n°3 se trouve dans une impasse et est enclose par une ceinture d'arbres. Enfin, la structure n°4 est encerclée par un mur de 3 mètres de haut qui l'efface complètement du paysage urbain et enferme ou protège les résidants dans un espace clos.

L'architecture des structures d'accueil rend peu visible l'existence même de ces lieux d'accueil dans l'espace urbain et par conséquent la population y vivant. L'enfermement naît d'un double processus : d'une part, une mise à l'écart indirecte des populations déficientes et d'autre part d'un repli sur soi des populations déficientes qui ne peuvent dessiner qu'un espace de vie réduit dans l'espace urbain.

4.2.3.4 Quand l'enfermement naît de l'inaccessibilité de l'environnement

Si la mise à distance des populations déficientes est créée par l'implantation dans des espaces peu denses et éloignés des centres villes, elle peut aussi naître de la disposition de l'environnement proche de la structure. Le foyer de vie n°5 [cf. Encadré 4-10, p252], est situé en centre-ville du Havre, à proximité du front de mer. Cette structure d'accueil a été créée en 2004. Elle accueille 27 résidents ayant tous types de déficiences. Elle est parfaitement intégrée au tissu urbain du quartier, faisant partie d'un groupe d'immeuble privé. L'étude de l'environnement proche de la structure passé au crible des critères réglementaires concernant l'accessibilité confirme la présence de nombreux obstacles environnementaux [cf. Encadré 4-12, p255]. Dans cette configuration spatiale, les déplacements sont rendus difficiles. La continuité des cheminements autour de la structure n'est pas réalisée.

ENCADRE 4- 12


- QUAND L'ENFERMEMENT NAÎT D'UN ENVIRONNEMENT INACCESSIBLE -
Foyer de vie, Le Havre, 2008
Cabine téléphonique inaccessible
- matériel situé à une hauteur supérieure à 130 cm
- largeur de la cabine insuffisante pour un fauteuil roulant
Arrêt de bus
- non conforme
- aucun bus accessible sur cette ligne
Boîte à lettres inaccessible
- situé à 142cm de hauteur
- en saillie de plus de 15 cm non rappellée au sol
142 cm du sol
plus de 15 cm de saillie
Localisation du foyer de vie
Périmètre de l'analyse
Localisation des éléments de l'espace public non conforme aux normes d'accessibilité
Place GIG/GIC non conforme aux normes d'accessibilité
Cheminement
- largeur inférieur à 140 cm
réduction de l'espace de passage sur la voirie
Trottoir
- dévers supérieur à 2%
- revêtement accidenté
Source: Google Earth, 2007
Crédits photographiques: M.MUS
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

La voirie comporte de nombreuses difficultés notamment des rétrécissements de la largeur du cheminement, des devers importants, des obstacles ou des trous sur le sol. Les places GIG/GIC situées devant la structure n'offrent pas la largeur réglementaire (320cm de large). Dans le cas où les passages pour piétons sont équipés de bateaux[80], ils sont souvent mal réalisés, mal placés ou présentant des ressauts ou des pentes trop élevées pour permettre le passage des fauteuils roulants. De plus aucun des passages pour piétons à proximité de la structure ne comporte les bandes d'éveil et de vigilance nécessaires pour les personnes déficientes visuelles.
Le mobilier urbain est lui aussi inadapté aux différentes formes de déficiences. La boîte à lettres est placée à 142cm de hauteur alors que la hauteur réglementaire du mobilier est de 130cm pour permettre l'usage à la fois par la personne de petite taille mais aussi les personnes se déplaçant en fauteuil roulant. Pour les personnes déficientes visuelles, elle crée un obstacle sur le cheminement. A proximité de la structure se trouve aussi une cabine téléphonique complètement inaccessible. Enfin, la ligne de bus passant à proximité de la structure d'accueil n'a pas encore été mise en conformité aux normes d'aménagement. Dans ce cas, la non-conformité aux normes d'aménagement de l'espace public extérieur à la structure génère des obstacles environnementaux ne rendant pas évidents le déplacement en dehors de la structure. L'enfermement naît alors d'un processus de cloisonnement indirect. Il apparaît clairement que la localisation en centre-ville d'une structure d'accueil ne suffit pas à intégrer les personnes déficientes. L'enfermement est produit si l'environnement bâti ne permet pas à ces personnes de pouvoir sortir et de se déplacer dans des conditions normales d'usage de l'espace urbain.

L'approche scalaire de l'échelle nationale à l'unité architecturale révèle des mécanismes de mise à l'écart ou d'enfermement à tous les niveaux selon le type de commune, le type de déficience, l'environnement de la structure. Les articles de presse, les données statistiques montrent que l'accueil des populations déficientes n'est pas simple. En prenant maintenant l'exemple d'une association face à la création d'un centre d'accueil pour autistes, les choix, les difficultés et les problématiques auxquels les dirigeants associatifs peuvent être confrontés permettront de donner des éléments de compréhension quant à l'implantation des structures d'accueil dans des espaces peu denses.

[80] rabaissement du trottoir au niveau de la chaussée

4.2.4 - Comment le choix de la localisation d'une structure d'accueil se fait-il ?

L'état des lieux et le jeu d'échelles proposés précédemment peuvent être sujets à de nombreuses critiques. Outre l'approche quantitative proposée et les observations menées, il est aussi nécessaire de prendre en compte la parole des acteurs afin de comprendre quels critères rentrent en jeu dans l'établissement d'un centre d'accueil. Cela permet de comprendre les logiques et les éléments jouant un rôle dans la décision d'implantation d'une structure.

4.2.4.1 L'exemple de l'implantation d'une structure d'accueil spécialisée dans la Communauté D'Agglomération Havrais : méthodologie et contexte

Face au manque de centres d'accueil pour les personnes atteintes de déficiences mentales dans la région havraise, l'Hôpital psychiatrique Pierre Janet du Havre en association avec la Fondation John Bost[81] a décidé d'ouvrir un centre d'accueil pour personnes autistes ou atteintes de déficiences mentales. Il s'agit pour cette structure d'accueillir principalement les patients autistes d'un service de jour de l'hôpital Pierre Janet. Le foyer Sarepta de Roumare a accueilli plusieurs patients du service « Le repère » de l'Hôpital Psychiatrique du Havre. Les deux équipes, celle du « Repère » et celle du foyer, ont donc noué des relations importantes. La nécessité d'offrir au patient du « Repère » un espace de vie hors des murs de l'hôpital a conduit les soignants du Havre à faire régulièrement appel au foyer Sarepta. Le manque de places dans le foyer et les besoins de l'équipe havraise ont contribué à développer une réflexion commune. L'hôpital psychiatrique est un lieu de soin unique. Sa vocation n'est pas réellement d'offrir un lieu de vie sur le long terme. L'idée de créer un centre d'accueil a donc émergé entre ces deux équipes. L'objectif est donc de créer « une structure de sortie » de l'hôpital mais surtout un lieu de vie associé à un lieu de soin.

Les besoins de centre d'accueil pour les patients du secteur havrais sont importants. Le choix d'implantation du centre devait obligatoirement se faire au sein de la Communauté d'Agglomération Havraise [CODAH]. La CODAH regroupe 17 communes et 250 000 habitants. En terme de population, la plus importance est le Havre avec 185 000 habitants. Sur les 17 communes, onze d'entre elles ont une population inférieure à 5 000 habitants. Le président de la CODAH, Antoine Rufenacht (maire du Havre) a demandé aux membres de la Communauté d'Agglomération de proposer des terrains à vendre pour

[81] Il faut préciser que l'entretien évoqué ici s'inscrit dans un contexte particulier avec une fondation aux buts spécifiques inscrit à la base dans les valeurs protestantes.

accueillir le centre de la Fondation John Bost. Cinq communes ont répondu à cette demande et proposer des terrains.

Afin de comprendre les critères ayant joué un rôle dans le choix du terrain pour construire le foyer, un entretien semi-directif a été réalisé auprès de Monsieur Margueron, directeur du Foyer Sarepta de Roumare (près de Rouen, Seine Maritime) et en charge du projet d'établissement de la région havraise.

4.2.4.2 Caractéristiques des terrains et critères de choix

Cinq maires ont répondu à la demande du président de la CODAH, Antoine Rufenacht et maire du Havre, en proposant des terrains à vendre. Le maire du Havre à proposer un terrain. Deux terrains ont été proposés par le maire de Gaineville. Puis, Fontaine-la-Mallet, Montivilliers et enfin Épouville.

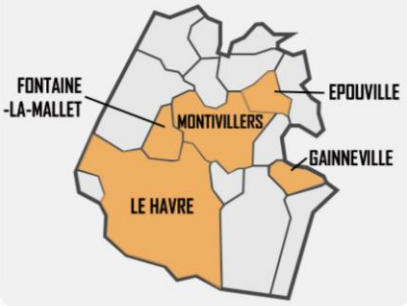
Le tableau ci-après [Tableau 4-7, p259] reprend les points positifs et négatifs évoqués par Monsieur Margueron lors de l'entretien. Ils correspondent à la grille qu'il a lui-même élaborée lors de ses visites sur les terrains proposés. Ils sont donc retranscrits tels que Monsieur Margueron les a évoqués. Quatre types de critères sont pris en compte : la structure du terrain, le coût, l'environnement et l'accessibilité du site.

D'un point de vue strictement structurel, les exigences primaires en matière de terrain sont liées à la superficie du terrain. L'architecture des bâtiments, de plain-pied, impose une surface au sol importante. D'autre part, accueillant des patients notamment à mobilité réduite, la déclinaison du terrain est importante. Il est nécessaire que le terrain soit le moins en pente possible. Enfin, le coût du foncier est un critère déterminant.

D'un point de vue contextuel de nombreux éléments sont pris en compte. L'environnement général et le calme sont des facteurs importants. La proximité d'une grande route est un élément négatif tant du point de vue de la quiétude du lieu que de la sécurité. La proximité d'un établissement de soin et une accessibilité rapide à celui-ci est importante. L'importance de l'intégration dans un tissu local, avec la possibilité de sortie, de ballade et d'accès à d'autres équipements de loisirs entrent aussi en jeu. Enfin, dans le discours de Monsieur Margueron un élément revient de façon récurrente : l'accueil du projet par la mairie. Il a reçu un accueil particulièrement positif du maire et de l'équipe municipale d'Épouville. Au regard, des différentes possibilités, le choix de l'équipe s'est donc porté sur cette commune de 2 894 habitants. La Maison d'Accueil Spécialisée d'Épouville a ouvert ses portes en juin 2010 et accueille 48 adultes.

TABLEAU 4- 7

Carte de la Communauté d'Agglomération du Havre



- AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DES TERRAINS PROPOSÉS PAR LA CODAH A LA FONDATION JOHN BOST-

entretien avec Monsieur Margueron [Fondation John Bost]

Ville	Points positifs du terrain proposé	Points faibles du terrain proposé
GAINEVILLE 2 600 habitants	Assez calme, bonne dimension éventuelle, à voir avec le promoteur…en retrait de la route bruyante	Assez éloigné du Havre, il fallait passer par un promoteur pour l'acheter…qui était prêt à en céder une partie mais à quel prix…parce que le terrain n'était plus à la mairie…et puis c'était un village rue peu adapté aux résidents…et pour les résidents ce n'est pas bien, il faut qu'il y ait un centre…pour qu'on puisse aller se promener…
GAINEVILLE 2 600 habitants	Il y avait un reste de bâtiment de ferme ancien qui était pas mal, le terrain était plat, parfaitement plat…	Il était bruyant, à proximité de la route nationale
FONTAINE-LA-MALLET 2 789 habitants	Bon accueil, environnement agréable, petite commune très agréable, très aéré, environnement campagnard, terrain bien placé, belle vue…bien relié à l'hôpital Monod, très important pour nous de pouvoir hospitaliser rapidement quelqu'un…	Terrain très en pente, contrat de vente avec problème : le contrat qui liait la commune (acquéreur) et l'ancien vendeur précisait que c'était en vue de construire une résidence pour personnes âgées…et alors c'était attaquable cette histoire là…il n'y avait pas de tout à l'égoût, et un peu loin de l'hôpital Pierre Janet
MONTIVILLIERS 16 451 habitants	Bonne dimension, relié au centre ville par un chemin piétonnier, proximité immédiate de Monod, proximité des bois, des parcs, terrain viabilisé, projet attendu par la municipalité, bien relié par différents transports en communs (bus, train…)	Zone inondable en contrebas, terrain un peu pentu, environnement un peu bruyant (route, zone commerciale…), et un peu loin de Pierre Janet, et il était aussi un peu cher…
LE HAVRE 185 3111 habitants	Le terrain était une propriété de la ville du Havre à proximité de Pierre Janet, bonne liaison avec Monod, proximité d'une clinique réunissant de nombreux spécialistes et des urgences, des pompiers, de terrains non constructibles, de commerces divers, de la mer, zone à faible pollution, vent dominant, terrain plat	Proximité de l'aéroport, dimension du terrain et le coût (il n'était pas bon marché)
EPOUVILLE 2 894 habitants	Le prix était très raisonnable, il ne cherchait pas du tout à gagner de l'argent. Le terrain nous plaisait en plus il était près d'un complexe sportif, on peut aller regarder des gens s'entraîner au foot, ça fait une sortie. On est d'emblée dans le village en sortant de l'établissement, le terrain a une partie boisée qui est assez sympathique	Le seul problème c'est qu'il était en pente [le terrain] mais moins importante que les autres terrains, en termes techniques ça oblige à des terrassements considérables.

© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

Elle propose « *une structure conviviale, ouverte sur le monde extérieur, un lieu propre aux résidents autistes mais préservant en même temps le lien avec les familles* »[82].

4.2.4.3 Les petites communes : un choix volontaire ou imposé ?

L'approche multi-scalaire de la répartition des Maisons d'Accueil Spécialisé et des Foyers de vie selon le nombre d'habitants des communes a soulevé des interrogations sur les pratiques de relégation. Comment expliquer que tant de structures soient implantées en milieu rural ? Comment expliquer que les départements les moins denses sont pour autant les plus dotés en centre d'accueil ? Quelles logiques président à cette situation ? Sommes-nous, aujourd'hui, si loin des pratiques de relégation passée ? Comme le soulignant en 1999, B. Azéma *« on ne compte plus les institutions installées dans un vieux château, un ancien couvent, une ancienne colonie de vacances isolée…Les associations porteuses de projets de création sont bien mieux reçues et soutenues en milieu rural par des maires de petites communes et des conseillers généraux en quête d'activités économiques »* [Azéma, 1999]. Dix ans après ce constat, ce mouvement évolue un peu. L'interrogation sur l'implantation des structures d'accueil apparaît d'autant plus pertinente au regard des réactions de la population. Pourtant, pour Monsieur Margueron, le choix rural est délibéré. En terme d'environnement et de cadre de vie, c'est ce qui lui semble correspondre le mieux aux attentes et aux besoins des résidents. Effectivement, derrière l'importance de la présence des centres d'accueil dans des petites communes peut se cacher un réel choix de projets d'établissement :

> *« Les personnes qu'on accueille ici sont beaucoup mieux à se promener dans des champs qu'à aller à Carrefour… sur la route avec les risques…avec les voitures, ce sont des gens qui partent comme ça… pas tous… mais on a des gens qui partent droit devant qui n'ont absolument pas l'idée de leur sécurité, ni l'idée qu'il faudra revenir un jour, qu'il faut regarder par où on peut revenir…donc l'environnement campagnard pour les personnes qu'on accueille ici (les autistes) je crois qu'il est bien. »* **[M.Margueron]**

Les liens avec la population locale et l'intégration des résidents dans le quotidien de la commune sont eux aussi importants. Ainsi, en parlant du Foyer de Roumare, M. Margueron décrit la bonne intégration et l'acceptation des résidents par les commerçants du village. Le cadre de vie est souvent décrit de façon importante dans les articles : « *un cadre de verdure exceptionnel*», *« ce terrain dans un environnement calme* »… Selon, le

[82] Présentation du centre d'accueil sur le site internet de la Fondation John Bost : http://www.johnbost.org

type de population accueillie et le projet de l'établissement le choix du lieu d'implantation est différent. Ainsi, on retrouve un choix stratégique d'implantation des structures d'accueil pour enfants, adolescents ou jeunes adultes dans les centres villes. Cela participe-t-il chaque fois d'un choix volontaire ou imposé ? Quels sont les facteurs pouvant rentrer en jeu dans le processus de localisation ?

L'implantation d'un centre d'accueil est source de création d'emplois et de dynamisme local. Le coût des terrains pour les associations leur rend difficile l'acquisition de biens fonciers en centre-ville ou proche des centres. À l'évidence les maires des communes attractives ne se battent pas pour attirer ce type de structures. De plus, les possibilités immobilières en centre-ville deviennent rares. Au jeu de l'offre et de la demande, les associations trouvent dans les maires des petites communes de véritables alliés. Les extraits d'articles ci-dessous expriment effectivement la démarche de certains maires ou l'aide de conseil général pour l'implantation des structures, nombre d'entre eux sont prêts à donner des terrains pour accueillir des structures :

> **Sud-Ouest, 29 septembre 2009**
> **Un nouveau foyer de vie pour adultes handicapés**
> *« Sur presque deux hectares de ce magnifique cadre de verdure donné par la commune de Cenon… »*
>
> **Sud-Ouest, 7 octobre 2003**
> **Floraison souhaite ouvrir une maison**
> *« L'établissement qui sera construit sur un terrain donné par la mairie de Libourne… »*
>
> **Sud-Ouest, 20 mai 2006**
> *Bientôt un centre spécialisé pour l'accueil du multi-handicap*
> *« …appui précieux de la commune prête à rétrocéder au Conseil Général pour l'Euro symbolique un terrain de trois hectares situé en périphérie du Bourg. »*
>
> **L'indépendant, 22 octobre 2009**
> *L'institut Médico-Educatif s'installe à Saint-Eugénie*
> *« Installé sur le terrain de 24500 m² mis à disposition par la ville… »*

L'implantation d'un centre d'accueil dans une commune rurale a l'avantage pour les associations de proposer un foncier intéressant et des surfaces de terrains correspondant à la demande d'une surface importante. Pour les maires de ce genre de communes elles sont un moyen de créer du lien social, de dynamiser l'emploi dans leurs communes et peuvent par conséquent jouer un rôle sur l'attractivité de la commune. Les exemples de Saint-

Didier-sur-Beaujeu et de Campinghem, respectivement 402 habitants et 1524 habitants montrent que l'ouverture d'un centre d'accueil peut être au centre d'une politique communale de développement local :

> **Le Progrès, 11 août 2007**
> **Saint-Didier-sur-Beaujeu : lumière sur un projet. Le centre d'accueil pour handicapés**
> *« Saint-Didier n'en finit par de se moderniser et son bourg n'a plus du tout le même aspect qu'il y a quelques années en arrière. La construction d'un centre d'accueil de jour pour personnes handicapées à la place de l'ancienne cure participe de cette politique de rénovation voulue par l'équipe municipale […] Volontairement, la municipalité de Saint-Didier s'est proposé pour accueillir ce centre dans les bâtiments de la cure qui sera réhabilitée […] Mais dans le but de tisser du lien social, ce centre sera aussi ouvert à toute la population et fera office de lieu de rencontre, de centre d'activités et de cybercafé ».*
>
> **La Voix du Nord, 4 juillet 2008**
> **La venue des Papillons Blancs confirmée**
> *« De plain-pied, la structure s'étendra sur une surface totale de 5 800m² et emploiera entre 110 et 130 salariés. Sans compter les emplois crées par les sociétés de sous-traitance comme la cuisine qui va générer six embauches. Les recrutements auront lieu six mois avant l'arrivée des premiers résidents et les Capinghemois pourront évidemment postuler, par exemple lors d'une réunion publique d'information ».*

Face aux possibilités territoriales, deux types d'acteurs, les associations et les élus locaux, se trouvent dans une situation d'inégalité ou d'égalité dans le jeu de l'offre de la demande. Le cas de l'implantation dans les centres urbains des structures d'accueil met en relation des rapports de force inégaux : les maires ont peu de foncier disponible, notamment en centre-ville et les tarifs sont élevés. Pour les associations si la recherche d'un terrain en centre-ville correspond à un choix déterminé, le chemin est certainement plus difficile pour mener à bien les projets. Les maires des petites communes disposent plus facilement d'espaces pour implanter des structures d'accueil participant d'un point de vue économique et social à la vie de la commune.

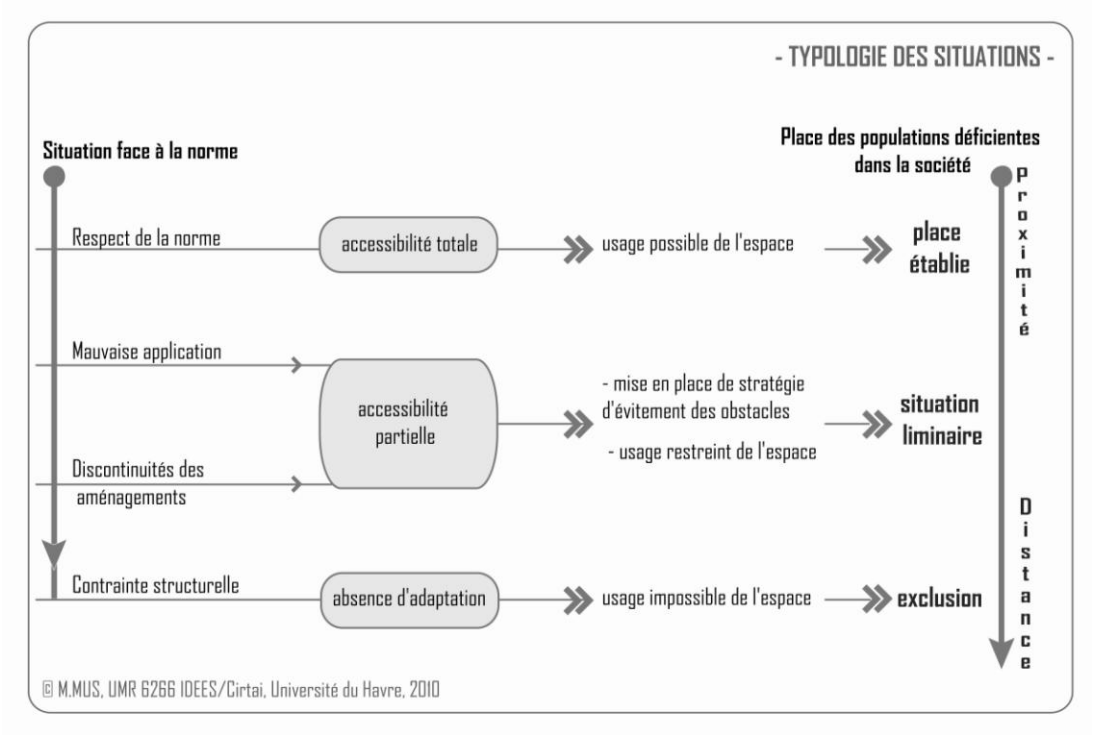
CONCLUSION

Les espaces publics se font et se défont au gré des actions politiques et des pratiques des usagers de l'espace. La législation mise en place à l'échelle nationale révèle une tension constante entre la nécessaire cohérence territoriale affichée dans le principe de chaîne d'accessibilité et la production de ruptures, de discontinuités par les dispositifs législatifs eux-mêmes. À l'échelle nationale, les dispositions liées à l'accessibilité (commission communale, ERP…) sont rendues obligatoires pour certains types de communes et certaines catégories d'ERP. Une différenciation, conduisant à une fragmentation de l'action publique, est donc instaurée par les instances gouvernementales. Les imprécisions sémantiques concernant la définition précise des populations déficientes et de l'accessibilité témoignent du flou politique ayant longtemps régné pour la mise en place effective d'une politique publique efficiente. Sans définition de la population concernée, comment est-il possible de prendre en compte de façon pertinente les besoins et les usages de ces populations ? Comment les acteurs publics peuvent-il mettre en adéquation l'offre de services en relation avec la demande si elle n'est pas clairement identifiée ? L'usage multiple des termes, personnes handicapées, personnes à mobilité réduite, handicapés témoigne de la difficile prise en compte des populations déficientes par les instances gouvernementales.

Face à ces difficultés, trente-cinq ans après la première loi, les espaces publics présentent différents niveaux de contraintes relatives aux normes d'accessibilité en faveur des populations déficientes [cf. Schéma 4-1, p264]. La mauvaise application de la norme ou la réalisation discontinue d'aménagements place les populations déficientes dans une situation ambigüe. Elles doivent faire face à la présence d'aménagements ne leur permettant pourtant pas un usage de l'espace dans des conditions agréables et efficaces. Cette situation reflète précisément la tension entre la proximité souhaitée et la distance imposée. En produisant les aménagements, la société affiche sa démarche positive en faveur des populations déficientes. Dès lors, leur place est pensée et prévue sur le territoire. Pourtant, la mauvaise réalisation des aménagements les fait stagner dans un entre-deux, entre proximité et mise à distance, entre intégration et situation d'exclusion.

Cette problématique de la « place » s'illustre aussi à travers une forme de contradiction, de paradoxe résidant dans la localisation des structures d'accueil spécialisé.

SCHEMA 4- 1


- TYPOLOGIE DES SITUATIONS -
Situation face à la norme
Place des populations déficientes dans la société
Proximité
Distance
Respect de la norme
accessibilité totale
usage possible de l'espace
place établie
Mauvaise application
Discontinuités des aménagements
accessibilité partielle
- mise en place de stratégie d'évitement des obstacles
- usage restreint de l'espace
situation liminaire
Contrainte structurelle
absence d'adaptation
usage impossible de l'espace
exclusion
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

Les données soulignent clairement une répartition inégale entre les petites communes et les grands espaces urbains. La structure architecturale des maisons d'accueil spécialisé ou des foyers de vie dans les grandes villes a tendance à être cloisonnée. L'environnement extérieur aux structures peut, dans certains cas, concourir au cloisonnement par son inadaptation. Le discours actuel concernant les personnes handicapées prônant l'ouverture va à l'encontre de ce que l'analyse spatiale démontre. La dimension territoriale met en lumière un écart entre les politiques publiques valorisant l'intégration des personnes en situation de handicap et la difficile exposition et acceptation de ces personnes dans les villes. Cette analyse agit donc comme un révélateur des comportements sociaux inavoués et inavouables. Cependant, l'approche spatiale à elle seule ne suffit pas à comprendre les phénomènes dans leur globalité. La situation actuelle s'inscrit effectivement dans un long processus historique. Les approches anthropologiques du corps et de la différence suggèrent aussi les peurs que la différence ou le rapport à l'autre peuvent évoquer.

PARTIE 2 – CONCLUSION GÉNÉRALE

LES ENJEUX TERRITORIAUX DE LA PRISE EN COMPTE DES POPULATIONS DÉFICIENTES

L'aménagement du territoire en faveur des populations déficientes pourrait paraître simple et idyllique s'il n'était pas aussi, et surtout, fortement politisé notamment parce qu'il met en jeu des « *acteurs territorialisés* » [Gumuchian, 2003]. L'aménagement est donc « *une affaire de pouvoirs, de rapports de forces, de rivalités entre responsables et forces politiques, d'affrontements entre projets concurrents, entre groupes de pression, où s'expriment les intérêts divergents d'acteurs multiples ; enfin une affaire de citoyens, un objet de débats dans les médias comme sur la place publique* » [Subra, 2009]. Si l'objectif est d'aménager pour atteindre un « *ordre équilibré* » de l'espace, l'action menée est le résultat d'une activité visant à proposer des « *ressources territoriales* » [Gumuchian, Pecqueur, 2007] autant que la conséquence de forts mécanismes politiques et sociaux. L'identification des acteurs du handicap et de leurs échelles territoriales d'action l'a montré. Ce travail a permis de distinguer les difficultés de mise en place et d'application de la législation en faveur des populations déficientes. Cette dimension politique mais aussi sociale, psychologique, économique de l'aménagement du territoire se retrouve dans le parcours législatifs des politiques menées en faveur des populations déficientes.

En contribuant à discerner les acteurs, deux groupes évoluant dans deux types d'espace ont émergé. D'une part ceux qui « produisent » les aménagements évoluant dans « l'espace de la gouvernance » et d'autre part ceux qui sont confrontés au quotidien aux territoires évoluant dans un « espace de vie ». Au sein même de l'espace de la gouvernance, une hiérarchie s'opère entre les législateurs situés en haut de l'État, éloignés du territoire et les collectivités territoriales chargées d'appliquer concrètement les normes législatives. L'importance de la dimension environnementale dans la production des situations de handicap est trop récente pour avoir été intégrée de façon efficace dans les premiers dispositifs législatifs en France. Les différents exemples de mauvaises conceptions des aménagements en témoignent. L'aménagement du territoire en faveur des

populations déficientes est le lieu de nombreuses contradictions. Elles apparaissent entre la volonté d'intégration d'une population dans les sphères politiques dirigeantes et la difficulté à appliquer et réaliser concrètement les éléments législatifs et les normes en vigueur en matière d'aménagement de l'espace. Comment ces contradictions se traduisent-elles dans l'aménagement concret des espaces publics par les collectivités territoriales ? La continuité géographique des aménagements de l'espace public et la cohérence territoriale passé au prisme des dispositifs législatifs devant être mise en place à l'échelle intercommunale et communale permettra de répondre à cette question tout en mettant en évidence des outils chargés de favoriser la cohérence territoriale.

PARTIE 3

CONTINUITÉS ET DISCONTINUITÉS EN GÉOGRAPHIE AU PRISME DES POLITIQUES PUBLIQUES À L'ÉGARD DES POPULATIONS DÉFICIENTES

Les continuités ou discontinuités font directement appel à la dimension spatiale de phénomènes ou objets, matériels ou idéels construisant ou rompant des liens entre eux. Ces termes suggèrent une coprésence ou une mise à distance de réalités diverses. La géographie ne cesse finalement d'explorer ces dimensions des sociétés humaines : d'une part, ce qui rapproche les populations ou d'autre part ce qui les sépare spatialement et d'un point de vue social, économique ou cognitif. Cela fait de la géographie une science indispensable pour comprendre le monde dans lequel s'inscrit notre existence et « *une science pour mieux habiter la planète* [83] » [Pitte, 2009]. Science de « l'habiter » [Lazzarotti, 2006] ou science de « situation » [Lussault, 2009], la géographie et les concepts clés de continuité ou discontinuité s'intéressent aux dynamiques existantes dans la construction du rapport des sociétés à l'espace. Comment inscrivent-ils leur existence, quelles places prennent-ils personnellement mais aussi collectivement ?

Dans le couple indissociable « continuité et discontinuité » semble se jouer un système de valeur méliorative/péjorative. La continuité sous-entend la stabilité, la pérennité voire la durabilité. Les discontinuités, quant à elles, appellent l'instabilité, les irrégularités, les crises. Pointer du doigt des discontinuités rappelle que « *l'espace géographique est hétérogène, c'est une évidence* » [Gay, 2004]. Elles mettent à jour une réalité poreuse et inégale de systèmes spatiaux complexes. Les réseaux, les flux, matériels ou immatériels, visibles ou invisibles sont les figures géographiques des réalités concrètes contemporaines et modernes. La compétitivité, recherchée, par les entreprises par exemple, est marquée par la quête de flux continus. Le développement des réseaux de communications modernes à l'image d'internet ou des téléphones portables dessine une potentialité continue de l'accès à un service, une personne. Être joignable partout et tout le temps, sans interruptions malgré nos déplacements ou activités est possible grâce aux moyens de communication portables et l'extension des réseaux nécessaires. L'efficacité dans les transports de voyageurs à différentes échelles se joue dans la continuité des réseaux. Les discontinuités créent des ruptures de charge, faisant perdre du temps et de l'efficacité. Cet exemple privilégie la ligne et le réseau comme support. L'exemple de la recherche de la mixité sociale ou même de la coprésence dans les espaces urbains dans leur globalité traduit aussi cette quête de continuité dans les rapports sociaux. En ce qui concerne les

[83] Titre d'une intervention/Conférence de Jean-Robert Pitte pour Canal Academie, radio académique francophone sur internet : http://www.canalacademie.com/La-geographie-reste-un-savoir.html

populations déficientes et les aménagements urbains de nombreuses ruptures dans la continuité des équipements, notamment de la voirie, seront observés (chapitre 5). Elles mettent à mal la possibilité de faire un usage efficace de l'espace et sont à l'origine de nombreuses situations de handicap.

La « continuité » en géographie qu'il s'agisse de réseaux ou d'autres formes spatiales apparaît alors comme un idéal à atteindre. Les liens qu'elle induit, entre des objets ou des personnes, se construisent comme l'enjeu des sociétés contemporaines : « *continu et discontinu forment un couple oppositionnel* » [Lussault, 2008]. En marge de cette opposition, il convient aussi de repérer et d'analyser les formes spatiales apparaissant à l'intersection entre la continuité et la discontinuité. Les enjeux et les difficultés de l'interterritorialité passés au prisme des politiques publiques en faveur des populations déficientes en est un exemple [chapitre 6]. Pour autant, il ne s'agit pas d'opposer « continuité » et « discontinuité » dans une dualité irréversible mais d'utiliser l'identification des points de rupture et des espaces marginalisant comme un outil pour une meilleur cohérence et cohésion des aménagements en faveur des populations déficientes [chapitre 7]. La continuité est alors envisagée comme l'objectif, l'idéal à atteindre permettant aux populations déficientes d'intégrer les espaces urbains tout en favorisant l'aménagement durable des sociétés.

Chapitre 5

Les communes françaises face au défi de l'accessibilité territoriale

Les politiques publiques se territorialisent. M.Vanier constate que les politiques publiques ont surinvesti le territoire conduisant à un sur-régime territorial : « *il est vrai que ce surinvestissement relève parfois davantage du discours que de la pratique, mais l'effet d'indigestion est le même. Le surinvestissement est dans la croyance que les territoires, ces étendues appropriées et politiquement organisées, ont réponse à tout. L'Europe, l'État, les Régions, les Départements ont, successivement, adopté cette croyance* » [Vanier, 2008]. Les collectivités territoriales, acteurs des territoires mettant en pratique les décisions politiques, ont-elles les moyens pratiques et techniques de réaliser les politiques publiques ? De quels moyens disposent-elles ? Une réflexion est-elle portée sur les dispositifs, les outils permettant la mise en place effective des actions engagées par les territoires concernés ?

L'action en faveur des populations déficientes est un bon exemple des transformations évoquées. La loi du 11 février 2005 en faveur des populations déficientes n'échappe pas à ce constat. Décidée à l'échelle nationale, elle implique la réalisation de prescriptions législatives (schéma directeur d'accessibilité, plan de mise en accessibilité de la voirie et des espaces publics, diagnostic ERP, mise en place des commissions communales ou intercommunales d'accessibilité) par différents acteurs du territoire (AOT, intercommunalité, commune) et selon des échelles d'intervention politique variées. Les dispositifs législatifs renvoient à certaines prérogatives mettant en jeu un calendrier précis pour la réalisation de différentes actions sur le territoire.

Parmi les nouveaux dispositifs législatifs de la loi de 2005, les communes ou les Établissements Publics de Coopération Intercommunaux de plus de 5 000 habitants doivent réaliser un état des lieux de leur patrimoine public. Comment y font-elles face ? Comment réaliser concrètement l'état des lieux de ce patrimoine ? C'est précisément l'interrogation à laquelle de nombreux acteurs locaux doivent faire face. Quelles sont les différentes possibilités offertes à ces collectivités ? Quels sont les enjeux des diagnostics

accessibilité des Établissements Recevant du Public dont elles ont la charge ? Après avoir répondu à ces questions, l'état des lieux mené dans la commune de Villeneuve-d'Ascq mettra en évidence les différentes étapes nécessaires afin d'établir le niveau d'accessibilité des Établissements Recevant du Public d'une commune prenant en compte les quatre grands types de déficiences. De la réalisation de l'état des lieux à la visualisation des résultats à l'échelle du bâtiment puis de la commune, quels sont les obstacles auxquels sont confrontés les populations déficientes pour l'accès et l'usage des Établissements Recevant du Public ?

5.1 – COMMENT LES COMMUNES FONT-ELLES FACE AUX DIAGNOSTICS DE LEUR TERRITOIRE ?

Que représentent l'accessibilité et la prise en compte des populations déficientes dans l'aménagement du territoire pour les communes ? Est-ce une préoccupation ? La loi de 2005, en imposant le respect d'une date pour les plans de mise en accessibilité de la voirie et des espaces publics [23 décembre 2009], pour le diagnostic des ERP et pour la réalisation des travaux, impose une prise de décision rapide. Elle place les communes face à l'obligation d'une réflexion en la matière. De quels moyens les communes disposent-elles ? Comment réagissent-elles face à ces prérogatives ?

Lors d'un des entretiens que j'ai mené avec un responsable de l'Association Française contre les Myopathies (AFM), il a souligné avec beaucoup de pertinence que la réglementation concernant l'accessibilité entrée en vigueur depuis 2005 *« est une jolie boîte à outils vide »*. Face aux obligations législatives, quels outils sont mis à la disposition des acteurs locaux ? Au plus proche du territoire, ce sont eux qui sont chargés de traduire les actes législatifs en actions sur le territoire.

Il est possible d'envisager la mise en accessibilité des territoires à travers la dialectique de l'offre et de la demande. La demande découle des dispositifs législatifs à mettre œuvre par les collectivités territoriales tandis que l'offre renvoie aux différentes ressources mises à la disposition des acteurs territoriaux afin de répondre à cette demande.

5.1.1 - Les diagnostics accessibilité : une prescription gouvernementale imprécise ?

Quels sont les principes, les outils et les moyens mis à la disposition des acteurs territoriaux en charge de réaliser les prescriptions gouvernementales ?

5.1.1.1 Le principe de « chaîne du déplacement »

L'article 45 de la loi du 11 février 2005 relie l'accessibilité en faveur des populations déficientes au principe de la « chaîne d'accessibilité ». Chaque élément structurant un territoire doit s'inscrire dans cette logique. Cette chaîne comprenant *« le cadre bâti, la voirie, les aménagements des espaces publics, les systèmes de transport et leur intermodalité, est organisée pour permettre son accessibilité dans sa totalité aux personnes handicapées ou à mobilité réduite »* [Art.45]. L'ensemble des fonctions urbaines sont donc prises en compte. Plusieurs acteurs sont concernés : les autorités organisatrices de transport pour les réseaux de transports publics, les commissions communales ou intercommunales pour dresser le bilan des logements accessibles sur leur

territoire ainsi que le lancement des diagnostics accessibilité des Établissements Recevant du Public.

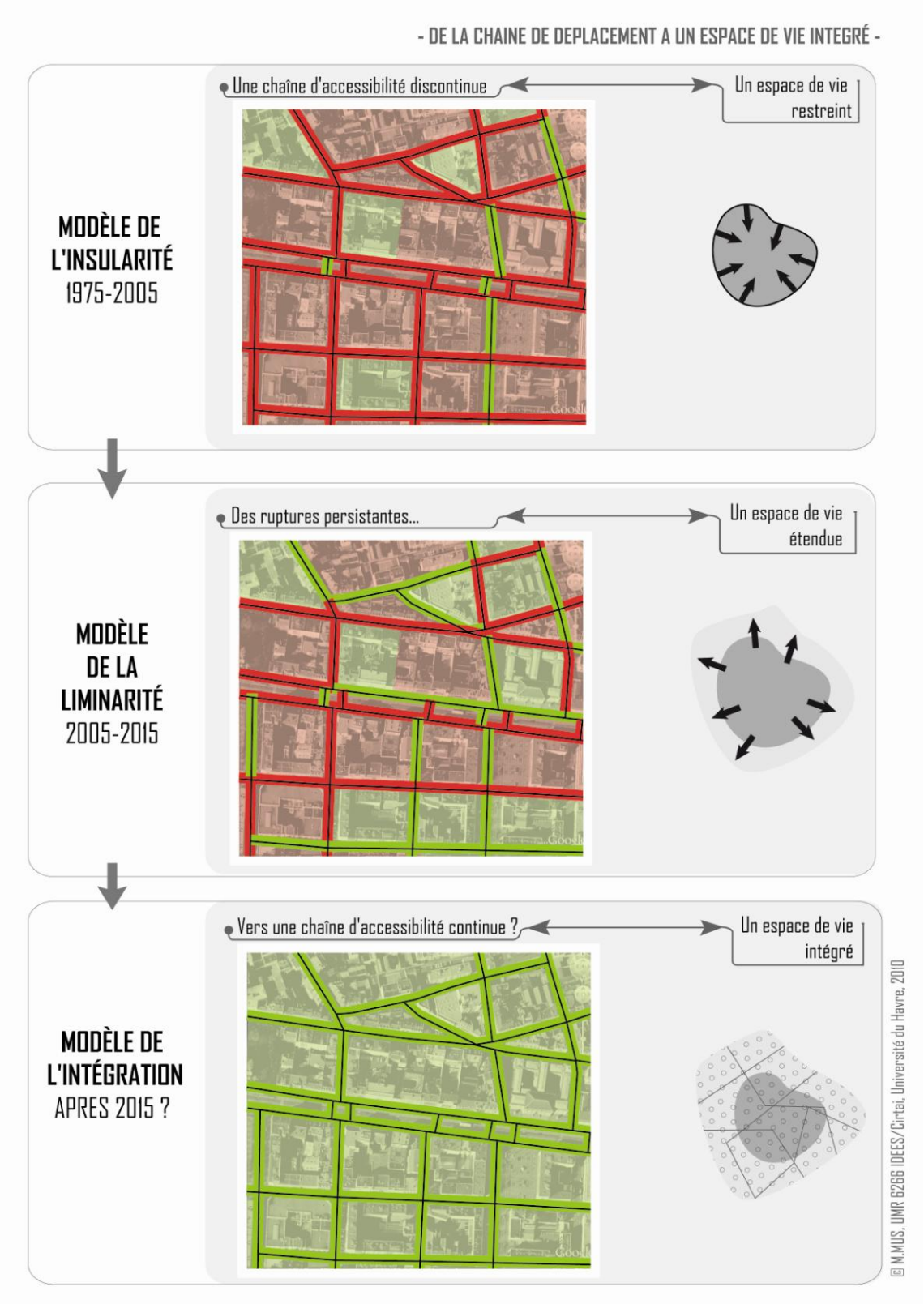
L'idée de « chaîne » de déplacement fait appel à une idée forte. Une chaîne est constituée de différentes mailles. Dans la chaîne de déplacement, chaque élément représente un maillon : la voirie, les ERP, les moyens de transports, le logement, etc. Si chacun des éléments est conforme à la réglementation, les liens se créent entre les différents objets spatiaux formant alors une chaîne. Ce principe permet d'inverser la logique spécialisée et ponctuelle d'aménagement, développée jusqu'à maintenant. Il doit permettre de passer d'un espace de vie restreint basé sur une forme insulaire de l'accessibilité à un espace de vie de plus en plus étendu puis complètement intégré [cf. Schéma 5- 1, p277]. En respectant et développant la chaîne d'accessibilité, il est alors envisageable de passer d'un modèle d'aménagement insulaire où l'accessibilité est pensée ponctuellement, sur des lieux précis, à un modèle d'intégration complet si tous les maillons de la chaîne sont adaptés à l'ensemble des populations déficientes. Actuellement, entre un modèle d'intégration passée (1975-2005) et l'idéal de 2015, la situation dessinée dans les chapitres précédents reflète une position liminaire. Certains aménagement existent ou se développent mais le chantier de l'adaptation des territoires aux besoins des populations déficientes est en cours, impulsé par les prérogatives de 2005. Le modèle de l'intégration pourra être atteint si chaque élément de la chaîne de déplacement est pris en compte et adapté à l'ensemble des populations déficientes d'ici à 2015.

Les étapes préalables à l'adaptation des différents éléments concernés passent par deux démarches indispensables pour répondre aux exigences normatives de la législation.

La première étape nécessaire comprend la réalisation d'un état des lieux. Il s'agit avant tout d'un recensement du patrimoine immobilier, des différentes lignes d'un réseau, des différents véhicules, des différents éléments de voirie et du mobilier urbain concernés. Il apparaît indispensable d'avoir une vision précise de l'ensemble des éléments devant répondre aux principes de l'accessibilité aux populations déficientes. Cette étape préalable est importante. L'oubli d'un élément peut rompre l'enchaînement.

Une fois l'état des lieux dressé, il convient d'identifier les éléments constitutifs d'un logement, de la voirie, d'un réseau de transport, d'un établissement recevant du public n'étant pas conforme aux principes législatifs développés par la législation. Il sera alors possible de proposer les travaux permettant d'adapter les différents objets de la chaîne de déplacement aux besoins et aux usages des populations déficientes.

SCHEMA 5- 1


- DE LA CHAINE DE DEPLACEMENT A UN ESPACE DE VIE INTEGRÉ -
MODÈLE DE L'INSULARITÉ 1975-2005
Une chaîne d'accessibilité discontinue
Un espace de vie restreint
MODÈLE DE LA LIMINARITÉ 2005-2015
Des ruptures persistantes...
Un espace de vie étendue
MODÈLE DE L'INTÉGRATION APRES 2015 ?
Vers une chaîne d'accessibilité continue ?
Un espace de vie intégré
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

Le diagnostic constitue l'étape déterminante pour répondre aux exigences législatives et par voie de conséquence indispensable pour l'accès des populations déficientes aux différents espaces considérés.
Cela engage les différents acteurs du territoire à réaliser un travail conséquent.

Dans le cadre de l'étude menée ici, l'intérêt s'est porté sur les établissements recevant du public. Ils représentent un patrimoine plus ou moins important selon les communes. Permettre à l'ensemble de la population et notamment les populations atteintes de déficiences d'avoir accès aux espaces publics recouvre une dimension symbolique forte. L'existence et la reconnaissance d'un individu comme citoyen à part entière passe notamment par la possibilité de pénétrer dans ces espaces publics ouverts par principe à l'ensemble de la population et d'utiliser les services disponibles. L'accès aux mairies par exemple, aux bureaux de vote pendant les élections représente un enjeu et une démarche importante dans la place offerte aux populations déficientes dans l'espace public et citoyen commun.

Les communes se sont donc vu attribuer un certain nombre de dispositifs législatifs à mettre en œuvre sur leur territoire. Pour autant, l'État a-t-il produit les outils permettant leur application concrète ?

5.1.1.2 Les diagnostics accessibilité des ERP : enjeu et débat

D'un point de vue institutionnel, les décrets d'application, arrêtés, circulaires ou directives dictent les normes à respecter, en termes de largeur de porte, de présence ou non d'un ascenseur, de taille des marches pour un escalier, de hauteur de commande d'urgence, de réalisation des sanitaires, etc. Ces normes sont reprises dans les différents « codes » en vigueur, tel que le code de la construction et de l'habitation, le code de l'urbanisme ou le plus récent « code du handicap » paru pour la première fois en 2009. Cependant, même si la loi, les arrêtés, les circulaires ou directives précisent les normes à respecter concernant l'aménagement de la voirie ou des établissements recevant du public, les communes n'ont pas à leur disposition de protocole, d'outils méthodologiques leur permettant de comprendre comment passer des principes législatifs au diagnostic de leur territoire. Les membres des collectivités territoriales chargés de mettre en place la législation sont confrontés à cette interrogation. Dès lors, elles se trouvent face à deux

possibilités pour réaliser l'état des lieux de leur patrimoine bâti. La première est de faire appel à un prestataire extérieur, professionnel : c'est le principe de l'externalisation. Les prestataires de services doivent justifier d'une formation dans le domaine de l'accessibilité. La seconde possibilité est de réaliser elles-mêmes l'état des lieux et le diagnostic. La loi n'impose rien en la matière. Pourtant, ces deux possibilités revêtent un enjeu extrêmement important. En effet, la réalisation des diagnostics des ERP serviront à mettre en œuvre les travaux d'aménagement pour les différentes populations déficientes. L'identification des éléments non conformes à la réglementation doit donc être précise et minutieuse. Si le diagnostic ne prend pas en compte l'ensemble des normes et l'ensemble des déficiences (motrices, sensorielles, cognitives), l'usage des bâtiments et de leurs fonctions sera limité pour certains individus. Cette identification est garante des aménagements futurs. Par conséquent, le diagnostic et par la suite les aménagements réalisés auront un impact sur l'usage des bâtiments par les populations déficientes. En termes économiques, un mauvais diagnostic peut engendrer un surcoût si les éléments à mettre aux normes sont mal identifiés. La réalisation du diagnostic et ses conséquences se répercuteront directement sur l'intégration des populations déficientes au cœur des espaces publics de la société.

Le recours à un prestataire extérieur implique, pour les communes, d'être en mesure de rédiger un cahier des charges précis. Un certain nombre de connaissances dans le champ du handicap est donc nécessaire. La réalisation d'un diagnostic par la commune suggère une connaissance parfaite des normes à appliquer et la réalisation d'un protocole d'actions. Cela soulève plusieurs difficultés en termes de personnel technique et d'outils mis à la disponibilité des communes pour réaliser les diagnostics. Comment les collectivités territoriales sont-elles guidées dans leur choix et démarches ? La question du développement d'outils d'aide à la décision, à l'élaboration de cahier des charges ou de diagnostic est importante pour les communes ne souhaitant pas faire appel à un prestataire extérieur. Même si les normes sont prescrites dans les textes de lois et ses décrets, leur lecture ne suffit pas à la bonne réalisation des diagnostics. Dans cette mesure, qui doit réaliser les diagnostics et comment ? Quelles sont les possibilités offertes ?

5.1.1.3 Quels outils sont développés par les instances nationales ?

A l'échelle nationale, les instances gouvernementales disposent de plusieurs acteurs produisant des ressources et des outils pour les acteurs territoriaux. Ainsi, dès juin

2005, le Centre d'Etudes sur les Réseaux, les Transports, l'Urbanisme et les constructions publiques (CERTU) a invité les différents acteurs intéressés et concernés à une journée d'échanges sur les outils de diagnostics pour une ville accessible à tous[84]. Le CERTU émet l'idée selon laquelle « *les nouvelles obligations posent la question des méthodes : de quels outils de diagnostics de l'accessibilité dispose-t-on ? De quels indicateurs ?* » [Certu, 2005]. Le travail du CERTU est basé sur des études de cas et un échange entre les acteurs y ayant participé. Le CERTU met en lumière des « bonnes pratiques » locales. Ainsi, les diagnostics accessibilité de la ville de Troyes ou de Marseille sont alors présentés avec les avantages et les limites de chacun. La méthodologie employée et les résultats sont mis en lumière. Le CERTU apporte donc des outils en mettant en ligne gratuitement certaines de ces ressources pouvant alors être réutilisées par d'autres collectivités. Cependant, il n'y a pas de grille d'analyse ou de protocole clairement établi permettant précisément de réaliser un diagnostic accessibilité.
En décembre 2006, le CERTU édite un nouvel ouvrage sur « *les diagnostics d'accessibilité urbaine* ». C'est précisément dans la logique d'une démarche conceptuelle et méthodologique face au contexte législatif que le CERTU et les CETE (Centre d'Etudes Techniques de l'Equipement) ont eu la volonté « *d'aider, en particulier, les élus chargés de piloter la mise en place d'une démarche de diagnostic sur leur commune* » [CERTU, 2006]. L'étude proposée par le CERTU s'appuie sur une dizaine de cas, diagnostic accessibilité ou réflexion autour d'un indice d'accessibilité.

L'approche technique est abordée de manière importante. L'accent est mis sur l'usage « *d'outils visuellement parlants* » tel que des plans et des photos lors du diagnostic ainsi que le recours à des outils simples et accessibles pour les collectivités tels que l'usage de simples logiciels de tableur. Cependant, si le CERTU évoque les différentes phases à considérer avant de se lancer dans le diagnostic et propose de nombreuses études de cas, il ne propose pas pour autant un outil ou une « valise pédagogique » permettant de réaliser concrètement un état des lieux. L'étude du CERTU expose plusieurs configurations. Dans certains cas, l'étude a été entreprise et réalisée par la DDE, dans les autres cas, ce sont les villes qui ont lancé et réalisé elles-mêmes le diagnostic. Chacune a développé avec ses connaissances et ses possibilités une forme de diagnostic prenant en compte les spécificités locales et les obligations nationales. On peut alors s'interroger sur

[84] Ville accessible à tous : quels outils de diagnostics ?, Journée d'étude du 15 juin 2005, CERTU

l'homogénéisation des résultats et les finalités des diagnostics. Le CERTU aborde le « diagnostic » comme une étape d'un processus d'aide à la décision. Plus qu'une étape, il constitue la base sur laquelle les politiques et les aménageurs vont agir. Or, il apparaît clairement que chaque commune adopte une méthode différente. La base est pourtant la même pour tous dans la mesure où chacun doit suivre les principes et les normes de la loi de 2005. Cependant, la loi peut laisser libre cours à une interprétation. Toutes les communes vérifient-elles vraiment tous les critères d'accessibilité ? Et le font-elles en fonction de tous les types de déficience ? Même avec une base commune, les résultats et l'objectif d'intégration des populations déficientes dans la vie de nos cités peuvent être différents si toutes les collectivités n'établissent pas de la même manière l'état des lieux de leur patrimoine public face aux besoins et aux usages des populations déficientes.

Devant la complexité des aménagements et des normes à respecter, il apparaît clairement que les instances gouvernementales devraient produire un « outil » avec une démarche à suivre et une grille d'analyse de façon à ce que chacun ait la même base d'action. Pour autant, sans nier le travail considérable fourni notamment par le CERTU en permettant les échanges, un manque de réflexion sur le développement d'outils à l'échelle nationale apparaît. Une politique d'envergure menée sur l'ensemble du territoire doit doter les collectivités territoriales des éléments techniques et des ressources suffisantes pour mettre en place les actions. Les normes pour l'aménagement des espaces publics sont précises. Pourquoi ne pas aller jusqu'au bout de la démarche en produisant l'ensemble des « outils » nécessaires afin de les mettre à la disposition des collectivités territoriales ?

5.1.2 - L'offre associative et privée en matière de diagnostic accessibilité des ERP

Les secteurs associatifs et privés ont déployé un certain nombre d'initiatives dans le domaine de l'accessibilité. Certaines initiatives élaborées par le milieu associatif apportent des éléments intéressants pouvant être réutilisés dans le cadre de la réalisation des diagnostics accessibilité. Le secteur privé s'est placé comme acteur de « l'offre » en proposant de réaliser des diagnostics.

5.1.2.1 Des initiatives associatives originales

Le milieu associatif joue un rôle important dans le monde du handicap. Acteur incontournable, il apparaît au centre de la concertation notamment en étant intégré dans de nombreuses commissions communales d'accessibilité. En tant « qu'expert », le milieu associatif a un rôle important à jouer pour revendiquer la nécessaire adaptation de la ville

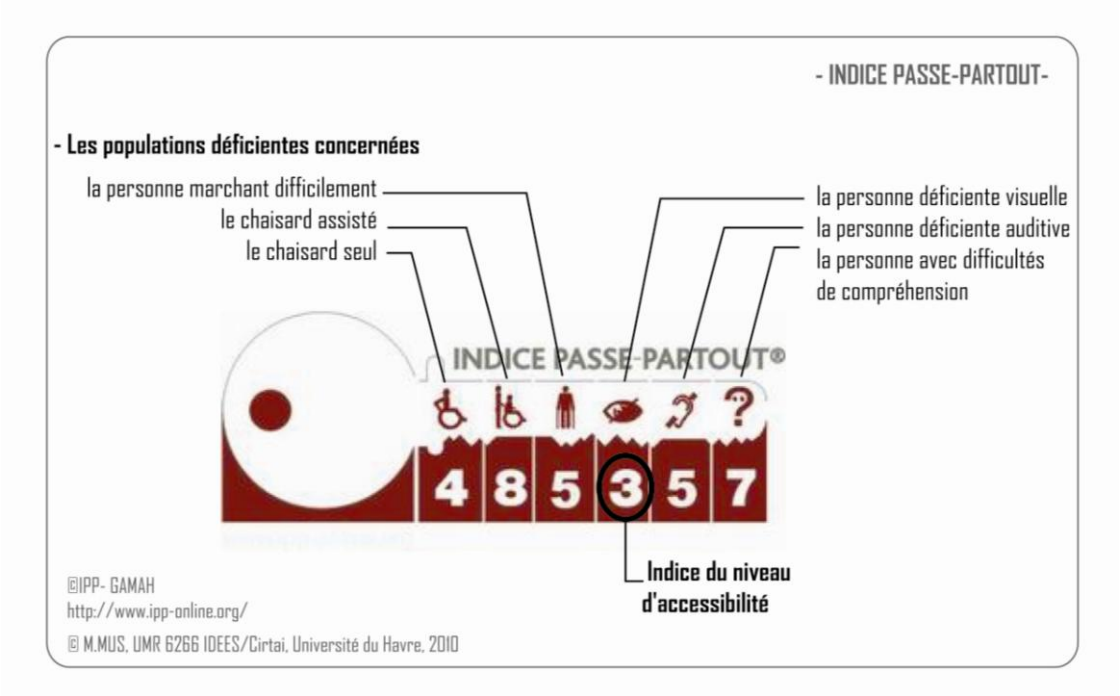
aux populations déficientes mais aussi dans la production de solutions d'aménagement ou dans l'élaboration d'outils permettant d'évaluer l'accessibilité des bâtiments.
En matière d'accessibilité, deux initiatives retiennent l'attention à plusieurs niveaux. Ces deux exemples ne sont pas explicitement des diagnostics « accessibilité » tels que la législation le prévoit. La première initiative présentée est celle de l'association belge GAMAH. Elle a créé un indice permettant d'évaluer le niveau d'accessibilité d'un bâtiment ou d'un espace, public ou privé, en fonction des pratiques des différentes populations déficientes. La seconde initiative associative a été entreprise par l'association française J'accède.com autour de la réalisation d'une plateforme web participative. Ces deux associations offrent un regard intéressant sur l'accessibilité en produisant des outils et des démarches ré-exploitables.

L'association GAMAH a créé l'inde Passe-Partout (IPP). Cet indice a la particularité de prendre en compte différents types de déficience et d'attribuer à chaque type de déficience un indice sur les différentes étapes rentrant en jeu dans l'usage d'un bâtiment ou d'un espace. Les déficiences motrices sont divisées en trois cas différents : la personne marchant difficilement, le chaisard[85] assisté, le chaisard seul. On distingue ensuite, les autres formes de déficiences : visuelles, auditives et cognitives (personnes avec difficultés de compréhension). Chaque type de déficience est représenté par un pictogramme différent [cf. Encadré 5- 1, p283].

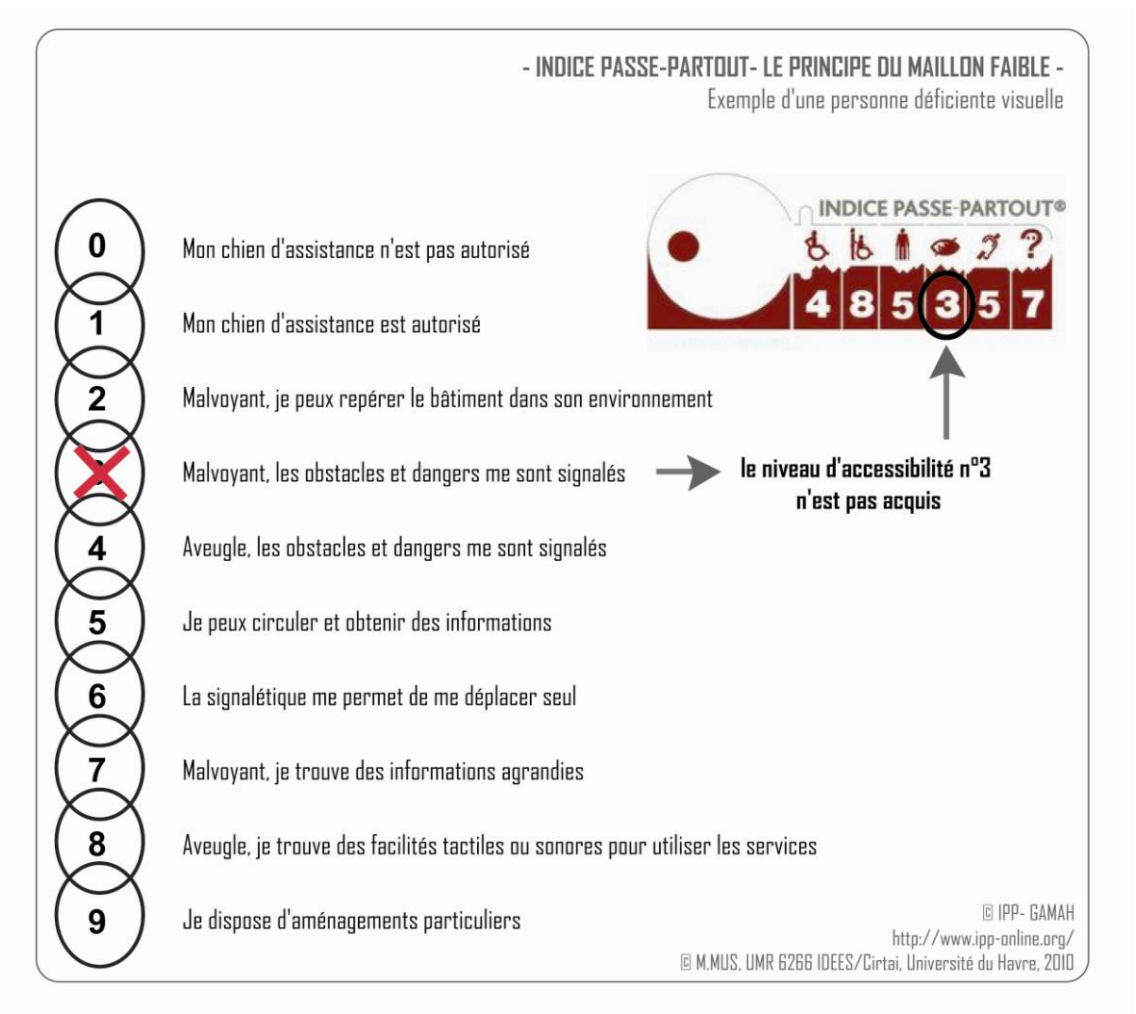
L'indice Passe-Partout appuie sa conception autour des différentes étapes d'une chaîne d'usage d'un bâtiment, c'est-à-dire autour de la réalisation des différentes actions logiques permettant l'usage des différentes fonctions d'un espace dans sa totalité. Ainsi, pour chaque type de déficience, une « *série de fonctions indispensables des bâtiments dont l'accessibilité doit être garantie* » [Gamah] ont été établie. Ces fonctions sont classées de 0 à 9 [cf. Encadré 5- 2, p283]. L'exemple des personnes atteintes de déficiences visuelles met en avant les différentes étapes nécessaires pour garantir l'accessibilité d'un espace aux individus concernés. Si l'une des étapes n'est pas satisfaisante la chaîne est rompue. Dans ce cas, l'indice attribué au bâtiment pour les déficients visuels sera égal à 3, même si les étapes suivantes (4 à 9) sont adéquates. La chaîne d'accessibilité s'interrompt et crée un obstacle.

[85] « Chaisard » est le terme belge pour parler des personnes se déplaçant en fauteuil roulant. Il n'appelle aucune connotation négative.

ENCADRE 5- 1



ENCADRE 5- 2

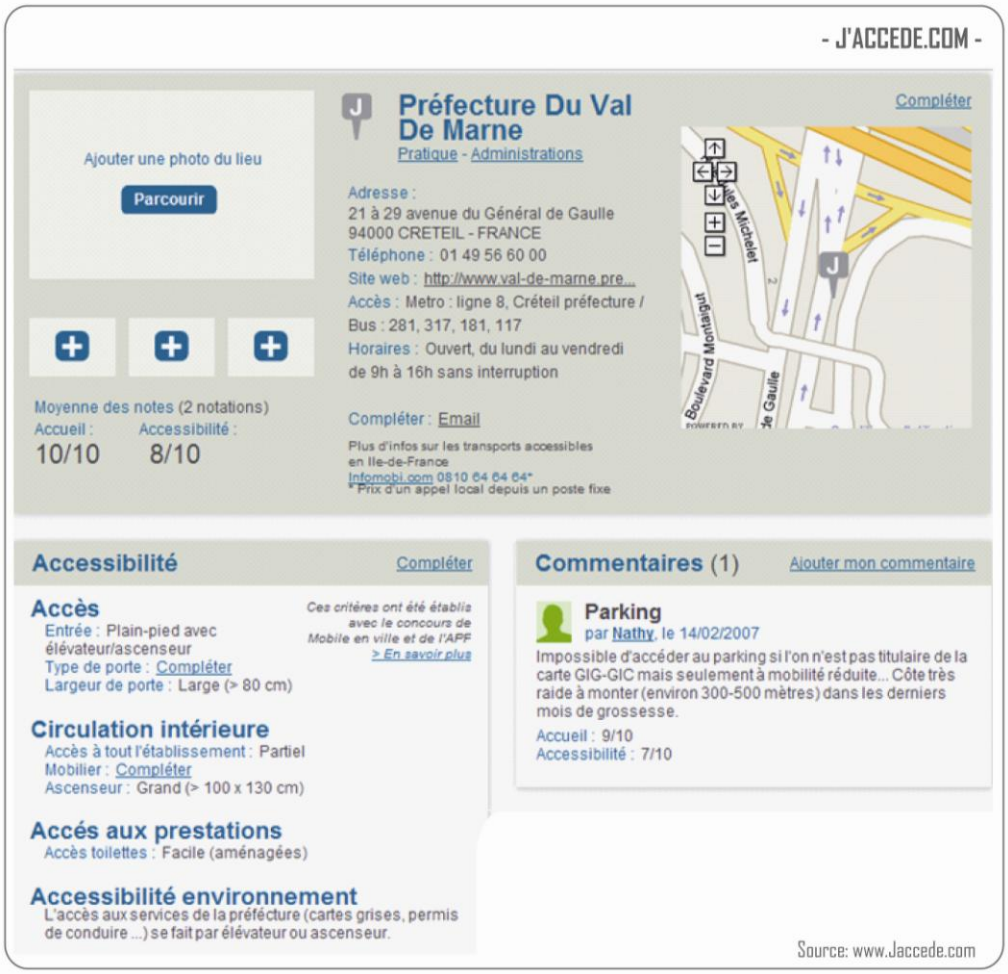


En terme d'accessibilité, l'indice Passe-Partout ne se base pas sur les normes prescrites par la législation française. Cependant, il présente de nombreux avantages. La première est son efficacité visuelle. Pour les usagers d'un bâtiment, la présentation de l'indice permet de comprendre rapidement le niveau d'usage d'un bâtiment qu'une personne atteinte de déficience pourra obtenir. Pour les personnes étant en charge des bâtiments, il offre la possibilité d'identifier le moment ou la chaine d'accessibilité se rompt et donc de prévoir une intervention sur l'obstacle rompant la chaîne d'usage. L'appréhension du niveau d'accessibilité sur la chaine de déplacement peut être pertinemment réutilisée dans l'élaboration des diagnostics accessibilité. En s'appliquant au plus près de la pratique d'un bâtiment, il permet d'identifier les lieux de ruptures.

Concernant l'accessibilité des espaces publics, la plate-forme internet *J'accède.com* offre un exemple intéressant à transposer dans le domaine des sites webs des collectivités territoriales. L'intérêt de cette initiative est moins dans l'idée d'évaluation de l'accessibilité d'un bâtiment que dans celle de la collaboration et d'échange d'informations en ligne. Le site internet de *J'accède.com* se présente comme un guide collaboratif ou chaque membre de la communauté (préalablement inscrit sur le site) peut mettre en ligne des informations sur l'accessibilité et émettre un avis sur un lieu (restaurant, cinéma, théâtre…) en proposant un commentaire personnel. Les résultats se présentent, sur le site internet, sous forme d'une carte et d'une fiche signalétique [cf. Encadré 5- 3, p285].

La fiche permettant d'évaluer l'accessibilité du lieu est assez sommaire et essentiellement basée sur l'accessibilité pour les déficiences motrices. Cependant, cette interface offre un exemple intéressant à deux niveaux : premièrement, au niveau du partage de l'information entre les individus ; deuxièmement, au niveau de la mise à disposition de l'information au public. Il est possible d'envisager l'appropriation par les collectivités territoriales de ce type d'outil, simple d'usage et d'accès pour les administrés.

ENCADRE 5- 3



5.1.2.2 L'offre privée au service des collectivités : des professionnels de l'accessibilité ?

La réalisation des diagnostics accessibilité par un prestataire extérieur fait partie des choix possibles pour les collectivités territoriales. Depuis la promulgation de la loi du 11 février 2005, au vu de contraintes fixées en termes de calendrier, le marché des bureaux d'études privés réalisant des diagnostics accessibilité est florissant. Pour les collectivités territoriales, cette solution présente l'avantage de confier à des professionnels du domaine le travail à réaliser. La demande s'inscrivant dans le cadre d'un marché public, cela passe par un processus d'appel d'offre lancé par les collectivités territoriales.

Le marché de l'accessibilité se joue autour de trois activités : la formation des acteurs territoriaux aux principes de l'accessibilité, la réalisation des diagnostics accessibilité et la réalisation des travaux de mise en conformité suite au diagnostic établi.

Les critères participant aux choix des communes lors de la réception des réponses à l'appel d'offre dépendent notamment des contraintes financières, de l'échéancier proposé et de la conformité de la réponse face aux cahiers des charges. L'offre privée est assez hétéroclite et dévoile un éventail important de réponses. Comment les collectivités territoriales peuvent-elles s'y retrouver et faire leur choix ? Il n'y a pas de système de certification nationale reconnaissant la qualité et la conformité de l'accessibilité d'un bâtiment. Dès lors, certaines entreprises ou corporations ont choisi de se regrouper autour d'un engagement « qualité ». Ainsi, en août 2005, les professionnels de l'accessibilité se sont regroupés au sein de l'Association Française des Professionnels pour l'Accessibilité aux Personnes Handicapées (AFPAPH). Les objectifs de cette association sont de « *rédiger et adopter une charte éthique de la profession, de représenter les professionnels de l'accessibilité auprès des pouvoirs publics et des associations, d'organiser et d'échanger les bonnes pratiques et de promouvoir l'innovation dans le domaine de l'accessibilité* » [AFPAPH].

ENCADRE 5- 4

A travers le même principe, l'Union Nationale des Économistes de la Construction [UNTEC] a crée en janvier 2009, la marque *Éco-accessibilité* [Encadré 5- 4].

L'apport de l'*Éco-accessibilité* repose sur la création d'une marque collective mettant en relation sous forme de réseau les qualités d'expertise des économistes de la construction avec des opérateurs chargés de réaliser les diagnostics sous la marque « Éco-accessibilité ». Après avoir déterminé les capacités et compétences professionnelles des opérateurs, les futurs diagnostiqueurs reçoivent une formation spécifique. La marque apporte une méthodologie et des outils de diagnostics. Pour le moment, « Éco-accessibilité » dispose de 200 opérateurs répartis sur l'ensemble du territoire français.

Ces démarches de labellisation ou de fédération, bien que soutenues par des professionnelles sont-elles réellement un gage de qualité ? Plusieurs entreprises privées réalisent des diagnostics accessibilité d'après la législation en vigueur pour les villes de

France. Accèmétrie[86], Véritas font partie des plus connues. Accèsmétrie par exemple revendique la réalisation d'environ 6000 diagnostics accessibilité de lieux. Le cabinet les a réalisés pour de nombreuses grandes villes françaises telles que Paris, Lyon, Périgueux, Le Havre, Troyes, Brest… Le travail de diagnostic mené par ces entreprises repose en général sur deux principes. Le premier est la mesure objective du niveau d'accessibilité du site. Cette première approche se base pour Accèsmétrie par exemple sur « *l'analyse fonctionnelle des lieux et des bâtiments, l'étude des trajets depuis les abords, l'entrée et l'accueil vers les différentes fonctions dans une logique de cheminement, l'établissement d'une liste exhaustive des obstacles et détection des points critiques d'inaccessibilité* » [Accèsmétrie]. Cela leur permet de créer un indice d'accessibilité, allant de 0 à 100% correspondant au respect des réglementations et normes en vigueur. La deuxième étape consiste à l'amélioration de la situation observée. Ainsi, pour chaque obstacle critique identifié, Accèsmétrie propose une ou plusieurs préconisations élaborées et chiffrées par un architecte spécialisé. Accèsmétrie fournit le niveau d'accessibilité atteint après préconisations et le montant global des travaux à effectuer. Enfin, il propose l'élaboration d'un plan d'actions avec constitution d'un groupe de travail interdisciplinaire pour sélectionner et hiérarchiser les préconisations et l'animation du groupe de travail, suivi du plan d'actions. Cela constitue les étapes normales et attendues d'un diagnostic.

A travers cet exemple, plusieurs questions se posent concernant la méthode engagée par les cabinets privés. Le repérage des obstacles se base sur l'identification « d'obstacles critiques » [cf. Exemple Annexe 6 et 7] à travers une approche « fonctionnelle » d'un bâtiment. Cela semble suggérer qu'une forme de hiérarchisation est réalisée pour le repérage des obstacles. Y-a-t-il des obstacles plus critiques que d'autres ? Théoriquement, le diagnostic accessibilité doit passer en revue l'ensemble des normes préconisées par la législation française. Tous les éléments normatifs doivent être abordés. C'est ensuite dans la réalisation des travaux que les collectivités peuvent faire le choix de privilégier en premier lieu certains aménagements plus ou moins indispensables. Une autre question se pose concernant l'accessibilité. Pour qui l'accessibilité est-elle réalisée ? À aucun moment, Accèsmétrie ne mentionne les différentes populations déficientes. L'indice d'accessibilité est proposé de façon générale. Pourtant, l'accessibilité d'un bâtiment et les besoins des usagers diffèrent selon le type de déficiences. Ainsi, un bâtiment peut

[86] Le travail mené par Accèsmétrie est disponible sur leur site internet : http://www.accesmetrie.com/FR/index.php

présenter des obstacles pour une personne atteinte de déficience motrice et en même temps aucun pour les personnes présentant, par exemple, une surdité. L'idée d'un indice reprenant un niveau d'accessibilité globale n'apparaît pas pertinent et peu scientifique.

Les stratégies des acteurs privés démontrent une volonté de se placer sur le marché de l'accessibilité, chacun étant persuadé d'être le plus expert possible en la matière. Pourtant, l'absence de prise en compte des spécificités de chaque type de déficience représente une lacune importante dans le travail mené d'autant plus grave que l'impact pour les populations concernées est direct et les investissements financiers des collectivités territoriales importants.

5.2 – L'ACCESSIBILITÉ DES ÉTABLISSEMENTS RECEVANT DU PUBLIC A VILLENEUVE D'ASCQ : CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE

À travers l'exemple d'une étude menée dans la commune de Villeneuve d'Ascq, nous nous attacherons à préciser quelles sont les différentes étapes permettant de réaliser un état des lieux de l'accessibilité des Établissements Recevant du Public à l'échelle d'une commune.

Quel intérêt le terrain villeneuvois présente-t-il ? Quelle méthode a été déployée pour investir l'ensemble des trois cents bâtiments publics de la commune ? Comment peut-on établir le niveau d'accessibilité du patrimoine bâti de cette commune ? Quelles ont été les différentes étapes de l'étude ?

5.2.1 - Le choix du terrain

L'étude menée relève d'un contexte législatif particulier inhérent à la loi de 2005. Les acteurs y ayant participé et le terrain villeneuvois ont une histoire antérieure à cette décision législative.

5.2.1.1 Une collaboration tripartite

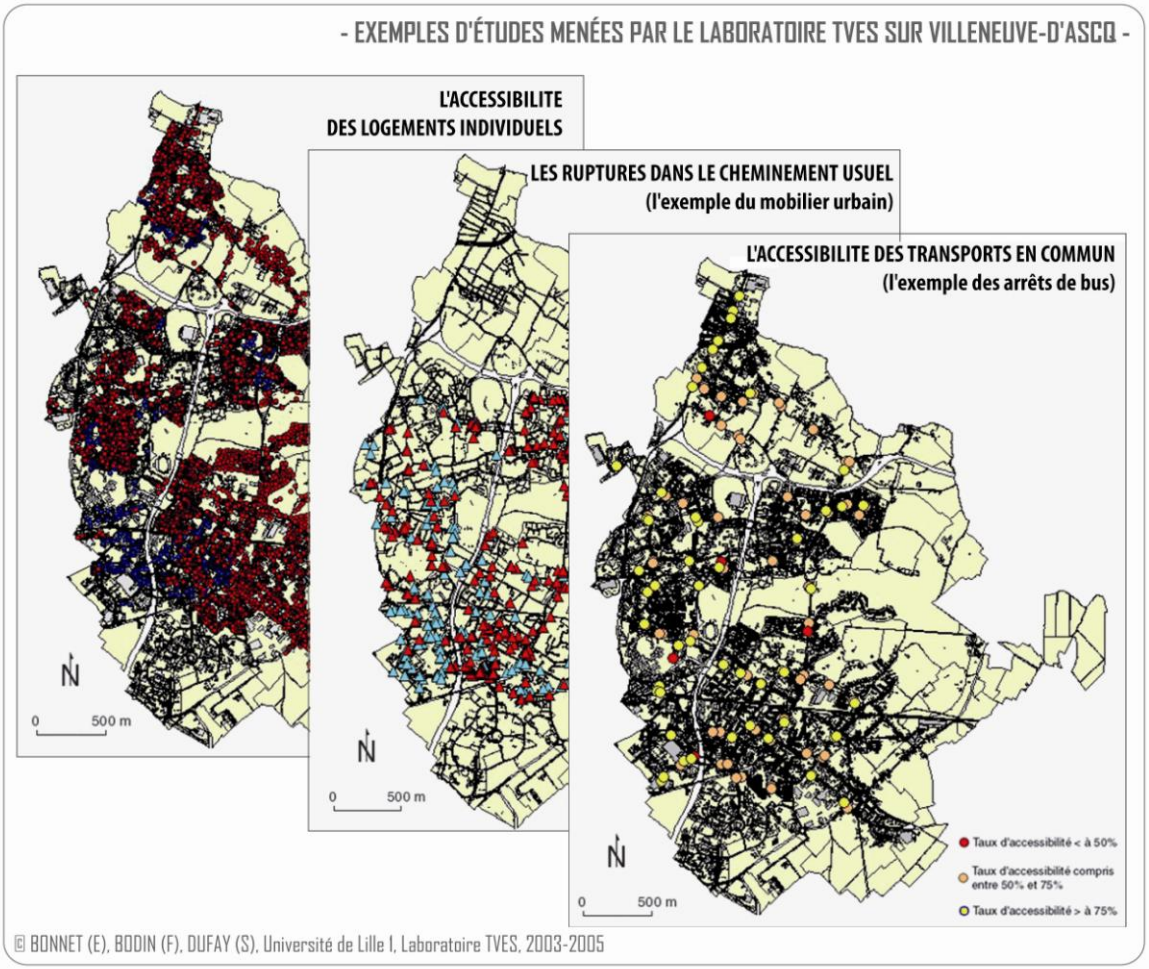
L'étude présentée ici s'inscrit dans le cadre d'une collaboration tripartite, entre la commune de Villeneuve d'Ascq, le Laboratoire Territoires Villes Environnement et Société (TVES) de l'Université de Lille 1 et l'Observatoire National de l'Aménagement Durable Accessible (ONADA).

Pour Villeneuve d'Ascq, commune du Nord de la France située à proximité de Lille, la nécessité de mettre en œuvre sur son territoire les principes législatifs de la loi de 2005, notamment l'état des lieux du patrimoine public, a réactivé les liens, déjà existants, entre ces trois acteurs.

Le laboratoire Territoires Villes Environnement et Société de l'Université des Sciences et Technologies de Lille 1 propose une offre de formation et de recherche s'inscrivant, notamment, dans l'urbanisme et l'aménagement durable des territoires. La problématique de l'intégration des populations déficientes dans les espaces urbains est présente dans l'axe 2 du laboratoire « Mutations urbaines, sociales, mobilités et politiques d'aménagement ». La formation intègre elle aussi largement les questionnements liés à l'aménagement des espaces urbains en faveur des populations déficientes dans le cadre du Master « construction et aménagement durable ». La collaboration entre l'université de Lille 1 et la commune de Villeneuve d'Ascq, outre l'intervention du chargé de mission

handicap dans le cadre du Master, a notamment donné lieu à des études sur l'accessibilité des cheminements usuels, des logements, des bus et arrêts de bus. [cf. Encadré 5-5, p290].

ENCADRE 5- 5



Enfin, l'Observatoire National de l'Aménagement Durable Accessible (ONADA) est un organisme de recherche appliquée sous le statut de la loi 1901 crée en 2003. L'ONADA intervient en tant que partenaire du laboratoire TVES mais aussi de Villeneuve d'Ascq dans le cadre d'actions ou d'études communes d'échange de connaissances et d'initiatives, de formation ou de recherche dans le champ du handicap. Mon travail de recherche s'est inscrit dans le cadre d'une association entre l'ONADA, le laboratoire TVES et le laboratoire CIRTAI. Il s'est articulé en deux temps : une première partie au sein de l'ONADA où j'ai pris part à la conception de la démarche, des outils nécessaires et préalables à l'investigation de terrain puis à la réalisation des états des lieux d'environ cent-cinquante bâtiments recevant du public. Cette première étape s'inscrit donc dans le cadre d'un travail collaboratif. Dans un second temps, l'analyse géographique des

données recueillies sur le terrain a été effectuée indépendamment et constitue une démarche personnelle.

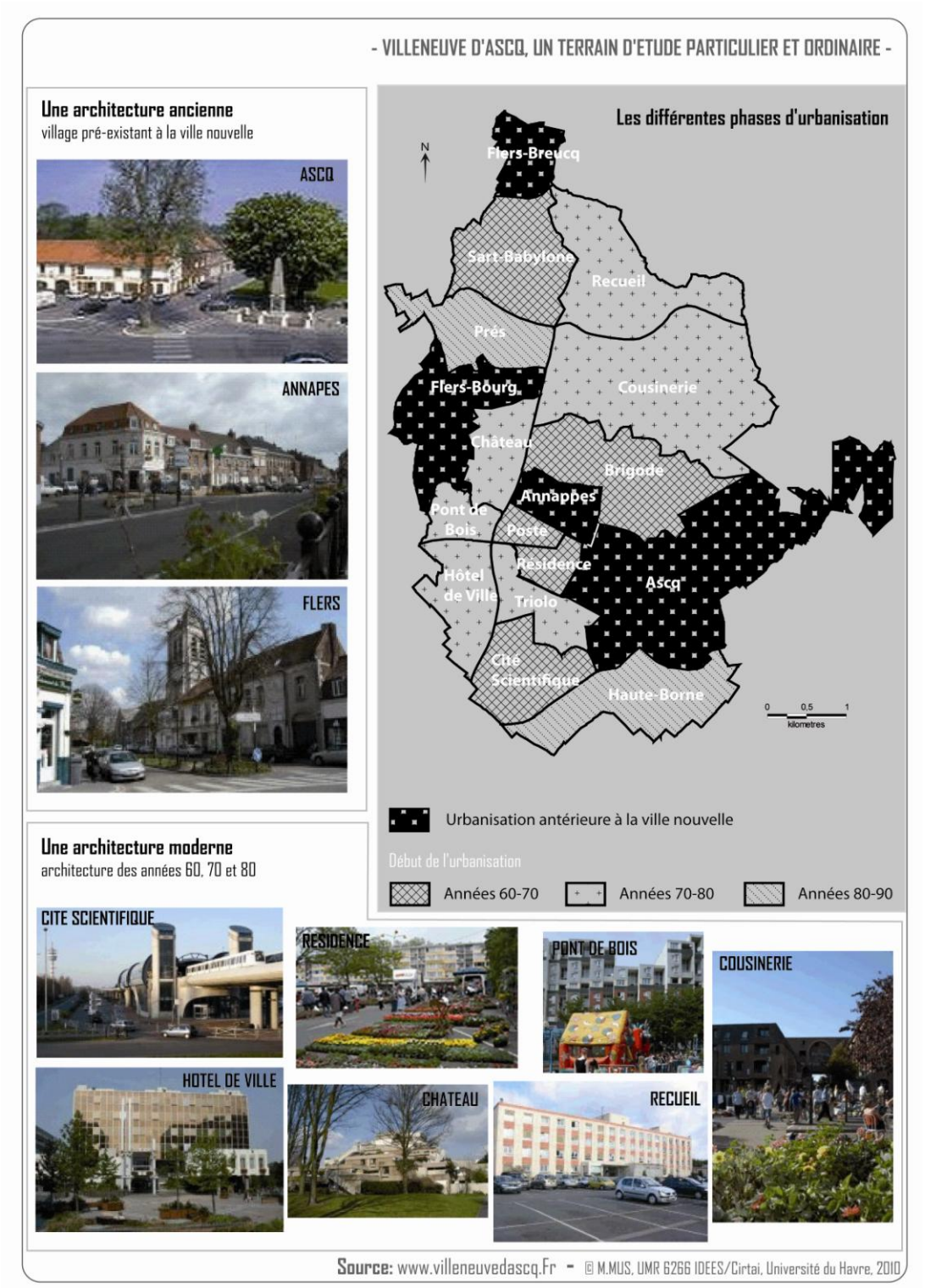
5.2.1.2 Villeneuve d'Ascq : un terrain d'étude particulier et ordinaire

Villeneuve d'Ascq est officiellement née le 25 février 1970 dans le cadre de la création, au plan national, des « villes nouvelles ». Située à l'est de la métropole lilloise, « *l'idée de créer à cet endroit un nouveau territoire urbain relève d'une volonté politique prise au plus haut sommet de l'État. Il s'agit, explique alors Edgar Pisani, ministre de l'Equipement et de l'Aménagement du Territoire en 1966, de créer un nouveau site qui servira "d'accompagnement urbain aux universités"»* [Tellier, 2003]. Effectivement, elle dispose de tous les attributs d'une ville à part entière. Elle est dotée de nombreux équipements culturels et sportifs (musée, cinéma, stade, piscine, salles de sport, Théâtre National de la Rose des vents, Cinéma d'art et d'essai le Méliès …), commerciaux (centre commercial V2…) et universitaires (trois campus). La spécificité des villes nouvelles, à l'époque de leur création, repose sur un développement économique, des innovations techniques ou urbanistiques. L'attractivité de ces nouveaux espaces urbains s'inscrit dans une réflexion importante autour de l'accessibilité et de la mobilité. A la fois indépendante mais proche de grands centres urbains (Rouen pour Le Vaudreuil, Lille pour Villeneuve d'Ascq, Paris pour les villes nouvelles franciliennes, Marseille pour l'Etang de Berre, Lyon pour l'Isle d'Abeau), le développement des réseaux de transports est un élément structurant des villes nouvelles. Les liens entre les quartiers d'habitations, les zones de travail et l'université sont eux aussi nécessaires. Cela explique le développement d'un réseau de transport en commun (l'ouverture du métro a eu lieu en 1982) et autoroutier efficace et fiable à la fois inter et intra urbain.

Intégrée au sein de la Communauté Urbaine De Lille (CUDL), Villeneuve d'Ascq est la quatrième ville du territoire intercommunal en termes de population. Elle regroupe désormais une population estimée à 61 300 habitants [Insee, 2008] sur une superficie de 2 745 hectares (dont 180 ha d'espaces verts, 120 ha de zone naturelle, 51 ha de plans d'eau). Contrairement à la majorité des villes nouvelles, Villeneuve d'Ascq a la particularité, tout comme Le Vaudreuil, devenu depuis lors Val-De-Reuil, près de Rouen (Seine-Maritime), d'avoir été bâtie autour de la réunification de trois villages centraux : Ascq, Annapes et

Flers[87], devenus dès lors des quartiers [cf. Encadré 5-6]. Cette ville nouvelle se compose donc à la fois de quartiers anciens (Ascq, Annappes, Flers-Bourg et Flers-Breucq) et de quartiers récents (Hôtel de Ville, Triolo, Résidence, *etc*.).

ENCADRE 5- 6



[87] Flers a été intégré au périmètre de la ville-nouvelle. Flers-Bourg était le village centre et Flers Breucq, son hameau.

Villeneuve d'Ascq a subi plusieurs vagues d'urbanisation successives avec des objectifs et des populations socialement différentes selon les quartiers… Cela en fait un terrain d'étude à la fois particulier et ordinaire où se mêlent architecture moderne, récente et architecture ancienne, villageoise. L'état des lieux offre donc un large panel et de nombreuses configurations. Les problématiques d'aménagements d'un cadre bâti ancien et historique (église, corps de ferme, château) et d'un cadre bâti récent cohabitent et rendent ce terrain d'étude particulièrement pertinent. De plus, les différentes phases d'urbanisation de la commune se sont précisément élaborées au moment où la première loi en faveur des populations déficientes a été engagée, en 1975. Les villes nouvelles, en proposant un « nouveau cadre de vie » et par-là même une réflexion sur les fonctions urbaines, les modes de vie urbains, la mixité sociale, ont-elles été porteuses de réflexions sur les valeurs urbaines et l'intégration des populations déficientes ? Elles offrent la possibilité de pouvoir inscrire et réécrire la place de chacun dans un espace vierge à urbaniser où tout est à faire :

> *« Création ex-nihilo, les villes nouvelles représentent une occasion unique de concevoir un urbanisme différent, ouvert à tous ceux qui sont atteints dans leur mobilité. Et indéniablement, elles leur offrent aujourd'hui des possibilités d'installation et de circulation très supérieures à celles des autres »*
> **Pinel (D), 1981, cité dans les Cahiers du CTNERHI, n°40, 1987**

Dans ce contexte, les problématiques liées à l'accessibilité des espaces urbains ont-elles réellement été prises en compte ? Un intérêt particulier a-t-il été porté aux populations déficientes ?

À ce sujet, des études menées par Geneviève Cresson-Steinhauer, sociologue, sur l'accessibilité et l'intégration sociale de personnes handicapées moteurs à Villeneuve d' Ascq, apporte des réponses intéressantes.

Réalisées dans les années quatre-vingts, parues en 1985 et 1987, ces études apportent une réflexion sur le développement et la prise en compte de l'accessibilité dans cette commune une quinzaine d'année après sa création. Elles mettent en perspective la parole de trois groupes d'acteurs, les politiques ou acteurs ayant participé à la création de la ville nouvelle, les personnes handicapées et les valides. Elle vise à comprendre les mécanismes participant à l'intégration sociale des personnes handicapées, en faisant l'hypothèse que la mobilité n'est pas simplement une question technique et physique mais fait appel à des

dynamiques et des représentations sociales et culturelles. Pour la population valide de Villeneuve d'Ascq, la réputation d'une ville accessible et les efforts menés par la commune en matière d'aide aux personnes handicapées est très présente selon les interviews menées par G. Cresson-Steinhauer.

Ainsi, deux exemples tirés extrait de l'étude soulignent l'intérêt de la place faite aux personnes handicapées à Villeneuve d'Ascq :

> *« Ah oui, oui alors là tout à fait, c'est même prévu c'est même une des villes où on retrouve le maximum d'accès pour des personnes handicapées », ou encore « Je me doute qu'on commence à un peu s'occuper d'eux quoi, déjà vis-vis des grandes surfaces, on fait des ascenseurs pour eux ; le métro, pareil c'est formidable quand même d'avoir accès comme nous… »…*
> **Extrait d'entretien - CRESSON-STEINAUER (G), 1987, *Accessibilité et intégration sociale. Des handicapes moteur dans une ville nouvelle*, in Handicaps et Inadaptations-Les Cahiers du C.T.N.E.R.H.I, n°40, pp57-103.**

Pour autant, Villeneuve d'Ascq est-elle un modèle d'accessibilité ? Un responsable politique interrogé dans le cadre de l'enquête souligne le caractère expérimental des villes nouvelles insufflé par l'État :

> *« L'EPALE[88] avait un mandat au niveau de l'État d'être un petit peu l'expérimentation des nouvelles réglementations. L'EPALE, comme toutes les autres villes nouvelles, a appliqué un peu avant la lettre (…) les circulaires qui datent des années 75… »*
> **Extrait d'entretien - CRESSON-STEINAUER (G), 1985, *L'accessibilité d'une ville nouvelle évaluée par cinq responsables*, in Handicaps et Inadaptations-Les Cahiers du C.T.N.E.R.H.I, n°30, pp86-93.**

Cependant, il apparaît clairement dans l'étude que :

> *« L'accessibilité physique n'était pas une priorité de premier ordre : dans le foisonnement des idées, des paris architecturaux et urbanistiques dans la conception de quartiers originaux, le déplacement des « personnes à mobilité réduite » a été parfois oublié ! »* **Extrait d'entretien - CRESSON-STEINAUER (G), 1985, *L'accessibilité d'une ville nouvelle évaluée par cinq responsables*, in Handicaps et Inadaptations-Les Cahiers du C.T.N.E.R.H.I, n°30, pp86-93.**

Alors même qu'une partie de la ville s'est construite après les dispositions de la loi de 1975 et ses décrets d'application (1978), l'accessibilité n'apparaît pas comme un principe important et sérieusement pris en compte par les responsables de l'aménagement de

[88] L'Etablissement Public d'Aménagement de la ville nouvelle de Lille Est [EPALE]

Villeneuve d'Ascq. Concernant les voies piétonnes, G. Cresson-Steinauer montre le caractère limité des dispositions engagées par l'EPALE :

> *« Ce sont celles [les voies piétonnes] qui traversent la majorité des quartiers nouveaux ; contrairement au souhait d'un responsable déjà cité, la philosophie de l'EPALE n'a pas été de rendre tout accessible aux handicapés, mais bien de créer des îlots d'accessibilité. Cela ressort, par exemple, de ce document de l'EPALE :*
>
> *« Il y a nécessité de choisir entre :*
> - *l'application stricte de la réglementation par mise en place d'un programme à long terme (1993) d'actions correctives dispersées sur la totalité du territoire de la ville ;*
> - *la concentration de tous les moyens disponibles au profit d'actions correctives localisées sur un territoire limité déterminé en fonction des pratiques effectives ou potentielles des personnes handicapées.*
>
> *C'est le second parti qui est ici proposé et développé » [EPALE, 1980]*
>
> **- Extrait d'entretien - CRESSON-STEINAUER (G), 1985, *L'accessibilité d'une ville nouvelle évaluée par cinq responsables*, in Handicaps et Inadaptations-Les Cahiers du C.T.N.E.R.H.I, n°30, pp86-93.**

Comme dans de nombreuses communes, le constat d'une accessibilité relative et limitée est observé. Cependant, en matière de politiques publiques en faveur des populations déficientes, Villeneuve d'Ascq est depuis plusieurs années très dynamique [cf. Encadré 5-7, p296].

Ainsi, une réflexion et des expérimentations sur les aménagements urbains envers les populations atteintes de déficiences visuelles sont menées depuis plusieurs années. Des guides tactiles ont été aménagés dans le quartier de l'hôtel de ville avec un revêtement spécifique. Les acteurs locaux, les commerçants ont été sensibilisés à l'accueil des différents types de populations déficientes. Un guide d'initiation à la langue des signes a été développé. L'accès à tous au sport est un axe important de la politique de Villeneuve d'Ascq où de nombreuses manifestations handi-sportives ont eu lieu. Enfin, l'accessibilité des aménagements urbains est une préoccupation importante, réaffirmée par les décisions de la loi de 2005. Le lancement de l'état des lieux et l'élargissement du diagnostic accessibilité des ERP de catégorie 1 à 4 aux ERP de cinquième catégorie témoigne d'une prise en compte communale allant au-delà des prérogatives législatives.

- VILLENEUVE D'ASCQ, UNE COMMUNE ENGAGÉE -

exemples d'initiatives communales

Exemples d'aménagements urbains en faveur des personnes atteintes de déficiences visuelles

Guides tactiles dans le quartiers de l'Hôtel de ville

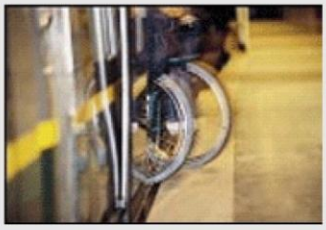
Villeneuve d'Ascq, une ville handi-sportive

Elue "Ville la plus handisportive" en 1999 par la Fédération Française Handisport

Environ 300 sportif en situation de handicap dans les clubs villeneuvois

Organisation des championnats du monde d'athlétisme handisport en 2002

Des transports en commun adaptés



Participation des acteurs de la vie économique locale

Guide d'aide à l'apprentissage de la Langue des Signes et Charte des commerçants Handi-accueillants

Source: www.villeneuvedascq.Fr

© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

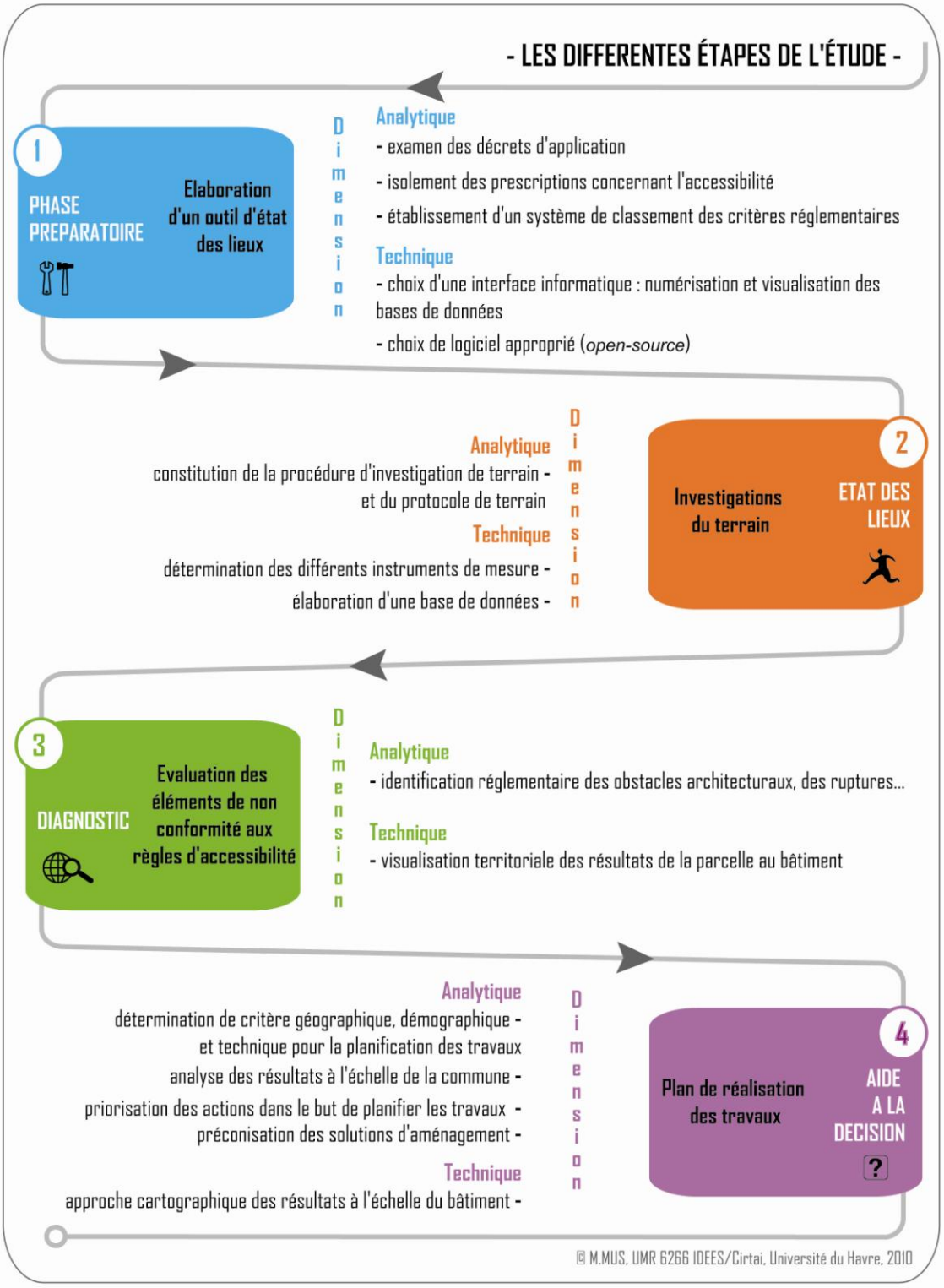
5.2.1.3 Une enquête, quatre étapes

L'étude présentée s'inscrit donc dans l'obligation de réaliser une étude précise de l'accessibilité des Établissements Recevant du Public (ERP) de la commune pour les populations déficientes. Elle recouvre plusieurs intentions. Tout d'abord, la production et l'élaboration d'un outil de diagnostic territorial et l'élaboration d'un protocole d'investigation du terrain. Le diagnostic réalisé devient alors support de l'état des lieux du niveau d'accessibilité des différents ERP puis d'une analyse scalaire du territoire. Enfin, la proposition de solutions et de critères d'aide à la décision pour l'aménagement d'une collectivité territoriale ainsi qu'une évaluation du coût financier de la mise en conformité des bâtiments, constitue la phase finale de l'étude. Le travail présenté s'est donc déroulé en quatre phases [cf. Schéma 5-2, p298]. Chacune des étapes possède une dimension analytique mais aussi technique induisant une réflexion sur la mise en œuvre matérielle de l'étude.

Avant de se lancer dans l'état des lieux, une phase préparatoire [1] a été nécessaire. L'objectif est de mettre en lumière tous les éléments législatifs à prendre en compte sur le terrain pour réaliser un état des lieux complet. Il a donc été nécessaire d'opérer une lecture précise des normes d'aménagement prévues dans le cadre législatif de 2005 [Décrets d'application, Arrêtés, Directives…]. D'autre part, une réflexion a été menée sur la manière dont les critères allaient être utilisés et vérifiés sur le terrain. Le choix d'une interface informatique et de logiciel appropriés ont constitué une étape importante pour la suite et l'investigation du terrain d'étude.
Cela a permis d'investir le terrain [2], soit 300 Établissements Recevant du Public de Villeneuve d'Ascq, avec un outil d'état des lieux. Dès lors, une fois l'outil d'état des lieux créé et devant l'importance du nombre de bâtiments à investir, un protocole scientifique a été élaboré. L'état des lieux et la vérification des normes ont mobilisé l'utilisation d'un certain nombre d'outils de mesure. Plusieurs équipes ont réalisé l'état des lieux. Il était donc nécessaire d'établir un protocole d'actions de terrain afin que chacun réalise l'état des lieux d'un bâtiment de la même manière.

La troisième phase du travail [3] repose sur un diagnostic de l'accessibilité du bâtiment. Après avoir mené l'état des lieux de l'accessibilité en fonction des normes prescrites par la législation, il s'agit de mettre en évidence les points de ruptures et les espaces marginalisant à l'échelle du bâtiment et de la parcelle.

SCHEMA 5- 2


- LES DIFFERENTES ÉTAPES DE L'ÉTUDE -
1
PHASE PREPARATOIRE
Elaboration d'un outil d'état des lieux
Dimension
Analytique
- examen des décrets d'application
- isolement des prescriptions concernant l'accessibilité
- établissement d'un système de classement des critères réglementaires
Technique
- choix d'une interface informatique : numérisation et visualisation des bases de données
- choix de logiciel approprié (open-source)
2
ETAT DES LIEUX
Investigations du terrain
Dimension
Analytique
constitution de la procédure d'investigation de terrain - et du protocole de terrain
Technique
détermination des différents instruments de mesure -
élaboration d'une base de données -
3
DIAGNOSTIC
Evaluation des éléments de non conformité aux règles d'accessibilité
Dimension
Analytique
- identification réglementaire des obstacles architecturaux, des ruptures...
Technique
- visualisation territoriale des résultats de la parcelle au bâtiment
4
AIDE A LA DECISION
Plan de réalisation des travaux
Dimension
Analytique
détermination de critère géographique, démographique - et technique pour la planification des travaux
analyse des résultats à l'échelle de la commune -
priorisation des actions dans le but de planifier les travaux -
préconisation des solutions d'aménagement -
Technique
approche cartographique des résultats à l'échelle du bâtiment -
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

Enfin, un plan de mise en accessibilité des Établissements Recevant du Public de la commune a été réalisé. Il s'agit de mener une réflexion sur les critères à prendre en compte pour élaborer une programmation des travaux pour rendre conforme les bâtiments au regard des normes d'accessibilité.

5.2 2 - Comment investir le terrain ?

Le travail d'état des lieux est déterminant pour réaliser le diagnostic et le plan d'exécution des travaux par la commune. L'élaboration préalable d'une grille de diagnostic et d'un protocole d'étude est donc décisive.

5.2.2.1 L'élaboration d'une grille réglementaire

La réalisation d'une « grille de diagnostic » [cf. Encadré 5-8, p300] constitue la base du travail réalisé. L'investigation de terrain, soit des bâtiments, repose essentiellement sur la capacité à mettre en relief les éléments constitutifs d'un établissement recevant du public n'étant pas conforme aux normes d'accessibilité prévues. L'élaboration de la grille de diagnostic est basée sur les critères réglementaires émanant des décrets d'application de la loi de 2005 en faveur des personnes handicapées. Ainsi, chaque décret d'application, arrêté ou directive a été « disséqué » afin d'établir une liste de l'ensemble des dispositions émises selon le type « d'objets spatiaux concernés ». Par exemple, « *l'arrêté du 1er août 2006 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19 à R.111-19-3 et R.111-19-6 du code de la construction et de l'habitation relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public lors de leur construction ou création* » précise dans chaque article un ensemble de dispositions concernant les « cheminements extérieurs » [Art.2], le stationnement [Art.3], les circulations horizontales [art.6], les portes [Art.10]...*etc*. Dans le classeur Excel, chaque type d'objet possède sa propre liste de critères réglementaires regroupés dans une fiche signalétique. Quinze types d'objets spatiaux constitutifs des caractéristiques ou des fonctions d'un ERP ont été dissociés.

Chaque fiche signalétique déploie d'une part une liste de normes à vérifier. Trois réponses sont alors possibles : « vrai » si le critère est conforme à la réglementation évoquée, « faux » si ce n'est pas le cas, et « non applicable » si le critère ne s'applique pas dans le cas concerné.

La grille distingue trois différents types de critère. Les critères réglementaires représentés en bleu concernent les Établissements Recevant du Public en général.

ENCADRE 5- 8

- GRILLE DE DIAGNOSTIC -
critères et types d'objets

PORTE

1	Si le local peut recevoir plus de 100 personnes, la largeur de la porte est >= 140 cm
2	Si le local p compose d courammen
3	Si le local p vantaux est
4	Si le local p est >= 90 c
5	La largeur r seule pièce
6	La largeur c locaux très
7	Si le local p portiques d
8	Absence d'
9	Dans tous l
10	Présence d donnant su
11	L'espace de
12	L'espace de
13	Dans le cas (intérieur au
14	Dans le cas au sas)
15	L'effort pour
16	Le système entrées prin
17	La temporis passage
18	Le système 2 sens, ou
19	Le système toute taille
	Dans le cas

DISPOSITIFS DE COMMANDE

1	Lorsque plusieurs équipements ou mobiliers ont la même fonction, un au moins est repérable, atteignable et utilisable
2	C'est le
3	L'équip un cont
4	L'équip 130 cm
5	L'équip
6	Dans le manuel clavier est à u
7	Dans le manuel utiliser parce q
8	Dans le manuel clavier dégage
9	Dans le manuel clavier dégage
10	L'équip
11	L'équip
12	L'équip » est s
13	L'équip déficien
14	Dispos
15	Le disp éclairag
	Le disp

ESPACE INTERIEUR

1	Le sol ou le revêtement est non meuble
2	Le sol ou le revêtement est non glissant
3	Le sol ou
4	Le sol ou
5	Les trous
6	Les event perpendic
7	Les revête
8	Les revête
9	Si existen ressaut >=
10	La largeur obstacle
11	Lorsqu'un cheminem
12	Dans la m passage l souterrain
13	Dans la m saillie de contrastés rappel tac
14	Tous les c
15	Les parois pour tous
16	Dans les longues et grande tai collectifs)
17	Présence long des r
18	La main c (diamètre
	La main c

ESCALIER

1	La largeur entre les mains courantes est-elle >= 120 cm
2	La largeur entre les mains courantes est-elle >= 140 cm
3	La partie sous l'escalier est-elle visuellement contrastée
4	La partie sous l'escalier présente t-elle un rappel tactile au sol
5	Présence d'un revêtement de sol d'éveil de vigilance en haut de l'escalier
6	Le type de revêtement de sol d'éveil de vigilance en haut de l'escalier est une BEV (Bande d'Éveil deVigilance)
7	Si le revêtement de sol d'éveil de vigilance en haut de l'escalier est une BEV, celle-ci répond t'elle à la norme NFP 98-351 ?
8	Le revêtement de sol d'éveil de vigilance est placé 50 cm avant la marche
9	Le revêtement de sol d'éveil de vigilance est visuellement contrasté
10	Le revêtement de sol d'éveil de vigilance est tactilement contrasté
11	La hauteur de marche est-elle inférieure ou égale à 16 cm
12	Toutes les marches de l'escalier ont-elles la même hauteur
13	La largeur minimale du giron est-elle >= à 28 cm
14	Toutes les girons ont-ils la même largeur ?
15	Y a-t-il une contremarche à la première marche ?
16	La contremarche de la première marche à une hauteur >= à 10 cm
17	Le nez des marches est visuellement contrasté
18	Le nez des marches est non glissant
19	Le nez de marche ne présente pas de débord excessif par rapport à la contremarche
20	Y a-t-il une contremarche à la dernière marche
21	La contremarche de la dernière marche à une hauteur >= à 10 cm
22	La loi de Blondel est-elle satisfaite (2×hauteur de marche + 1×giron est compris entre 60 et 64 cm)
23	Les volées de marches d'un même escalier ont-elles le même nombre de marches
24	Présence d'une main courante à droite
25	La main courante droite est à une hauteur comprise entre 80 cm et 100 cm

Porte | Commande | Espace intérieur | Escalier | Ascenseur

Quinze types "d'objets" ont été dissociés :

- signalétique
- cheminement extérieur
- entrée ou la sortie d'un ERP
- porte
- les espaces intérieurs
- accueil
- sanitaires
- dispositifs de commande
- douche
- ascenseur
- escalier
- escalier mécanique
- stationnement
- pente et ressaut
- ERP assis

Source: ONADA, TVES, Villeneuve-d'Ascq
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

Les critères réglementaires représentés en « orange » se rapportent aux éléments législatifs s'appliquant dans le cadre du code du travail. Le vert correspond aux éléments s'appliquant à la fois dans le cadre des ERP et dans le cadre du code du travail. Enfin, les critères réglementaires figurés en « blanc » ne font pas partie du cadre légal. Ce sont des critères dits « souhaitables » proposés par des associations émanant des revendications de leurs membres. Ils n'ont aucun caractère légal. Ils ont tout de même été intégrés à la grille d'état des lieux et pourront être pris en compte dans le cadre de la proposition de solutions d'aménagement. Ce sont des éléments à prendre en compte pour une meilleure qualité d'usage des bâtiments.Ces grilles d'état des lieux [cf. Encadré 5-9, p302] prennent en compte les quatre grands types de déficiences en attribuant à chaque critère un « handicateur ». Les handicateurs, ont été élaborés par Franck Bodin[89]**.** Ils sont le fruit d'un travail de terrain mené en lien étroit avec les associations. Les handicateurs visent à attribuer à chaque critère un « niveau de gêne » selon le type de déficience. Si un critère réglementaire n'est pas conforme, est-ce que cela constitue une gêne « majeure » [niveau 3], « intermédiaire/moyenne » [niveau 2] ou mineure [niveau 1] pour une personne atteinte de déficiences sensorielles par exemple ? L'objectif est de mettre en lumière le niveau de handicap créé par la non conformité d'un objet (portes, signalétique, commande…). Le niveau 3 constitue une gêne rédhibitoire. La situation de handicap créée par la non-conformité de l'objet spatial empêche l'usage et l'accès à l'objet en question. Le niveau 2 suggère que la situation de handicap crée est surmontable grâce à l'aide d'une tierce personne. Enfin, le niveau 1 constitue une non-conformité de l'objet n'empêchant pas de façon directe l'usage de l'objet ou de l'espace en question. Attribuer un handicateur à chaque critère permet tout d'abord de donner un niveau d'information sur l'accessibilité ou non d'un bâtiment selon le type de déficience d'une personne. Dans quel cas la situation de handicap est-elle créée ? L'accès est-il totalement impossible ? D'autre part, les handicateurs permettent aussi de déterminer sur quel objet il peut être nécessaire d'agir rapidement pour permettre un meilleur accès.

Enfin, l'élaboration d'un outil pour réaliser un état des lieux pose la question de la disponibilité et de l'accès aux données. Effectivement l'étude est réalisée pour une commune. La collectivité doit donc pouvoir accéder facilement aux données. Les logiciels libres et gratuits offrent donc un intérêt particulier dans le cadre de la réalisation

[89] Maître de Conférences en Géographie et Aménagement à l'Université de Lille 1

de notre grille d'état des lieux notamment pour les petites communes. Ils permettent effectivement de développer des outils à l'aide de logiciels gratuits et donc accessibles à tous.

ENCADRE 5- 9

- GRILLE DE DIAGNOSTIC -
critères et types d'objets

PORTE

DISPOSITIFS DE COMMANDE

ESPACE INTERIEUR

ESCALIER

ID	critères	déficience motrice	déficience auditive	déficience cognitive	déficience visuelle
cr_esc_1	S'agit-il d'un escalier droit	1	0	1	0
cr_esc_2	La largeur entre les mains courantes est-elle >= 120 cm	1	0	0	0
cr_esc_3	La largeur entre les mains courantes est-elle >= 140 cm	1	0	0	0
cr_esc_4	La partie sous l'escalier est-elle visuellement contrastée	0	0	2	1
cr_esc_5	La partie sous l'escalier présente t-elle un rappel tactile au sol	0	0	2	0
cr_esc_6	Présence d'un revêtement de sol d'éveil de vigilance en haut de l'escalier	0	0	2	1
cr_esc_7	Le type de revêtement de sol d'éveil de vigilance en haut de l'escalier est une BEV (Bande d'Éveil de Vigilance)	0	**0**	2	1
cr_esc_8	Si le revêtement de sol d'éveil de vigilance en haut de l'escalier est une BEV, celle-ci répond t'elle à la norme NFP 98-351 ?	0	0	1	1
cr_esc_9	Le revêtement de sol d'éveil de vigilance est placé 50 cm avant la marche	0	0	2	1
cr_esc_10	Le revêtement de sol d'éveil de vigilance est visuellement contrasté	0	0	2	1
cr_esc_11	Le revêtement de sol d'éveil de vigilance est tactilement contrasté	0	0	2	0
cr_esc_12	La hauteur de marche est-elle inférieure ou égale à 16 cm	2	0	1	0
cr_esc_13	Toutes les marches de l'escalier ont-elles la même hauteur	1	0	2	0
cr_esc_14	La largeur minimale du giron est-elle >= à 28 cm	2	0	1	0
cr_esc_15	Toutes les girons ont-ils la même largeur ?	1	0	2	0
cr_esc_16	Y a-t-il une contremarche à la première marche ?	1	0	2	0
cr_esc_17	La contremarche de la première marche à une hauteur >= à 10 cm	1	0	2	0
cr_esc_18	Le nez des marches est visuellement contrasté	0	0	2	1
cr_esc_19	Le nez des marches est non glissant	2	0	1	0
cr_esc_20	Le nez de marche ne présente pas de débord excessif par rapport à la contremarche	1	0	**1**	0
cr_esc_21	Y a-t-il une contremarche à la dernière marche	1	0	2	0
cr_esc_22	La contremarche de la dernière marche à une hauteur >= à 10 cm	1	0	2	0
cr_esc_23	La loi de Blondel est-elle satisfaite (2×hauteur de marche + 1×giron est compris entre 60 et 64 cm)	1	0	1	0
cr_esc_24	Les volées de marches d'un même escalier ont-elles le même nombre de marches	0	0	1	0
cr_esc_25	Présence d'une main courante à droite	3	0	2	0
cr_esc_26	La main courante droite est à une hauteur comprise entre 80 cm et 100 cm	2	0	1	0
cr_esc_27	La main courante droite se prolonge horizontalement d'une longueur de marche au-delà de la première marche	2	0	**2**	0
cr_esc_28	La main courante droite se prolonge horizontalement d'une longueur de marche au-delà de la dernière marche	2	0	2	0
cr_esc_29	La main courante droite doit dépasser la première marche de chaque volée	2	0	2	0
cr_esc_30	La main courante droite doit dépasser la dernière marche de chaque volée	2	0	2	0
cr_esc_31	Le prolongement d'une marche de la main courante droite ne créée pas d'obstacle à une circulation horizontale	0	0	2	0
cr_esc_32	La main courante droite est continue	2	0	2	0
cr_esc_33	La main courante droite est rigide	2	0	1	0
cr_esc_34	La main courante droite est préhensible (Ø entre 3 cm et 3,5 cm)	2	0	1	0
cr_esc_35	La main courante droite est visuellement contrastée de son support	0	0	1	0
cr_esc_36	Présence d'une main courante à gauche	**3**	0	2	0
cr_esc_37	La main courante gauche est à une hauteur comprise entre 80 cm et 100 cm	2	0	1	0
cr_esc_38	La main courante gauche se prolonge horizontalement d'une longueur de marche au-delà de la première marche	2	0	2	0
cr_esc_39	La main courante gauche se prolonge horizontalement d'une longueur de marche au-delà de la dernière marche	2	0	2	0
cr_esc_40	La main courante gauche doit dépasser la première marche de chaque volée	2	0	2	0
cr_esc_41	La main courante gauche doit dépasser la dernière marche de chaque volée	2	0	2	0
cr_esc_42	Le prolongement d'une marche de la main courante gauche ne créée pas d'obstacle à une circulation horizontale	0	0	2	0
cr_esc_43	La main courante gauche est continue	2	0	2	0
cr_esc_44	La main courante gauche est préhensible (Ø entre 3 cm et 3,5 cm)	2	0	1	0
cr_esc_45	La main courante gauche est visuellement contrastée de son support	0	0	1	0
cr_esc_46	L'éclairage est >= à 150 lux	0	1	2	0

- HANDICATEURS -

absence de gêne pour les populations atteintes de déficiences auditives

dans le cas d'une déficience visuelle, le critère concernant un débord excessif correspond à une **gêne mineure**

gêne intermédiaire

L'absence d'une main courante à gauche d'un escalier représente une **gêne majeure** pour les personnes atteintes de déficiences motrices

- DIFFERENTS TYPES DE CRITERES -

- critères réglementaires concernant le ERP
- critères réglementaire concernant le code du travail
- critères réglementaires concernant le code du travail et les ERP
- critères souhaitables

Source: DNADA, TVES, Villeneuve-d'Ascq
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

5.2.2.2 Protocole d'étude

L'investigation de terrain porte sur trois cents bâtiments publics de la commune. Plus précisément, les limites de l'état des lieux s'inscrivent dans le découpage parcellaire communal. Comme le montre, le schéma ci-dessous [5-3], le périmètre à investir pour chaque bâtiment est clairement déterminé.

SCHEMA 5- 3

Ce périmètre intègre à la fois le cadre bâti, soit le bâtiment, mais aussi tous les éléments du « cheminement extérieur » faisant partie du périmètre parcellaire. D'un point de vue méthodologique, la distinction entre les éléments normatifs du « cheminement extérieur » (en vert sur le schéma) et du « bâtiment » (en rouge) est clairement établie à la fois dans le protocole d'étude, dans la visualisation des résultats et dans l'analyse des résultats. Cette séparation est importante. Elle permettra dans l'analyse de mettre en avant des problématiques territoriales différentes.

L'investigation déployée sur le terrain pour appréhender les objets spatiaux non conformes à la réglementation en vigueur revêt une démarche à la fois qualitative et quantitative.

Il s'agit de collecter un ensemble d'informations sur le respect ou non des normes d'accessibilité en faveur des populations. Cela nécessite une connaissance de la législation en vigueur et le suivi du protocole de terrain établi. Dans ce cas, la démarche qualitative déployée bâtiment par bâtiment est basée sur l'observation, la pratique et l'investigation/expertise de l'espace. L'objectif de l'état des lieux est d'identifier pour chaque bâtiment tous les éléments n'étant pas conformes à la réglementation. Tous les « objets » constituant le bâtiment doivent être passés au crible de la réglementation : les portes, les espaces intérieurs, les sanitaires, les espaces d'accueil, les escaliers, etc. L'exemple ci-dessous met en évidence le remplissage d'une fiche signalétique concernant un ressaut situé à l'entrée d'une pièce de la Ferme Dupire [Encadré 5-4].

SCHEMA 5- 4

- EXEMPLES DE L'IDENTIFICATION D'UN PROBLEME -
un ressaut

Photographie du problème

Fiche signalétique correspondante

ESPACE CONCERNE					Ferme Dupire, Corps de Ferme, extérieur	
IDENTIFIANT SUR LE PLAN					4	
FONCTION					Ressaut d'entrées de salles	
	♿	👂	🐟	🙂	Vrai/Faux	Mesures ou commentaires
Si un ressaut ne peut pas être évité alors ce dernier est arrondi ou muni de chanfrein	2	0	0	0	F	
Le ressaut a une hauteur maximale de 2 cm	3	0	1	0	F	
Le ressaut peut atteindre 4 cm, lorsqu'il est aménagé en chanfrein à 1 /3	3	0	0	0	F	
Marquage des ressauts par un contraste visuel par la couleur ou l'éclairage	1	0	2	1	F	
La distance minimale entre 2 ressauts est de 250 cm	2	0	1	0	NA	
Absence de pentes comportant des ressauts successifs (« pas d'âne »)	2	0	1	0	NA	
Somme des "Faux"	8	0	1	0	4	
Somme des "Vrais"	/	/	/	/	1	
Somme des "non applicable"	/	/	/	/	2	

Nombre total de problèmes faux, vrai ou non applicables

Ces chiffres représentent l'addition des handicateurs correspondant à un faux dans le tableau

Source: ONADA, TVES, Villeneuve-d'Ascq
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

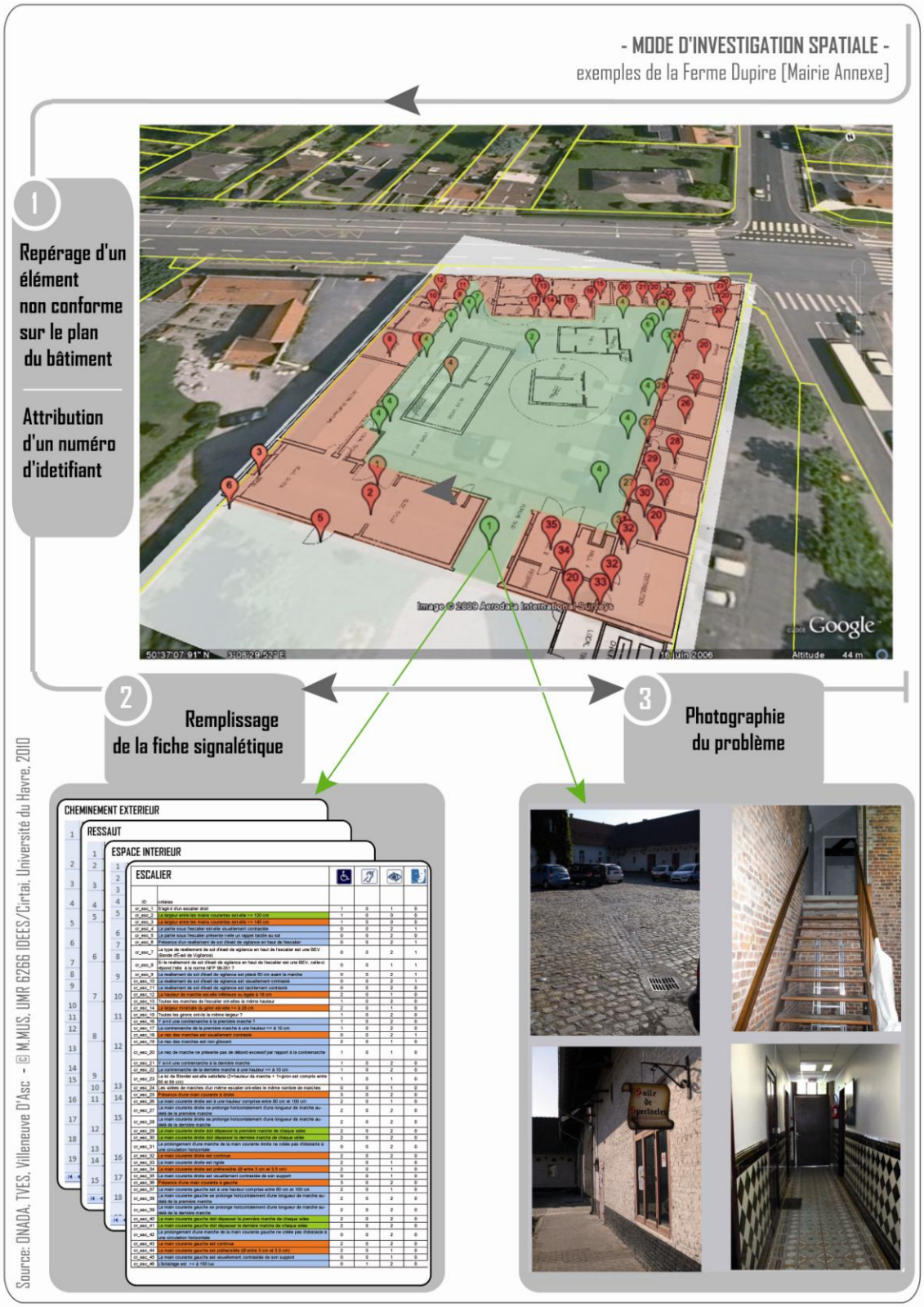
On retrouve dans cette fiche le niveau de gêne atteint selon le type de déficience et le critère analysé (handicateur). La réponse « vrai », « faux » ou « non-applicable » correspond à la situation observée sur le terrain au regard de la norme dictée par la

législation. Une fois la fiche entièrement renseignée, le nombre d'obstacles créés par « l'objet spatial » et le niveau de gêne induit par la non-conformité de l'objet, selon le type de déficience, est alors visible en bas de la fiche d'état des lieux. De cette manière, le bâtiment et le cheminement extérieur sur lequel l'état des lieux est réalisé sont décomposés en un certain nombre « d'objet spatiaux ». L'ensemble de la parcelle (le cheminement extérieur et le bâtiment) est donc passé au crible de la réglementation [cf. Encadré 5-10, p306]. Chaque « objet spatial » présentant un élément non-conforme est repéré sur le plan du bâtiment par une vignette répondant à un code couleur : rouge s'il s'agit d'un élément dans le bâtiment et verte s'il s'agit d'un élément présent sur le cheminement extérieur.

L'état des lieux commence par le cheminement extérieur, c'est à dire, le cheminement allant de l'entrée de la parcelle jusqu'à l'entrée du bâtiment, puis les entrées et/ou sorties secondaires. Les différents objets d'un cheminement tels que la signalétique, les dispositifs de commande d'entrée (sonnette, interphone), les pentes, ressauts, escaliers sont analysés. Dans le bâtiment, l'état des lieux commence systématiquement par la porte d'entrée principale du bâtiment puis espace par espace et objet par objet. L'état des lieux impose une bonne connaissance préalable des différents critères législatifs regroupés dans la grille réglementaire. Quand un problème est repéré sur le terrain, un numéro d'identifiant lui est attribué. Ce numéro sera reporté sur le plan du bâtiment à l'aide d'une vignette ainsi que dans la grille. La fiche correspond à l'objet n'étant pas conforme est alors précisément renseignée. Puis plusieurs photos de l'objet (porte, espace intérieur, signalétique…*etc*.) sont réalisées. Dès lors, à chaque vignette représentée sur le plan, symbolisant le repérage d'un objet non conforme, correspond une fiche signalétique faisant état des critères réglementaires ou non réglementaires ainsi que plusieurs photos permettant d'avoir une image précise de l'obstacle rencontré.

Chaque état des lieux réalisés permet de construire peu à peu la base de données générale sur l'accessibilité en faveur des populations déficientes de l'ensemble des Établissements Recevant du Public de la commune de Villeneuve d'Ascq. Cette base de données se compose des données de l'état des lieux recueillies sur le terrain, d'une photothèque, des plans des bâtiments, de données géographiques sur la commune investie, des photographies aériennes extraites de Google Earth permettant de visualiser le bâtiment et son environnement proche.

ENCADRE 5- 10


- MODE D'INVESTIGATION SPATIALE -
exemples de la Ferme Dupire (Mairie Annexe)
1
Repérage d'un élément non conforme sur le plan du bâtiment
Attribution d'un numéro d'idetifiant
2
Remplissage de la fiche signalétique
3
Photographie du problème
CHEMINEMENT EXTERIEUR
RESSAUT
ESPACE INTERIEUR
ESCALIER
Source: ONADA, TYES, Villeneuve D'Asc - M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

La constitution de cette base de données permet d'aborder l'aspect quantitatif des données générées. Grâce aux fiches de diagnostic, on obtient pour chaque bâtiment une série d'informations de type quantitatif : le nombre d'objet non-conformes dans un bâtiment, le nombre de critères non-conformes par type d'objet, l'handicateur atteint pour chaque critère non-conforme et pour chaque objet. Il sera alors possible, lors de l'analyse territoriale de produire des indicateurs permettant d'avoir une vision quantitative de l'objet d'étude afin d'élaborer une démarche cartographique.

5.2.2.3 La boîte à outils du géographe de terrain

La loi établit plusieurs normes faisant appel à des caractéristiques mesurées, précisément en termes de hauteur de marches, de dimension de pièces, de luminosité des espaces, de dénivellation de pente ou encore de force pour ouvrir une porte. Afin de constituer un état des lieux rigoureux, un certain nombre d'outils de mesures (mètre-ruban, dynamomètre, luxmètre, niveau) ont donc été nécessaires. Ils permettent de repérer les éléments non-conformes aux normes établies par la législation. L'usage de ces instruments de mesure forme la boîte à outils indispensable à l'investigation de terrain. Ces instruments constituent aussi une base importante de travail, essentielle à deux niveaux. D'une part, ils permettent d'établir précisément la conformité ou la non-conformité des objets spatiaux au regard des normes prescrites par la législation. D'autre part, les mesures réalisées fondent la base réglementaire sur laquelle les solutions d'aménagements à apporter seront établies. Pour ces deux raisons, il apparait fondamental lors des relevés de terrain de mesurer précisément les différents éléments normatifs requis par la législation.

PHOTO 5- 1

Le classique mètre-ruban [photo 5-1] est l'outil le plus utilisé permettant de mesurer les hauteurs de commande, largeur de porte, longueur de rampes, etc.

Selon les principes législatifs, les espaces d'accueil et les différentes pièces d'un ERP doivent disposer d'un éclairage suffisant. Quelques exemples suggèrent que l'éclairage d'un espace intérieur, d'un escalier ou d'un

équipement destiné à la communication doivent atteindre un certain niveau de luminosité. Selon les normes en vigueur :

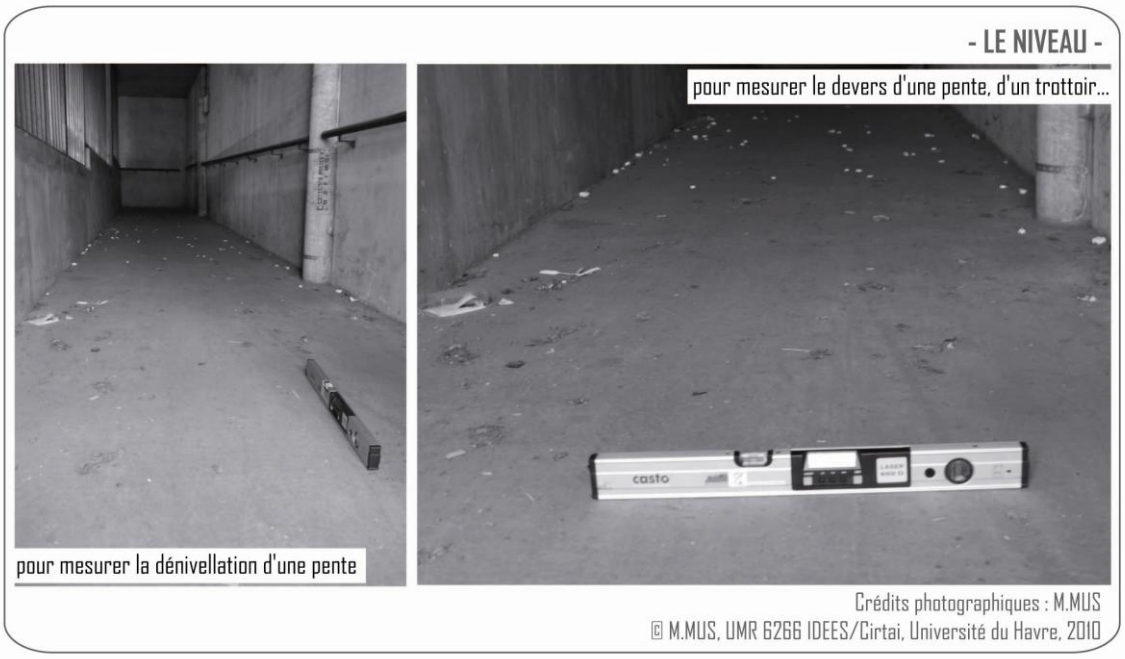
> *« L'éclairage artificiel des espaces intérieurs est supérieur ou égal à 100 lux »*
> *« Dans un escalier l'éclairage doit être supérieur ou égal à 150 lux »*
> *« L'espace, l' (les) équipement(s) destiné(s) à la communication n'a (n'ont) pas une qualité d'éclairage renforcée d'au moins 200 lux »*

PHOTO 5- 2

La luminosité d'un espace se mesure en « lux » à l'aide d'un luxmètre [Photo 5-2]. Il capte et mesure la lumière en un point donné.

Dans le cas des déficiences motrices notamment pour les personnes se déplaçant en fauteuil roulant, les caractéristiques d'un cheminement soit le revêtement de sol et sa dénivellation ont une importance. En termes de dénivellation, deux caractéristiques décrivent les normes à respecter : le dévers et la pente [Photo 5-3]. Le dévers est l'inclinaison transversale d'une pente (chaussée ou trottoir). Il ne doit pas dépasser 2% de dénivellation. Les pentes, qu'il s'agisse des plans inclinés aménagés (rampe d'accès) ou de la pente d'un cheminement

PHOTO 5- 3



(chaussée ou trottoir) ne doivent pas dépasser 5% d'inclinaison. Des spécificités » en cas d'impossibilité techniques » sont cependant admises par la législation selon la longueur de la pente. Par exemple, exceptionnellement, une pente peut avoir une dénivellation comprise entre 5 et 8 % sur une longueur maxi de 200 cm. L'inclinaison des dévers ou des pentes se mesure en % ou en millimètre à l'aide d'un niveau. Pour une mesure viable un niveau électronique offre une précision plus importante par rapport à un niveau classique.

Un dynamomètre [Photo 5-4] a permis de mesurer la traction ou la compression nécessaire pour ouvrir une porte. Ces éléments sont là encore définis par des normes. Ainsi, la traction ou la pression à exercer pour obtenir l'ouverture d'une porte ne doit pas dépasser 50 newtons. Enfin, les différents signaux sonores ont été mesurés à l'aide d'un sonomètre [Photo 5-5]. L'usage de ces différents outils a nécessité la réalisation d'un guide de mesures afin de prendre précisément en compte les différents dispositifs législatifs.

Sur le terrain, le remplissage des fiches signalétiques a été réalisé à l'aide d'une « tablette graphique ». C'est un ordinateur portable constitué d'un écran tactile permettant une prise de note rapide. Cet outil informatique permet d'utiliser directement la version numérique des fiches supprimant dès lors la traditionnelle « saisie » d'un questionnaire après une enquête de terrain.

PHOTO 5- 4

PHOTO 5- 5

5.2.2.4 Comment visualiser les résultats ?

A l'échelle du bâtiment, il est possible de visualiser l'ensemble des problèmes grâce à la saisie sur Google Earth du plan et des problèmes rencontrés. Une fiche de synthèse du bâtiment permet d'identifier quel type d'objet crée une rupture dans la chaîne d'accessibilité ainsi que le niveau de gêne généré par ce problème au regard du type de déficience considéré.

L'exemple du Centre d'Accueil et de Loisirs Camus [Encadré 5-11] met en évidence l'identification d'une vingtaine d'objet spatiaux n'étant pas conformes aux normes d'accessibilité pour les populations atteintes de déficiences motrices, un problème réglementaire dans le cas des déficiences auditives et respectivement huit et six problèmes réglementaires dans le cas des déficiences visuelles et cognitives. Un relevé de l'handicateur maximum atteint à l'échelle du bâtiment permettra de réaliser une représentation cartographique générale à l'échelle de la commune. Cela permettra de réaliser une première image de la situation réglementaire des ERP à l'échelle de la commune de Villeneuve d'Ascq.

ENCADRE 5- 11

- FICHE D'IDENTITÉ DU BATIMENT
LE CENTRE D'ACCUEIL ET DE LOISIRS CAMUS-

Informations générales sur le bâtiment

Type de structure	Centre d'Accueil et de Loisirs
Catégorie d'ERP	3
Superficie de la structure	151 m²

Les problèmes rencontrés dans le bâtiment

	Déficience motrice	Déficience auditive	Déficience visuelle	Déficience cognitive
Nombre d'objets présentant un ou plusieurs problèmes	20	1	8	6
Handicateur maximum atteint dans la structure	3	2	3	3

INDICATEUR

	Déficience motrice	Déficience auditive	Déficience visuelle	Déficience cognitive
Indice moyen de gêne des problèmes constatés	20	1	8	6
Indice de densité de problème au sein de la structure	3	2	3	3

Localisation des problèmes rencontrés lors de l'état des lieux

Source: ONADA, TVES, Villeneuve D'Ascq//© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

De plus, pour chaque type de déficience, il est possible d'identifier précisément quel type d'objet (porte, escalier, espace intérieur…) crée un obstacle et quel est le niveau de gêne (gêne majeure, intermédiaire ou mineure) engendré par celui-ci selon les différents types de déficience. Grâce au plan du bâtiment et au relevé de terrain, une représentation graphique précise du niveau de gêne des différents objets non conforme à l'échelle du bâtiment sera alors établie. La représentation ci-après [Encadré 5-12], met en évidence les espaces ou objets dans le bâtiment représentant un niveau de gêne majeure (en rouge), moyen (en orange), mineure (en jaune) ou ne posant aucune difficulté (en vert) selon le type de déficience. Dans le cas du C.A.L Camus, les différentes pièces du bâtiment représentent, d'un point de vue réglementaire, une gêne majeure pour l'usage de l'espace de personnes atteintes de déficiences motrices.

Dans l'analyse du bâtiment [Encadré 5-12, p312], une première rupture dans la chaîne d'accessibilité est identifiée sur le cheminement extérieur pour les personnes atteintes de déficiences motrices. La présence d'un revêtement de sol inadapté au déplacement en fauteuil roulant tel que les graviers rend difficile l'accès au bâtiment. Dans ce cas, l'handicateur est de niveau 2 pour l'accès au bâtiment. La porte d'entrée principale du bâtiment est quant à elle conforme à la réglementation mais la présence d'un ressaut entre la porte et le sas crée une gêne majeure pour l'entrée dans le bâtiment. Dans le cas des déficiences visuelles, c'est la signalétique inadaptée qui crée une situation de handicap majeure. L'usage du bâtiment et notamment des pièces est là encore mal conçu pour les personnes atteintes de déficiences visuelles. Ce sont surtout le difficile usage des dispositifs de commande, sans repère contrasté, qui crée une gêne moyenne pour l'usage d'un espace. Pour les personnes atteintes de déficiences cognitives, la situation de handicap majeure est produite par la signalétique permettant de repérer le bâtiment depuis l'extérieur de celui-ci. Cela génère une situation difficile pour la localisation des espaces publics. Enfin, concernant les déficiences auditives l'usage de l'espace présenté ici, présente très peu de gêne. Selon la réglementation, c'est la signalétique qui représente une gêne moyenne. Ainsi, la première étape correspond au repérage du bâtiment depuis la parcelle. Cela renvoie principalement à la signalétique et aux informations disponibles.

ENCADRE 5- 12

- FICHE D'IDENTITÉ DU BATIMENT:
LA CHAINE D'ACCESSIBILITÉ-
Limites parcellaires
Absence de gêne
Niveau de gêne mineur
Niveau de gêne intermédiair
Niveau de gêne majeur
Niveau 1 Identifier Repérer
Niveau 2 Accéder au bâtiment
Niveau 3 Entrer
Niveau 4 Circuler dans l'ERP Circulation horizontale
Niveau 5 Utiliser les services disponibles
Wc
Dispositifs de commande
2 2 3 2/3 3 3
2 0 0 0 0 0
3 0 1 2 0 1
3 0 1 1 1 1
Source: ONADA, TVES, Villeneuve D'Ascq //© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

Le niveau 2 correspond à l'accès au bâtiment. Cela renvoie à l'accès à la parcelle, soit la structure du cheminement extérieur. L'entrée dans le bâtiment (niveau 3) se rapporte à l'usage de la porte d'entrée principale et la présence ou non d'obstacle à ce niveau (ressaut, pentes….). Le niveau 4 correspond aux circulations (horizontales) dans le bâtiment. Un niveau d'analyse 4bis peut s'ajouter à l'analyse si le bâtiment se compose d'étage. Dans ce cas il s'agit des circulations verticales (accès et conformité de l'ascenseur ou d'un escalier). Enfin, le dernier niveau (5) reprend l'utilisation des différents « services » disponibles dans l'établissement. Là encore les déclinaisons possibles dépendent du type d'ERP. Dans le cas du C.A.L Camus, l'usage des toilettes et des différents dispositifs de commande sont représentés. Dès lors, pour chaque type de déficience et pour chaque action, le niveau de gêne atteint pour réaliser la fonction est mis en évidence.

La représentation ci-dessus permet d'identifier les ruptures dans la chaine d'accessibilité et de mettre en évidence les éléments posant le plus de problème dans l'usage de l'espace. Ainsi, le repérage du bâtiment grâce à la signalétique ou à des éléments architecturaux spécifiques est un élément posant des difficultés pour l'ensemble des déficiences. C'est le premier maillon de la chaîne de déplacement et d'usage d'un espace public.

CONCLUSION

La réalisation de l'état des lieux de l'accessibilité d'un Etablissement Recevant du Public impose de suivre un protocole rigoureux. Un grand nombre de dispositifs normatifs sont à prendre en considération. Un travail préalable doit donc être effectué sur la législation en vigueur. Mené sur l'ensemble d'une commune, il apparaît indispensable d'établir un protocole afin d'investir les ERP et être en mesure de distinguer précisément les éléments étant non-conformes. C'est une étape particulièrement importante. Le document remis à la commune porte à connaissance la situation du patrimoine communal face à l'accessibilité pour les populations déficientes. La mise en forme et la visualisation des résultats doit donc mettre en évidence les éléments non conformes à la législation tout en apportant des éléments permettant à la commune d'identifier les paramètres posant des difficultés majeures aux populations dans l'usage des espaces publics. Il est indispensable que l'identification des paramètres normatifs non-conformes soit établie en distinguant les différents types de déficiences. La mise en évidence des indicateurs permettant d'évaluer le niveau d'accessibilité ou d'inaccessibilité des Etablissement Recevant du Public à Villeneuve d'Ascq.

De fait, il est nécessaire de mettre en évidence des indicateurs permettant d'évaluer le niveau d'accessibilité ou d'inaccessibilité des Établissements Recevant du Public à Villeneuve d'Ascq ? Dans cette perspective quel est l'intérêt d'une analyse territoriale ? Quel peut-être l'apport de la géographie dans la réalisation des diagnostics et l'analyse des résultats ?

Chapitre 6

D'une approche technique de l'accessibilité des ERP à l'intérêt d'une analyse territoriale

Faire intervenir la géographie dans le domaine de l'analyse des politiques publiques jouant un rôle dans l'aménagement du territoire permet d'identifier les interrelations entre les actions mises en place par les collectivités territoriales et leur efficacité sur le terrain. Porter un regard sur le jeu des échelles d'actions et des compétences territoriales sous-entend appréhender les continuités ou les ruptures territoriales comme effet structurant ou déstructurant des politiques publiques. La cohérence territoriale et la continuité, revendiquées par le principe de « chaine » du déplacement, jouent un rôle fondamental dans l'aménagement des territoires en faveur des populations déficientes. Ce regard propose donc un paramètre d'analyse territoriale des politiques publiques en faveur de ces populations.

L'analyse des résultats de l'état des lieux mené à Villeneuve d'Ascq s'articule autour d'une double démarche. La mise en évidence des résultats quantitatifs de l'étude notamment à travers l'élaboration d'un indice de gêne révèle les difficultés présentes dans le bâtiment selon le type de déficiences des populations. Ces résultats donnent lieu à une présentation cartographique permettant d'amorcer la seconde partie de l'analyse. Effectivement, l'approche technique intervient comme support de l'analyse territoriale. En identifiant les différents types d'obstacles environnementaux, les différents « lieux de ruptures », l'apport des compétences du géographe dans la réalisation d'un diagnostic accessibilité est déterminant à deux niveaux. D'une part, le géographe peut légitimement prendre part à l'élaboration du plan de mise en conformité des travaux en dégageant les indicateurs géographiques et techniques permettant à la commune de faire des choix. Il intervient donc dans l'aide à la décision aux collectivités territoriales. D'autre part, l'analyse territoriale en soulignant les ruptures, les discontinuités territoriales, s'apparente donc à un indicateur de l'efficacité et de la pertinence des politiques publiques en termes de prise en charge territoriale des besoins et des usages spatiaux des populations déficientes.

6.1 - LE NIVEAU D'ACCESSIBILITÉ DES ERP : LE CAS DE VILLENEUVE D'ASCQ

La réalisation de l'état des lieux de l'accessibilité des bâtiments publics de Villeneuve d'Ascq permet de visualiser le niveau d'accessibilité d'une commune française. La différenciation selon les quatre types de déficiences (motrices, visuelles, auditives et cognitives) dépeindra une approche et un niveau de connaissances techniques précises et fondamentales dans le cadre de l'aménagement du territoire en faveur des populations déficientes et plus largement des populations éprouvant des difficultés dans leur mobilité. D'autre part, pour dépasser, l'approche technique imposée par cet exercice, l'identification et la localisation des ruptures et discontinuités vont mettre en évidence l'intérêt d'une approche géographique explicative.

6.1.1 - Une première analyse spatiale

Y-a-t-il une corrélation entre la période à laquelle les ERP ont été construits et leur niveau d'accessibilité ? Est-ce dans les quartiers les plus anciens que l'accessibilité est la moins prise en compte ?

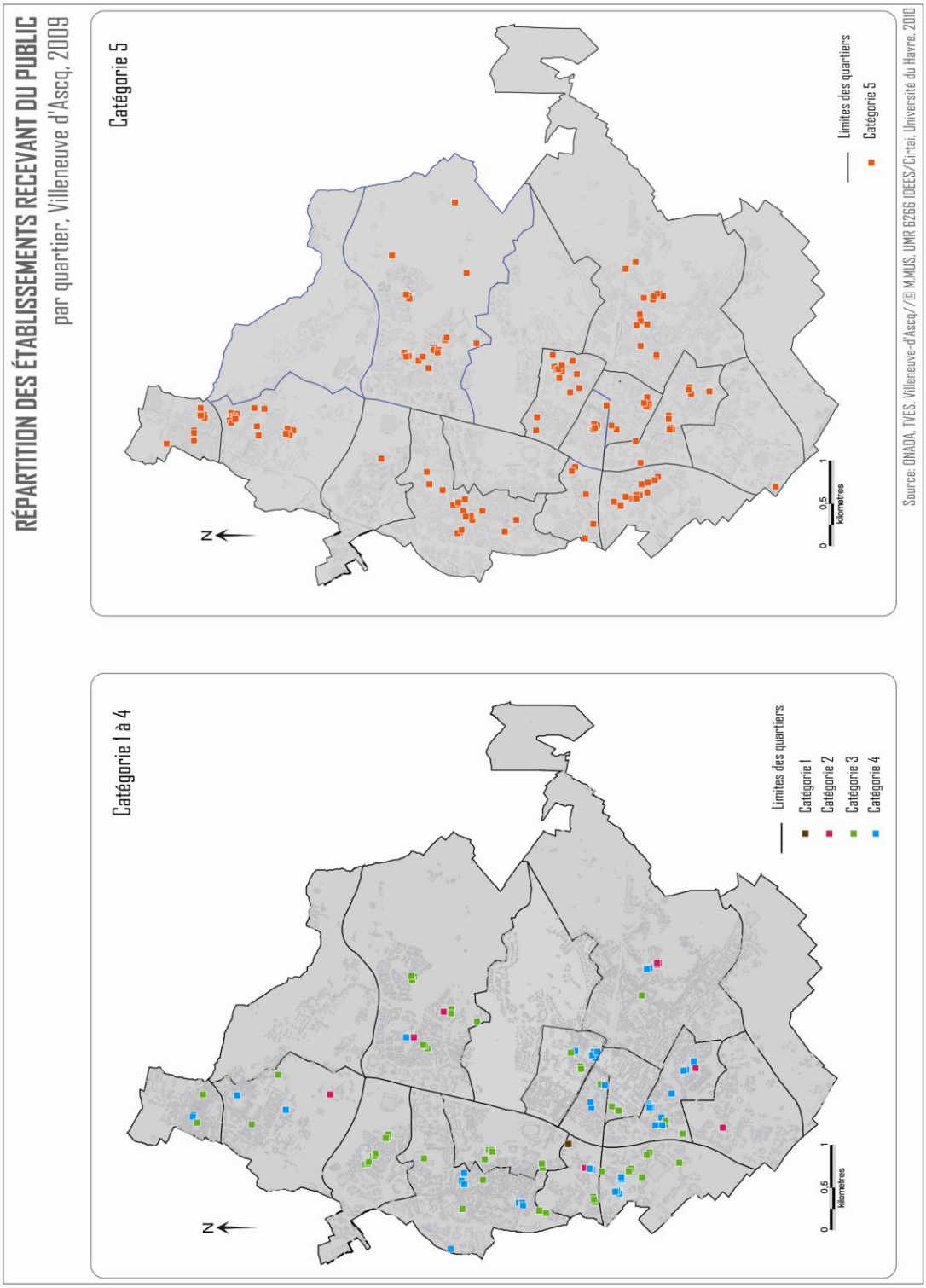
6.1.1.1 Répartition des ERP sur le territoire communal et type de quartiers

L'obligation de diagnostic repose pour le moment sur les Établissements Recevant du Public de catégorie 1 à 4[90]. La mise en accessibilité des ERP concerne tous les ERP d'ici à 2015. Dès lors, même si la loi ne l'y oblige pas, Villeneuve d'Ascq a engagé le diagnostic de tous ses ERP, des catégories 1 à 5.

La répartition des ERP sur la commune est fortement liée à l'histoire et aux fonctions des quartiers. Ainsi, comme le montrent les cartes ci-après [cf. Cartes 6-1, p317], trois quartiers, Recueil, Brigode et la Haute-Borne ne disposent d'aucun ERP sur leur périmètre. Ce sont essentiellement des quartiers résidentiels (Brigode), résidentiels/loisirs (Recueil) ou de zones d'activités (parc d'activité de la Haute-Borne). Le quartier « Cité Scientifique » dévolu aux différentes fonctions universitaires (logement des étudiants, restaurations, équipements sportifs, administration, enseignement) dispose de deux Établissements Recevant du Public dont la gestion revient à la commune.

[90] Une typologie des Etablissements Recevant du Public a été établie selon leur capacité. On distingue cinq catégories réparties en deux groupes. Le premier groupe comprend les établissements de catégorie 1 à 4. La catégorie 1 comprend les bâtiments ayant une capacité supérieure à 1 500 personnes. La catégorie 2 comprend les bâtiments ayant une capacité comprise entre 701 et 1 500 personnes, la catégorie 3 de 301 à 700 personnes. Les bâtiments de catégorie 4 peuvent accueillir moins de 300 personnes. Enfin, le second groupe comprend les ERP de catégorie 5 pour lesquels l'effectif du public est inférieur au minimum fixé par le règlement de sécurité pour chaque type d'exploitation.

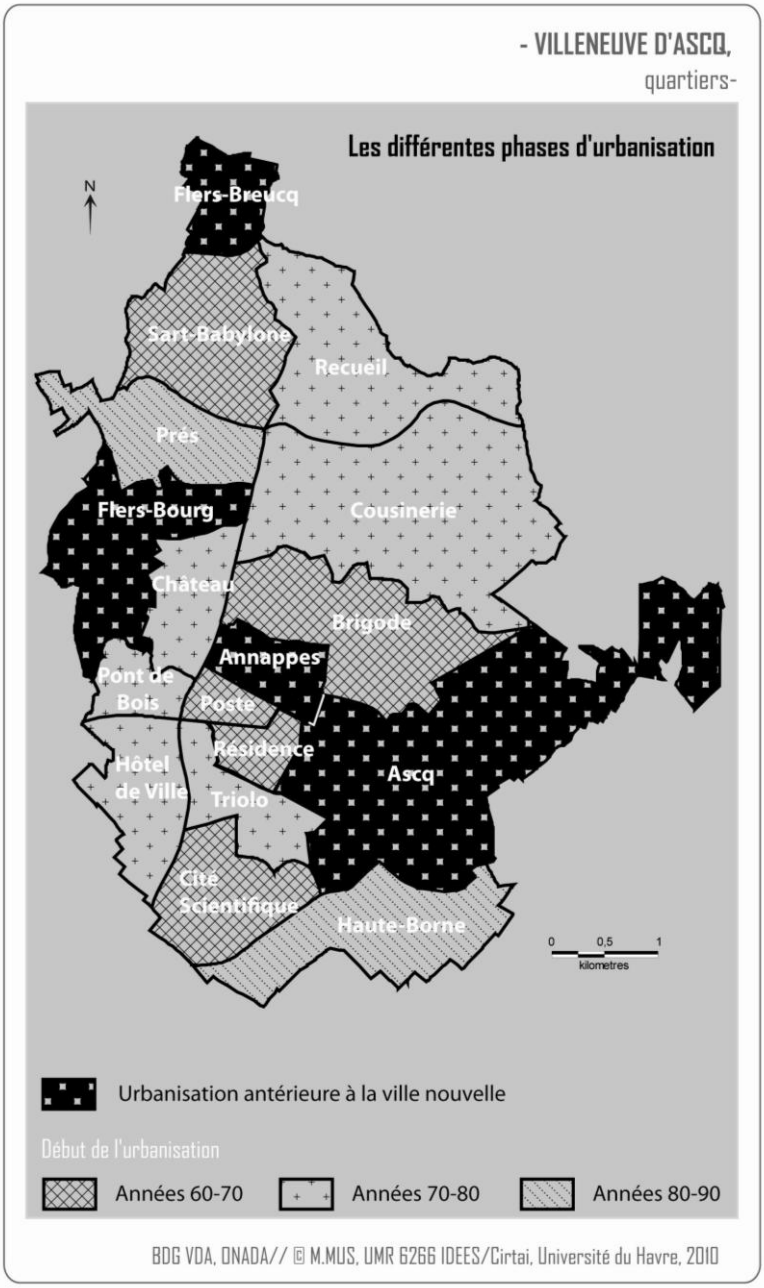
Carte 6- 1


RÉPARTITION DES ÉTABLISSEMENTS RECEVANT DU PUBLIC
par quartier, Villeneuve d'Ascq, 2009
Catégorie 5
N
0
0,5
1
kilomètres
Limites des quartiers
Catégorie 5
Catégorie 1 à 4
N
0
0,5
1
kilomètres
Limites des quartiers
Catégorie 1
Catégorie 2
Catégorie 3
Catégorie 4
Source: DNADA, TVES, Villeneuve-d'Ascq/ / © M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

Dans le cadre de la loi de 2005 en faveur des populations déficientes, les préfectures et les universités doivent être aménagées avant le 1er janvier 2011.

La carte [6-1] montre une répartition homogène des autres Établissements Recevant du Public sur l'ensemble des autres quartiers.

Carte 6- 2



Les quartiers pré-existant à la création de Villeneuve d'Ascq, Annappes, Ascq, Flers-Bourg et Flers-Breucq [Carte 6-2] se caractérisent par un tissu urbain ancien et assez dense. Ils se composent essentiellement d'un patrimoine communal ancien notamment par la présence d'églises (Eglises Saint-Pierre d'Ascq 15ème siècle, Saint Pierre de Flers Bourg 13ème / 19ème siècle, Saint-Sébastien d'Annappes 13ème siècle et agrandie au 16ème siècle…), de mairies de quartiers, d'écoles, de bibliothèques. Dans ces quartiers, les problématiques d'accessibilité se posent face à un patrimoine ancien n'étant pas adapté aux besoins des populations déficientes.

Cependant, dans ces quartiers, quelques bâtiments plus récents se sont notamment installés dans les années 1950, à l'exemple du Centre de rééducation fonctionnelle pour enfants Marc Sautelet dans le quartier d'Annappes. Ce centre de rééducation fonctionnelle pour enfant de l'Association des Paralysés de France, a ouvert ses portes en 1959 au centre d'Annappes sur la place du village. Si son implantation dans un quartier

peu adapté en termes d'accessibilité paraît plutôt incompréhensible, la présence de personnes handicapées a stimulé la réflexion sur l'accessibilité des bâtiments. Le directeur du centre « *est connu comme quelqu'un qui se bat pout l'intégration en milieu ouvert des enfants de Marc Sautelet. Avec les parents, il est intervenu pour que les C.E.S projetés soient accessibles, puis pour que le lycée en construction le soit* » [Cresson-Steinauer, 1987].

Concernant les quartiers plus récents, celui de l'Hôtel de ville et de Pont de bois possèdent un patrimoine public caractéristique d'un centre-ville avec de nombreux ERP. L'Hôtel de ville principal et le théâtre national de la Rose des vents sont les ERP les plus importants de ces deux quartiers. Quartiers densément peuplés, ils disposent de l'ensemble des services de proximité relatif à la vie quotidienne tel que ses écoles, des services socio-culturels (maison des droits de l'homme), les services liés à l'enfance (crèche, centre d'accueil, PMI…). En termes d'accessibilité, la caractéristique principale de ces deux quartiers repose sur une conception superposée de différents espaces. Ces quartiers se sont construits sur plusieurs niveaux, on distingue par exemple la chaussée haute de l'hôtel de ville avec la chaussée basse.
Les liens entre les différents niveaux s'opèrent à l'aide de systèmes de passerelles très présents dans l'architecture de ces deux quartiers. Cela pose notamment des difficultés de repérage et de compréhension aux personnes atteintes de déficiences visuelles ou cognitives. La lisibilité urbaine de ces deux quartiers est assez complexe. La signalétique doit être suffisamment bien développée afin de pouvoir se repérer et atteindre les différents bâtiments publics.

Le quartier du « Château » entre Flers-Bourg et Annappes révèle une architecture particulière. Il mêle un habitat individuel expérimental (primé de la médaille d'argent européenne : les maisons patios de l'architecte J.P Wattel) et un habitat intermédiaire, tous deux implantés dans un quartier où la végétation est abondante. Ce quartier offre aux habitants de nombreux espaces de loisirs (tennis de quartier, jardins familiaux, ferme d'en haut, Maison Folie, Stadium nord…). Il présente un ensemble de formes architecturales hétéroclites tel que les immeubles-pyramides. D'autres formes d'architecture expérimentale se retrouvent aussi dans la composition des ERP notamment dans certains groupes scolaires. L'école Châteaubriand dont les bâtiments ont été conçus en forme de nuage, ou l'école Chopin dans laquelle les classes sont réparties en petites unités de

quatre pièces autour d'un espace de vie central proposent une réflexion sur la manière dont les différentes activités scolaires coexistent ensemble dans un même espace.
Le quartier de la Cousinerie, est un des plus vastes de la commune. Tout comme le quartier du château, il assure les fonctions résidentielles proposant un ensemble de services de proximité (crêches, écoles…), sportifs et culturels. Ces deux quartiers rappellent l'intérêt d'une réflexion cohérente de l'accessibilité réellement intégrée dans un tissu urbain de proximité où les activités quotidiennes sont importantes.
Les quartiers « Poste et Résidence » sont parmi les plus densément peuplés de la commune, ils mêlent habitat collectif et individuel. Ils ont la particularité d'être des zones d'urbanisation prioritaire établies entre les années 60 et 70. L'objectif à cette époque étant de permettre la création massive de logements. « *Les constructions réalisées sous ce régime furent majoritairement des immeubles de grande hauteur, « tours » ou « barres » desservies par des équipements collectifs, de superstructure et d'infrastructure (voirie, assainissement)* » [Merlin, Choay,1996]. C'est effectivement le cas dans ces deux quartiers de Villeneuve d'Ascq. En termes d'accessibilité, ce type d'urbanisation soulève principalement les problématiques d'accès aux différents étages des ERP pour lesquels l'accessibilité des étages supérieurs des bâtiments n'a pas toujours été pensée. La réhabilitation des bâtiments communaux impose dès lors une réflexion sur l'accès aux étages pour tous les types de déficiences.

Enfin, le quartier des « Près » est le dernier à avoir vu le jour dans le cadre de l'opération « ville nouvelle » à partir de la fin des années 70 et du début des années 80. Ce quartier conjugue l'existence de zone d'activités et d'un habitat résidentiel traditionnel. En termes d'ERP, il est composé de deux groupes scolaires (Prévert et Picasso) et d'un espace d'accueil (Mendès-France) regroupant une maison de quartier, un CAL et une salle municipale. Réalisés entre les années 1980 et 1990 ces bâtiments publics sont postérieurs à la première loi en faveur du handicap indiquant des normes d'accessibilité. Ces bâtiments sont-ils pour autant plus accessible que les autres ?

6.1.1.2 Des niveaux de gêne différents selon les types de déficiences

Une première visualisation des résultats de l'étude est possible de façon globale à l'échelle de la commune. Cette visualisation propose de mettre en lumière

l'handicateur91 maximum relevé par espace audité. Les cartes présentées ci-après exposent selon le type de déficiences (motrices, visuelles, cognitives et auditives), le niveau de gêne maximum auquel une personne atteinte de telle ou telle déficience pourrait être confronté dans un bâtiment. Cela correspond donc à la présence d'éléments non-conformes aux dispositions législatives et créant une gêne plus ou moins importante dans l'usage du bâtiment selon les types de déficiences. D'autre part, une distinction est faite à l'intérieur de la parcelle entre l'handicateur maximum atteint dans le bâtiment et l'handicateur maximum atteint concernant l'état des lieux du cheminement extérieur. Pour chaque type de déficiences les résultats se présentent donc sous forme de deux cartes : l'une concerne l'handicateur maximum atteint sur le cheminement extérieur et l'autre dans le bâtiment. Cette cartographie vise à proposer une vision générale de la situation des ERP de Villeneuve d'Ascq face aux normes d'accessibilité exigées par la loi de 2005. Elle ne constitue pas une approche précise des difficultés que des individus déficients peuvent rencontrées mais permet une première lecture globale de la situation. Cet état des lieux des ERP met en évidence l'existence d'un nombre important de critères d'accessibilité n'étant pourtant pas conforme aux exigences législatives. Cependant, la cartographie proposée par type de déficience suggère l'importance de mener les diagnostics en distinguant les différents types de déficiences. Les besoins et le niveau de gêne des populations varient considérablement selon les situations. La cartographie présentée ci-après permet de mettre en évidence la nécessité de cette différenciation.

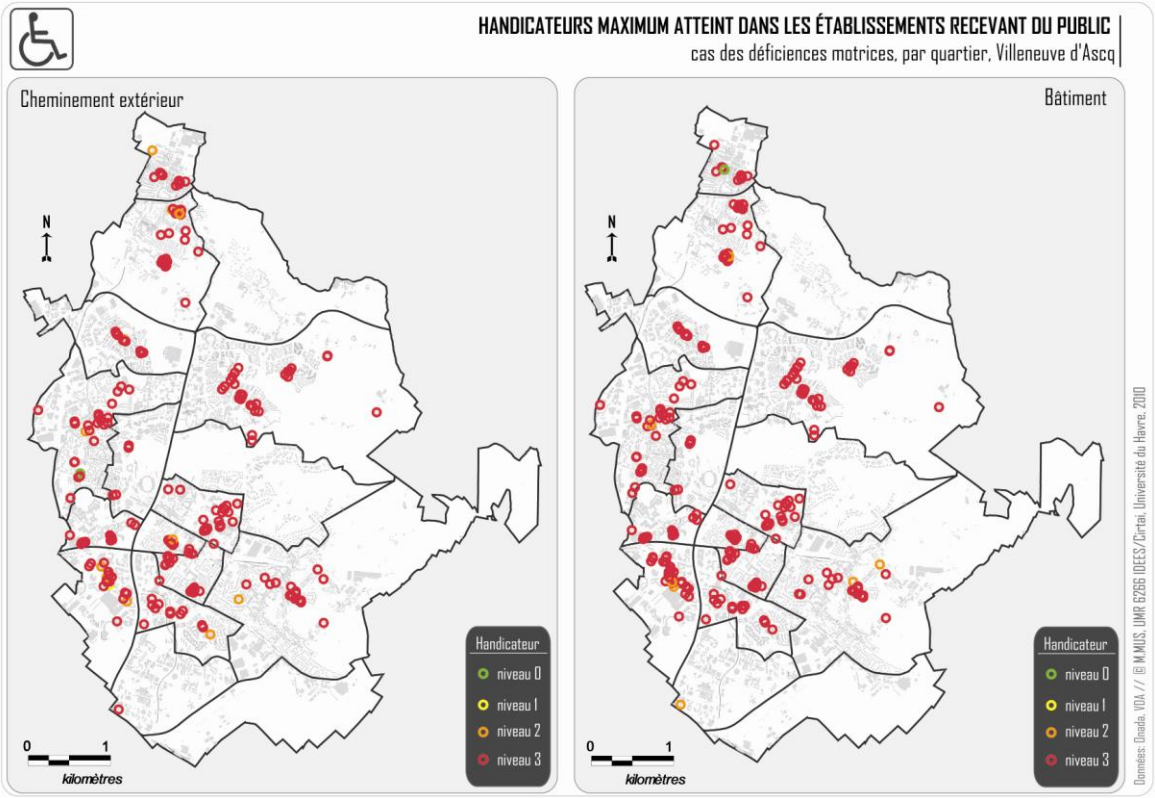
C'est dans le cas des déficiences motrices [cf. Carte 6-3, p322] que les états des lieux décrivent un niveau de gêne majeure dans la majorité des bâtiments. Cela signifie que l'accès et l'usage des ERP qu'il s'agisse du cheminement extérieur ou du bâtiment est composé de nombreux éléments non-conformes créant alors des obstacles et des ruptures importantes dans la chaîne d'accessibilité et d'usage d'un espace public. L'approche étant essentiellement normative, la majorité des états des lieux réalisés mettent en évidence le non respect des règles législatives en matière d'accessibilité concernant les populations

[91] **Rappel :** Les « handicateurs » visent à attribuer à chaque critère un « niveau de gêne » selon le type de déficience. Il y a quatre niveaux d'handicateur. Le niveau 3 constitue une gêne rédhibitoire. La situation de handicap crée par la non conformité de l'objet spatial empêche l'usage et l'accès à l'objet en question. Le niveau 2 suggère que la situation de handicap crée est surmontable grâce à l'aide d'une tierce personne. Le niveau 1 constitue une non-conformité de l'objet n'empêchant pas de façon directe l'usage de l'objet ou de l'espace en question. Enfin, le niveau 0 stipule l'absence de gêne.

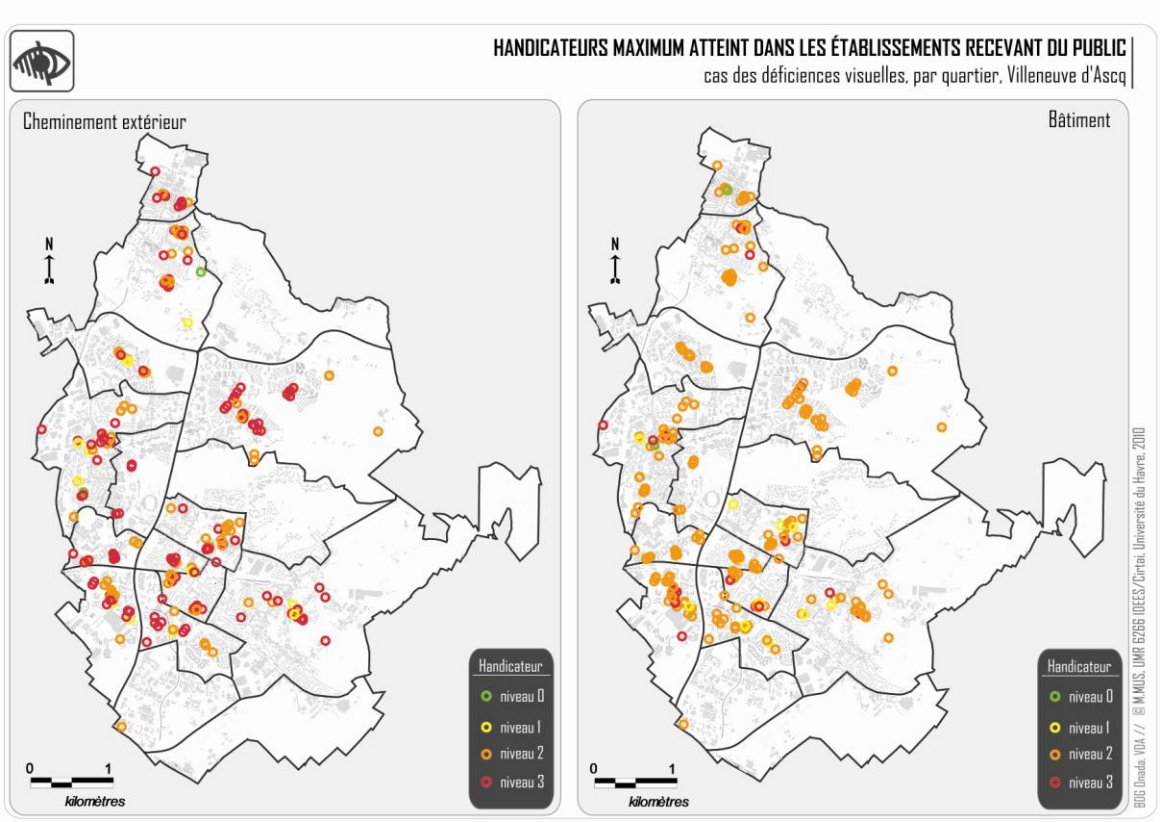
atteintes de déficiences motrices. Dès lors, elles se trouvent souvent en situation de handicap quant à l'accès et l'usage d'une grande partie des ERP à Villeneuve d'Ascq.

Les premiers résultats des états des lieux concernant les normes relatives à l'accessibilité pour les populations atteintes de déficiences visuelles [cf. Carte 6-4, p323] dévoilent une situation un peu différente de celle des normes en faveur des populations atteintes de déficiences motrices. La majorité des bâtiments se classent au niveau trois pour le cheminement extérieur et au niveau deux pour le bâtiment. Dans l'ensemble des états des lieux, les normes relatives à l'accessibilité pour les populations atteintes de déficiences visuelles sont peu prises en compte dans l'aménagement des ERP. Cela représente une gêne majeure pour l'accès au bâtiment depuis l'extérieur et une gêne intermédiaire dans le cas de l'usage des bâtiments et de l'accès aux services. Concernant les cheminements extérieurs, le repérage du bâtiment dans l'espace est la problématique principale à laquelle les collectivités territoriales ont à faire face. Elle implique un travail important sur les dispositifs signalant le bâtiment (panneau de signalisation, ligne de guidage au sol pour aller jusqu'à l'entrée…).

Carte 6- 3

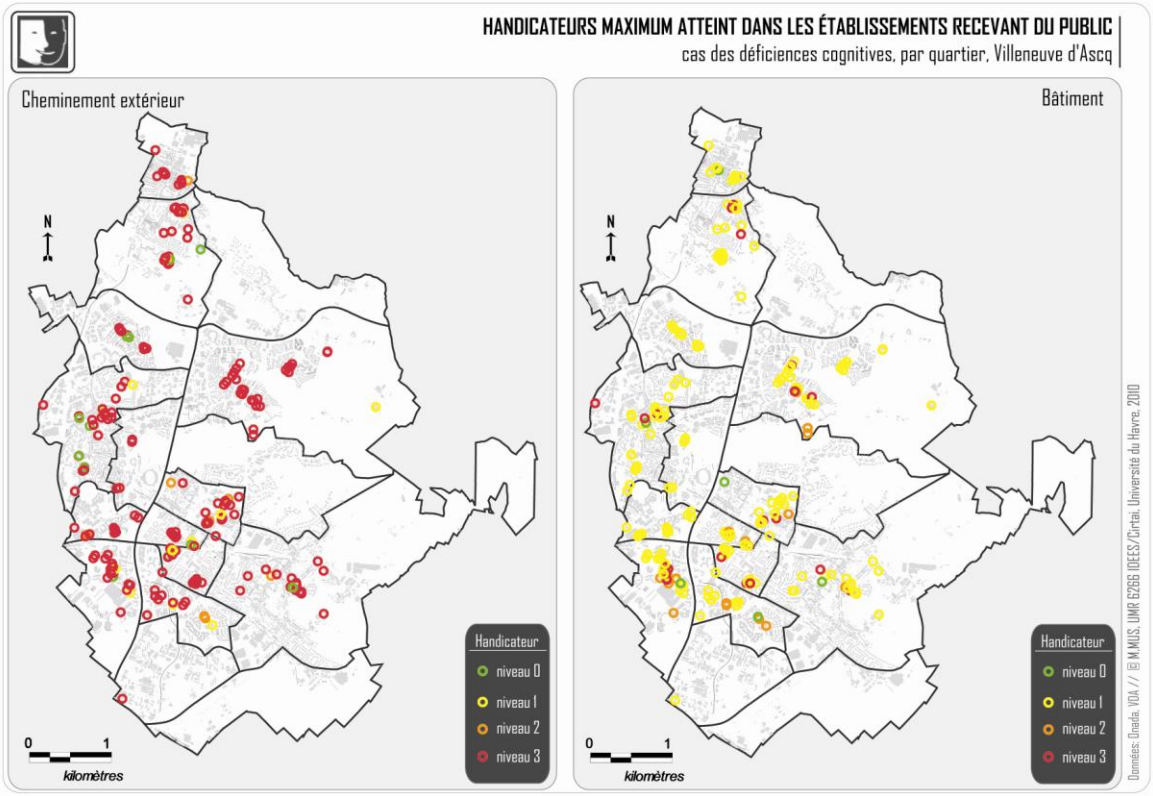


Carte 6- 4

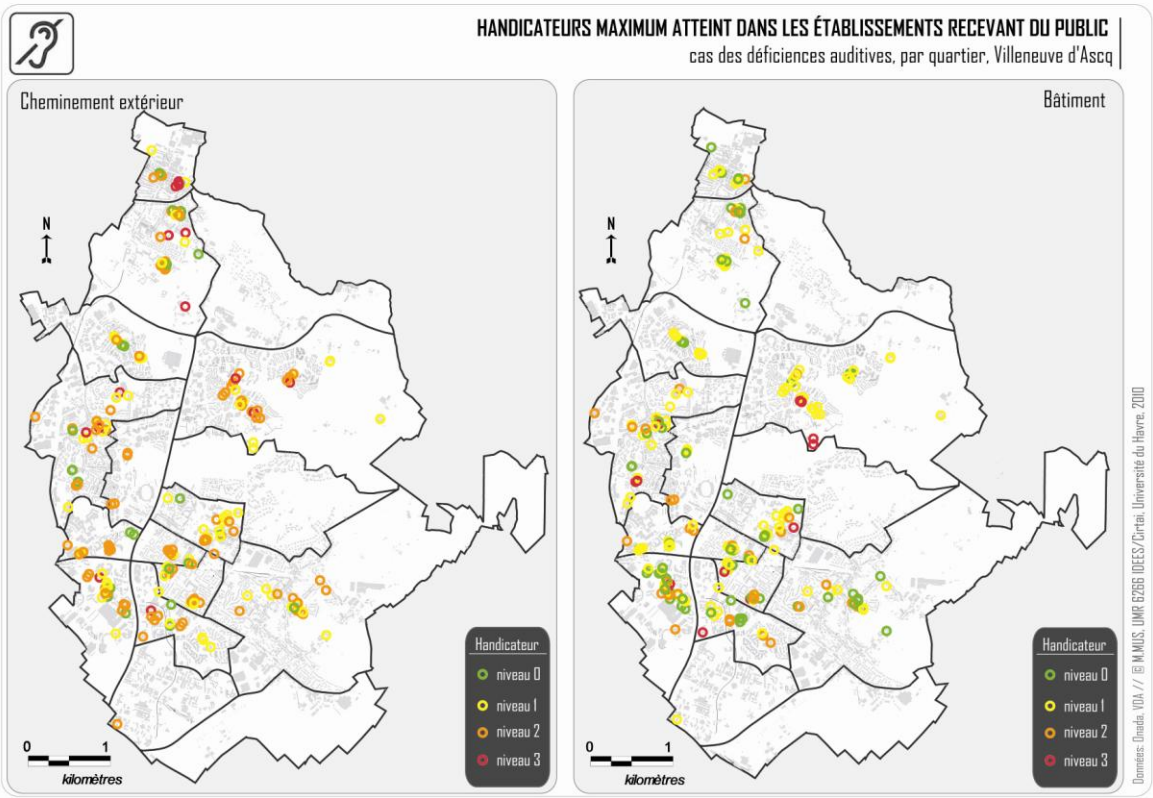


Les résultats concernant les déficiences cognitives [cf. Carte 6-5, p324] mettent en avant l'enjeu de la distinction entre l'état des lieux du cheminement extérieur et celui du bâtiment. On note un écart notable entre le niveau de gêne atteint entre ces deux types d'espace. Ainsi, 82% des cheminements extérieurs atteignent un handicateur de niveau 2. Dans le même temps, les états des lieux concernant les bâtiments, atteignent un handicateur de niveau 1 dans 80% des configurations spatiales. Ce premier niveau d'analyse cartographique permet de localiser le type d'espace (cheminement extérieur ou bâtiment) dans lequel les éléments non-conformes à la réglementation créent des obstacles jouant un rôle majeur ou mineur dans l'usage de l'établissement. Tout comme pour les populations atteintes de déficiences visuelles, une réflexion sur le repérage d'un bâtiment doit être menée pour permettre une accessibilité plus adaptée de l'espace en faveur des populations atteintes de déficiences cognitives. Enfin, les résultats concernant les déficiences auditives [cf. Cartes 6-6, p324] sont plus hétérogènes par rapport aux autres types de déficiences. Peu d'espaces présentent un handicateur de niveau 3, soit 7% et 6% pour les cheminements extérieurs et le bâtiment.

Carte 6- 5



Carte 6- 6



Contrairement aux situations précédentes, 13% et 27% des cheminements extérieurs et des bâtiments (intérieurs) ont un handicateur de niveau 0.

Dans ces cas, les personnes atteintes de déficiences auditives [Carte 6-5, p324] ne se trouvent pas en situation de handicap. La moitié des bâtiments atteignent un handicateur de niveau 1. Cela suggère que les déplacements dans un bâtiment et l'usage des différents services placent les personnes atteintes de déficiences auditives dans une situation de handicap mineur. Concernant les cheminements extérieurs, 50% des espaces étudiés atteignent un handicateur de niveau 2. Les premières conclusions de l'état des lieux concernant le respect des normes en faveur des populations atteintes de déficiences auditives reflètent une configuration particulière des espaces publics. Effectivement, les déficiences auditives sont celles pour lesquelles le plus de bâtiment sont classés au niveau 0 et 1. Concernant les autres types de déficiences, on trouve un handicateur de niveau 0, soit une absence de gêne, dans très peu de configuration. Cela concerne moins de 1% des bâtiments pour les déficiences motrices, entre 1 et 2% des espaces concernées dans le cas des déficiences visuelles et entre 2 et 6% pour les déficiences cognitives.

Les résultats proposés à l'échelle de la commune permettent de mettre en avant des problématiques majeures concernant l'accessibilité générale d'un espace. Ces cartes révèlent les espaces difficiles d'accès aux populations déficiences. Chaque point rouge représente l'ensemble des impossibilités d'accès c'est à dire les lieux interdits pour une personne atteinte de tel ou tel type de déficience. Dès lors, la situation de handicap créée est finalement double. L'inaccessibilité physique pour accéder à un lieu se traduit par un accès limité voir impossible aux ressources et services disponibles créant alors une situation de handicap social, culturel… L'inaccessibilité des espaces génère donc une mise à distance physique par l'impossibilité matérielle de pouvoir s'y rendre mais aussi une mise à distance sociale. Les cartes proposées mettent en évidence une différence notable dans l'accès aux espaces publics selon les différents types de populations déficientes. Le niveau de gêne produisant une situation de handicap est extrêmement variable selon les cas. L'originalité de l'étude et de l'analyse proposée est effectivement de démontrer la variété des situations, elles-mêmes conditionnées par les différentes déficiences. Lors de l'analyse de l'état des lieux, il apparaît donc indispensable de réaliser la distinction d'une part entre les éléments non conformes sur le « cheminement extérieur » et sur le « bâtiment ».

6.1.2 - L'analyse territoriale et le jeu des corrélations

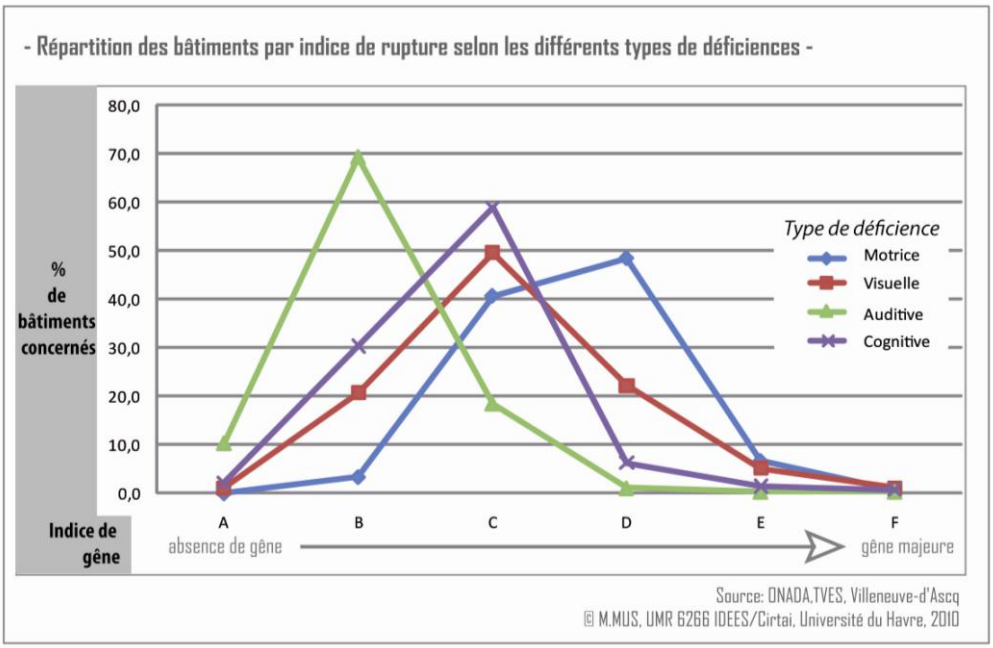
La cartographie par les « handicateurs » a permis de donner une image très globale des résultats soulignant la variété des obstacles selon les types de déficiences.

6.1.2.1 Quelles hypothèses pour diriger l'analyse de la base de données ?

Les cartes tiennent simplement compte de l'handicateur maximum atteint relevé dans le bâtiment. Cependant, pour avoir une représentation plus fine de la situation en lien avec la structure du bâtiment, il a été nécessaire de pondérer les résultats en construisant un nouvel indice. Pour avoir une image plus précise, un « indice de rupture » a été élaboré. Pour chaque bâtiment, la valeur de tous les handicateurs de chaque problème relevé a été additionné entre-eux. Cette somme correspond donc à l'addition de la valeur de tous les handicateurs du bâtiment, elle a ensuite été divisée par le nombre total de problèmes relevés sur le terrain.

Afin de pouvoir comparer et mettre en perspective les résultats selon les différents types de déficiences, une classification a été établie. Elle se présente sous la forme de six classes distinctes, désignées par une lettre allant de « A » pour les bâtiments ne présentant pas d'élément non conforme à F pour les éléments présentant de nombreuses ruptures et non-conformités. De fait, il est possible d'étudier le niveau d'accessibilité des bâtiments selon la structure et l'histoire des quartiers. Le graphique ci-dessous [Graphique 6-1] met donc en évidence la répartition des bâtiments audités selon leur niveau de rupture.

Graphique 6- 1



D'après les critères réglementaires une minorité de bâtiment répond positivement à l'ensemble des critères réglementaires. Effectivement, 10 % des bâtiments sont classés « A » pour les déficiences auditives et moins de 5% pour les autres types de déficiences. Les populations atteintes de déficiences auditives seront celles qui seront confrontées au moins d'obstacles possibles dans les Établissements Recevant du Public de Villeneuve d'Ascq. 70% des bâtiments sont classés « B » pour les déficiences auditives. Il est nécessaire de préciser que les difficultés d'accès pour les personnes atteintes de déficiences auditives résident principalement dans le caractère relationnel de l'accès à un service. La difficulté majeure étant bien souvent la communication avec une personne. Les difficultés liées au cadre bâti existent mais ne supposent pas une gêne rédhibitoire pour l'accès au bâtiment. La problématique la plus importante dans le cas des populations atteintes de déficiences auditives réside premièrement dans l'adaptation des systèmes d'alarme incendie exclusivement « sonores » dans les bâtiments publics, c'est le cas aussi pour les sonnettes et les interphones et enfin pour la communication avec le personnel des établissements.

Les courbes de l'indice de rupture concernant les déficiences visuelles et cognitives se suivent quasiment. La moitié des bâtiments ont un indice « C » pour les déficiences visuelles et 60 % pour les déficiences cognitives. Cela met en évidence des structures peu adaptées pour ces populations. C'est dans le cas des déficiences motrices que la majorité des bâtiments ont les indices les plus élevés. 50% des bâtiments ont un indice de rupture de niveau « C » et quarante pour cent ont un indice de niveau « D ».

Au terme de ces remarques, trois hypothèses ont dirigé une première analyse géographique des résultats :

La première consiste à établir un lien entre les différentes catégories d'Établissements Recevant du Public et le niveau d'inaccessibilité d'un bâtiment. Y-a-t-il une corrélation entre la catégorie d'ERP et l'indice de rupture ? Il est possible de faire l'hypothèse selon laquelle plus le nombre de personnes accueillies est important, plus les règles relatives à l'accessibilité du bâtiment pour les populations déficientes sont respectées. A contrario, il est possible de supposer que les catégories d'ERP moins importantes notamment celles de type 5[92] le sont moins.

[92] rappelons qu'il n'y a pas encore de date réglementaire pour la mise en conformité des ERP de catégorie 5

La seconde hypothèse renvoie à la structure et l'histoire des quartiers de cette ville. Effectivement, les quartiers les plus anciens devraient concentrer les bâtiments classés dans les indices les plus élevés [D-E-F]. Les quartiers les plus récents et notamment ceux construits après 1975 (date de la première loi en faveur des populations déficientes et des premières exigences en matière d'accessibilité) devraient présenter des ERP avec des indices se situant entre A et C.

Enfin, la troisième hypothèse s'articule autour des différentes fonctions de bâtiments et des populations concernées par l'usage des bâtiments. D'autre part, certains bâtiments publics accueillent des populations spécifiques : les écoles, les foyers clubs pour personnes âgées par exemple. Ces bâtiments ont-ils été mieux adaptés à ces populations ?

6.1.2.2 Des résultats locaux reflétant les difficultés nationales

Les courbes [cf. Graphique 6-2, 329] répartissent les indices de rupture selon le type de déficience et les catégories d'ERP. Concernant, l'hypothèse n°1, il ne semble pas y avoir de corrélation directe entre le type d'ERP et son niveau n'inaccessibilité.

Les bâtiments de catégorie 1 et 2, soit ceux accueillants beaucoup de public (de 700 à plus de 1500), ont un fort indice de rupture. Aucun de ces bâtiments n'a un indice de rupture supérieur à « D ». Pourtant ce type d'infrastructure accueille un public important en nombre. Aucun de ces établissements n'offre toutes les mesures nécessaires et conformes aux normes d'accessibilité. Il n'y a pas d'établissement de catégorie 1 et 2 classé « A », c'est à dire sans aucune rupture.

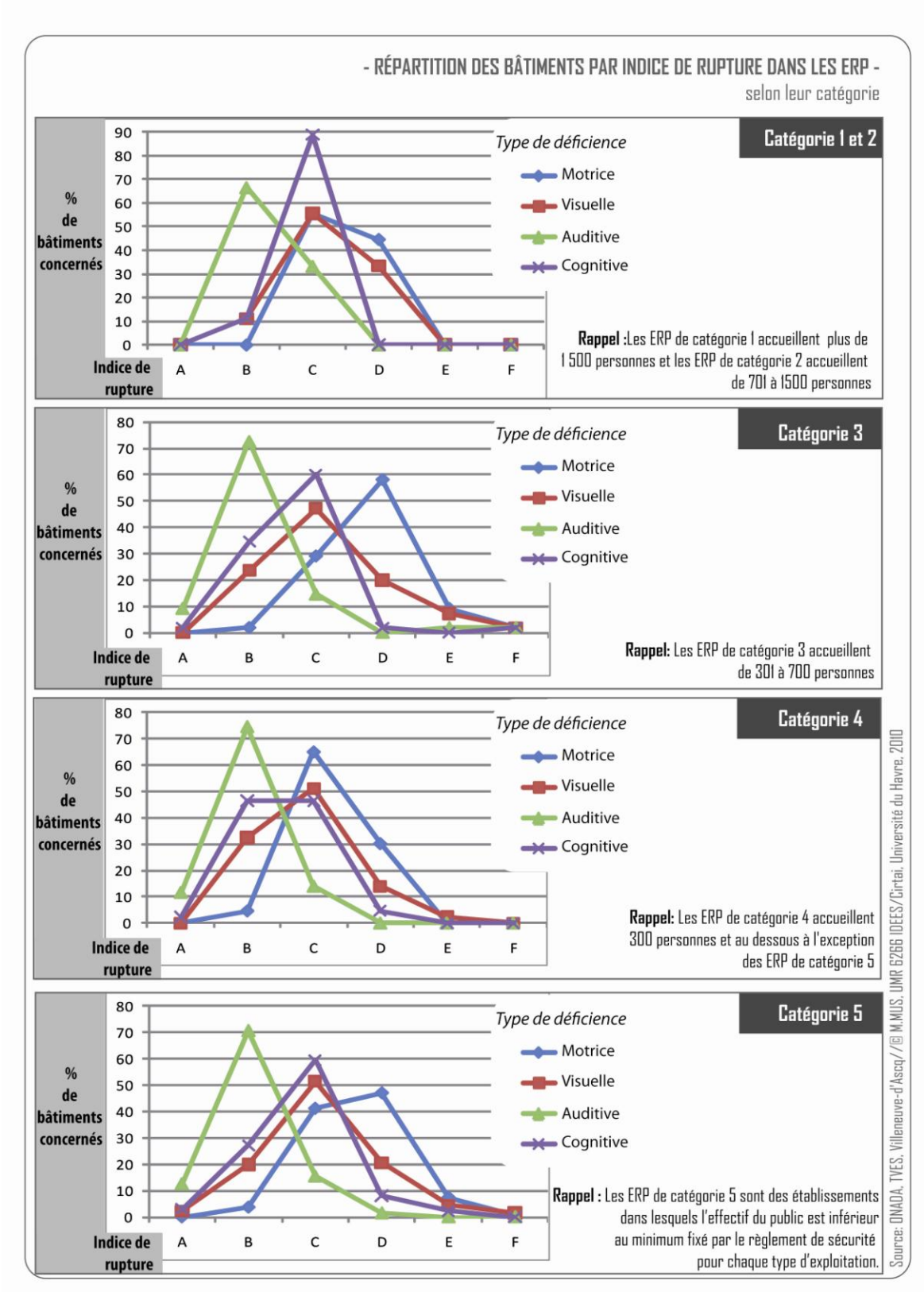
Les catégories 3, 4 et 5, quant à elles, ne présentent pas spécialement de particularité. La répartition des ERP selon leur indice de rupture n'est pas très significative. Finalement, seuls les ERP de catégories 1 et 2 se distinguent.

L'hypothèse 2 interroge une corrélation possible entre l'époque de construction des quartiers et la prise en compte des normes d'accessibilité. Les représentations cartographiques présentées ci-après [p 330-333] permettent d'identifier ou non cette corrélation.

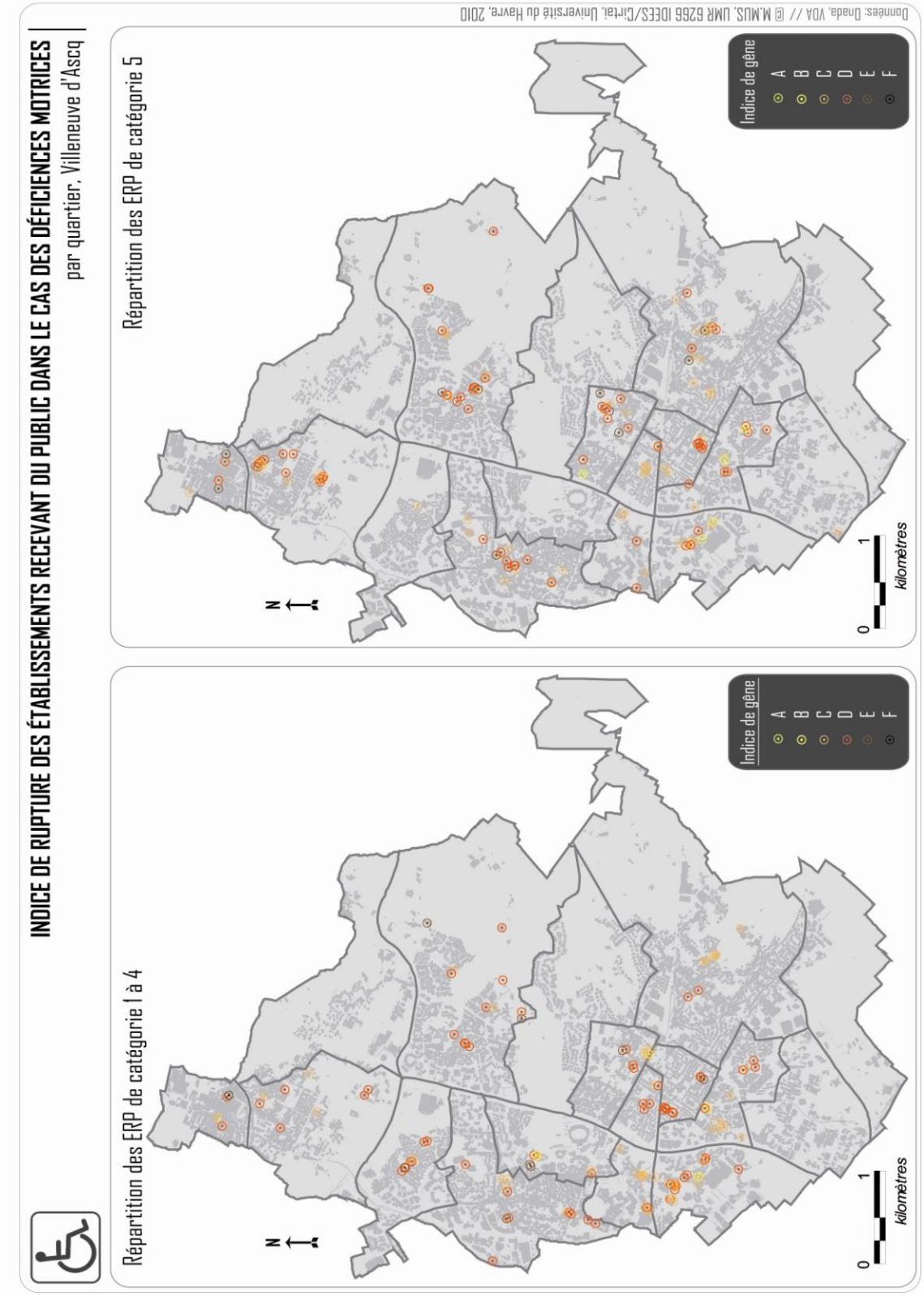
Dans le cas de la déficience motrice, la majorité des bâtiments sont classés « C » et « D ». Les cartes [cf. Carte 6-7, p330] semblent montrer une répartition homogène du niveau de rupture. On trouve dans tous les quartiers sans distinction des bâtiments classés « C » et « D ». Il n'y a pas de bâtiments classés « E » et « F » dans tous les quartiers. Pour

les ERP de catégorie 1 à 5, la majorité des bâtiments classés « E » et « F » sont effectivement localisés dans les quartiers de Flers-Breucq, Flers-Bourg, Annappes et Ascq.

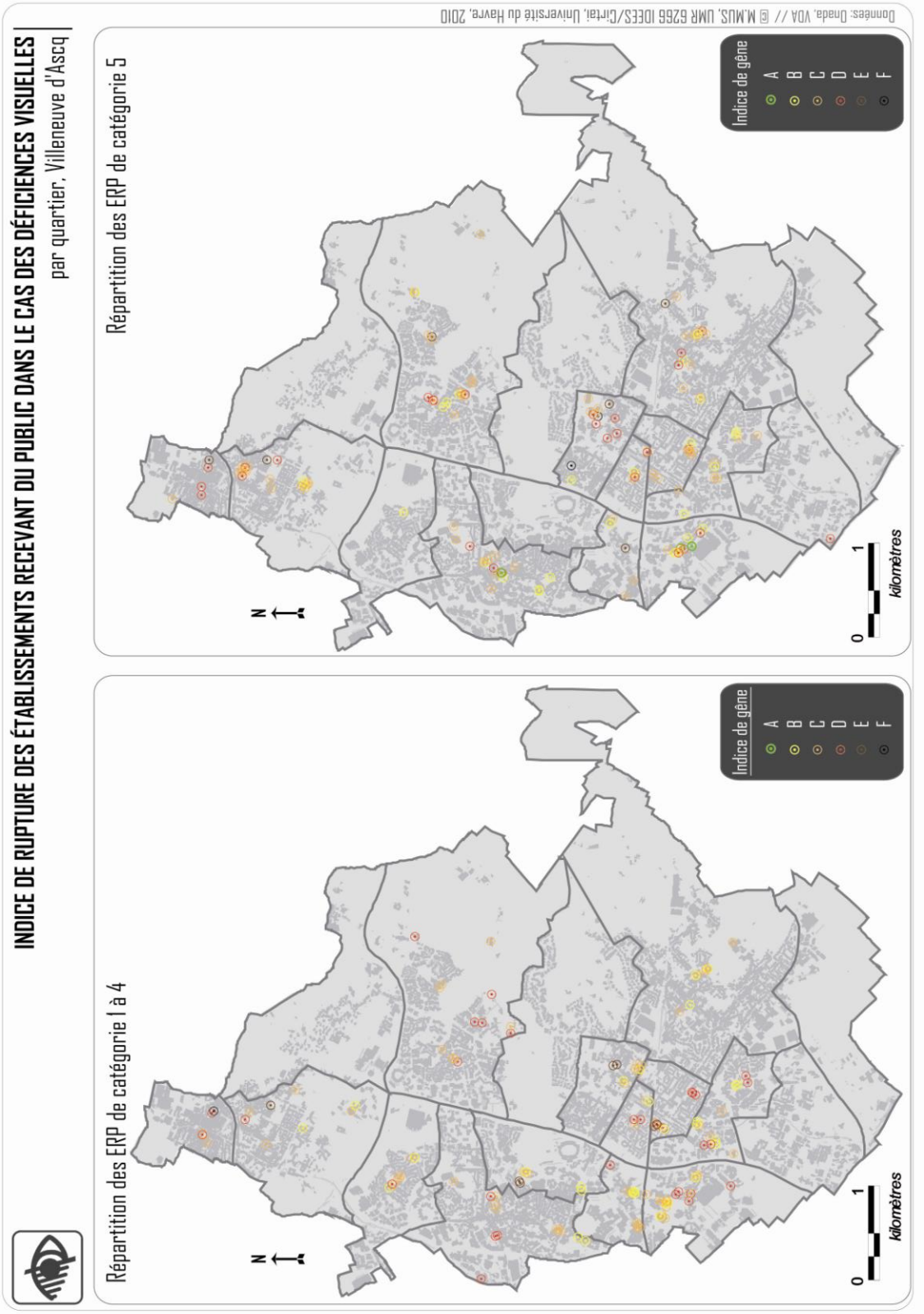
Graphique 6- 2



Carte 6- 7


INDICE DE RUPTURE DES ÉTABLISSEMENTS RECEVANT DU PUBLIC DANS LE CAS DES DÉFICIENCES MOTRICES
par quartier, Villeneuve d'Ascq
Répartition des ERP de catégorie 1 à 4
Répartition des ERP de catégorie 5
Indice de gêne
A
B
C
D
E
F
N
0
1
kilomètres
Données: Unada, VDA // © M.MUS, UMR 6266 IDEES/Girtai, Université du Havre, 2010

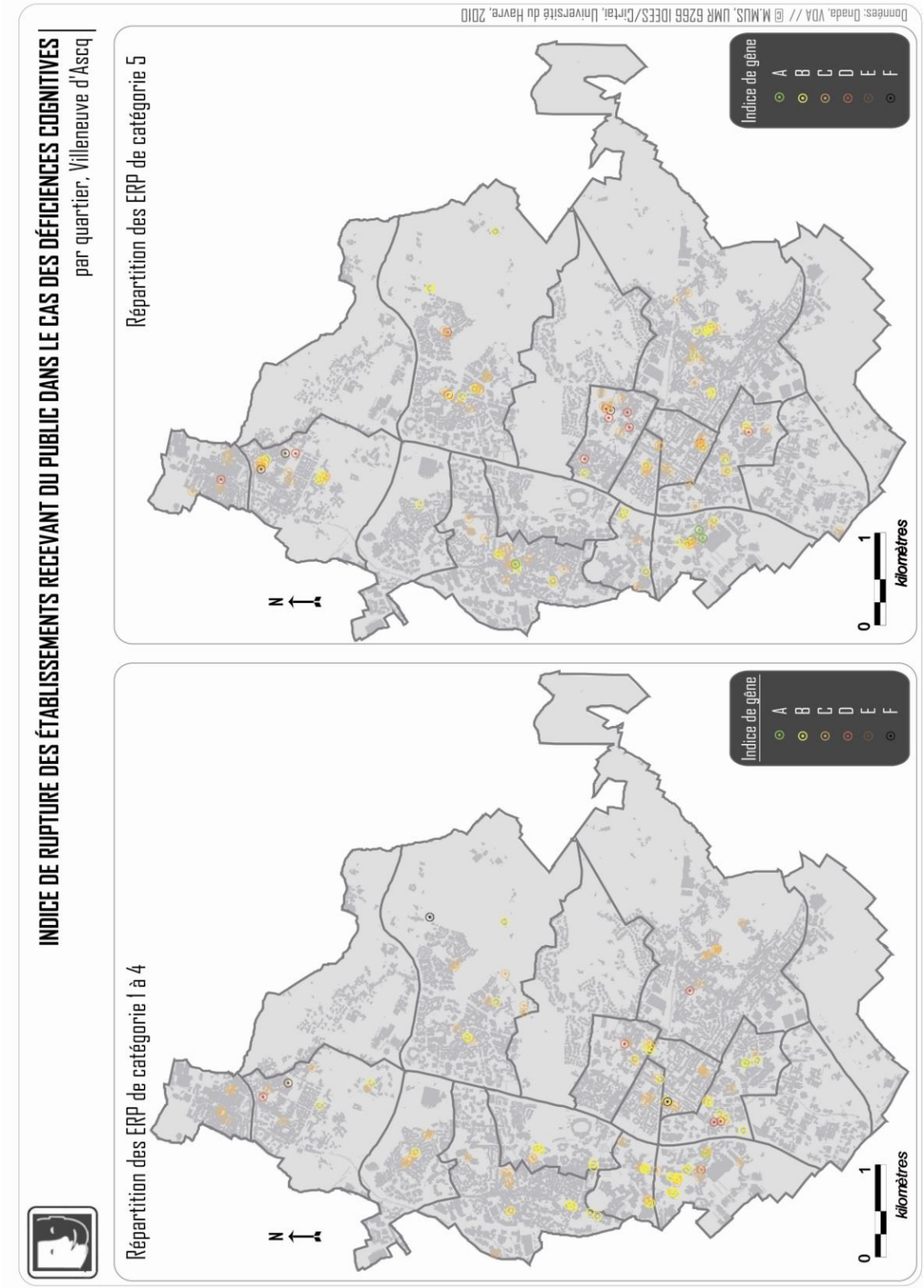
Carte 6- 8


INDICE DE RUPTURE DES ÉTABLISSEMENTS RECEVANT DU PUBLIC DANS LE CAS DES DÉFICIENCES VISUELLES
par quartier, Villeneuve d'Ascq
Répartition des ERP de catégorie 1 à 4
Répartition des ERP de catégorie 5
Indice de gêne
A
B
C
D
E
F
N
0
1
kilomètres
Données: Onada, VOA // © M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

Carte 6- 9

INDICE DE RUPTURE DES ÉTABLISSEMENTS RECEVANT DU PUBLIC DANS LE CAS DES DÉFICIENCES AUDITIVES
par quartier, Villeneuve d'Ascq
Répartition des ERP de catégorie 1 à 4
Répartition des ERP de catégorie 5
Indice de gêne
A
B
C
D
E
F
N
0
1
kilomètres
Données: Dnada, VOA // © M.MUS, UMR 6266 IDEES/Girtai, Université du Havre, 2010

Carte 6- 10


INDICE DE RUPTURE DES ÉTABLISSEMENTS RECEVANT DU PUBLIC DANS LE CAS DES DÉFICIENCES COGNITIVES
par quartier, Villeneuve d'Ascq
Répartition des ERP de catégorie 1 à 4
Répartition des ERP de catégorie 5
Indice de gêne
A
B
C
D
E
F
N
0
1
kilomètres
Données: Onada, VDA // © M.MUS, UMR 6266 IDEES/Ginfai, Université du Havre, 2010

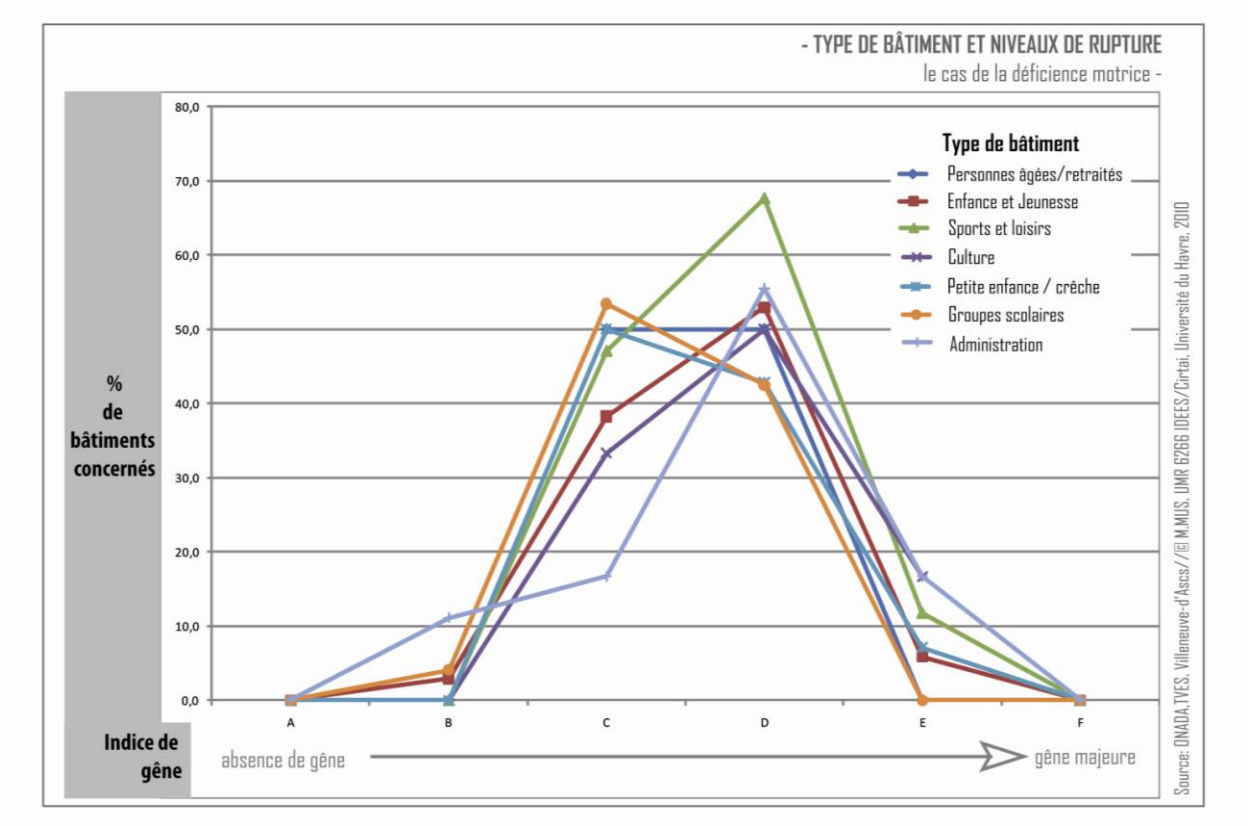
Cependant, on en trouve aussi dans le quartier de la Cousinerie et dans les quartiers du Château et des Près pour les catégories 1 à 4. Les quartiers construits entre les années 1970 et 1980 (Recueil, Cousinerie, Triolo, Hôtel de ville, Pont de bois, Château) ne se distinguent pas particulièrement en matière d'accessibilité par rapport à ceux construits entre 1960 et 1970 (Sart-Babylone, Poste, Résidence, Cité scientifique et Brigode). Le quartier des Près, construit entre les années 1980 et 1990 ne comporte pas spécifiquement de bâtiments ayant un indice de rupture plus important que les autres.
Malgré les dispositions législatives émises dans les années 1975, il n'y a pas de corrélation évidente entre la structure des quartiers et le niveau d'inaccessibilité.

Dans le cas des déficiences visuelles [cf.Carte 6-8, p331], la situation est quasiment similaire. Il y a une concentration de bâtiments classés « D », « E » et « F » dans les quartiers anciens d'Annappes et de Flers-Breucq. On en trouve aussi à Cousinerie et dans le quartier de l'Hôtel de ville.

Les cartes mettant en évidence le niveau d'inaccessibilité pour la déficience auditive et la déficience cognitive [cf. Carte 6-9, p332 et 6-10, p 333] ne permettent pas non plus d'établir une corrélation entre l'époque des bâtiments et leur niveau d'inaccessibilité. Ces constats suggèrent que l'accessibilité est un problème général. Malgré les initiatives entreprises dès 1975, la mise en conformité des établissements recevant du public ne semble pas avoir initié de changements fondamentaux dans le niveau d'accessibilité des bâtiments pour les populations déficientes.

La troisième hypothèse est chargée d'établir s'il peut y avoir un lien entre la fonction d'un bâtiment et son niveau de conformité aux normes d'accessibilité. Les courbes ci-après [Graphique 6-3, p335] répartissent le niveau de rupture des ERP selon leurs destinations fonctionnelles (bâtiments relatifs aux sports (salles de sport) ou à l'administration publique (mairie), par exemple) dans le cas de la déficience motrice. Les courbes sont concentrées et suivent quasiment toutes le même tracé malgré les différentes fonctions. L'ensemble des bâtiments sont classés dans les catégories « C » et « D ». Le dessin des courbes étant quasiment similaire pour tous les types de bâtiment, là encore l'hypothèse n'est pas validée.

Graphique 6- 3



La non-validation des trois hypothèses suggère que l'accessibilité en faveur des populations déficientes des établissements recevant du public est une problématique collective et commune. La catégorie d'ERP, le public accueilli, la période à laquelle les bâtiments ont été construits n'influencent pas le niveau d'accessibilité. La difficulté résiderait donc dans la prise en compte des normes et des besoins de ces populations par les concepteurs des bâtiments.

6.2 – APPORTS DE LA GÉOGRAPHIE POUR LA RÉALISATION DES « DIAGNOSTICS ACCESSIBILITÉ »

En matière de diagnostic accessibilité et d'aménagement du territoire en faveur des populations déficientes, la géographie permet d'apporter un regard, un niveau d'analyse et des solutions pertinentes aux difficultés des collectivités locales. L'analyse spatiale par quartier ne démontre pas de corrélation déterminante entre l'année de construction des bâtiments et leur niveau d'accessibilité. A l'échelle de la commune et des quartiers, une distinction s'opère dans le niveau d'accessibilité entre les ERP selon le type de déficiences. L'analyse territoriale permet d'aller au-delà de l'approche technique en proposant de véritables outils d'aide à la décision et à l'action pour les collectivités territoriales.

6.2.1 - Quels types d'obstacles environnementaux pour quels types de ruptures ?

Avant de réaliser les travaux, le diagnostic accessibilité est chargé d'identifier les éléments non-conformes à la législation dans le bâtiment puis de proposer des solutions d'aménagement. Quelle est la nature des obstacles rencontrés ?

6.2.1.1 De l'état des lieux à l'analyse de la nature des obstacles environnementaux

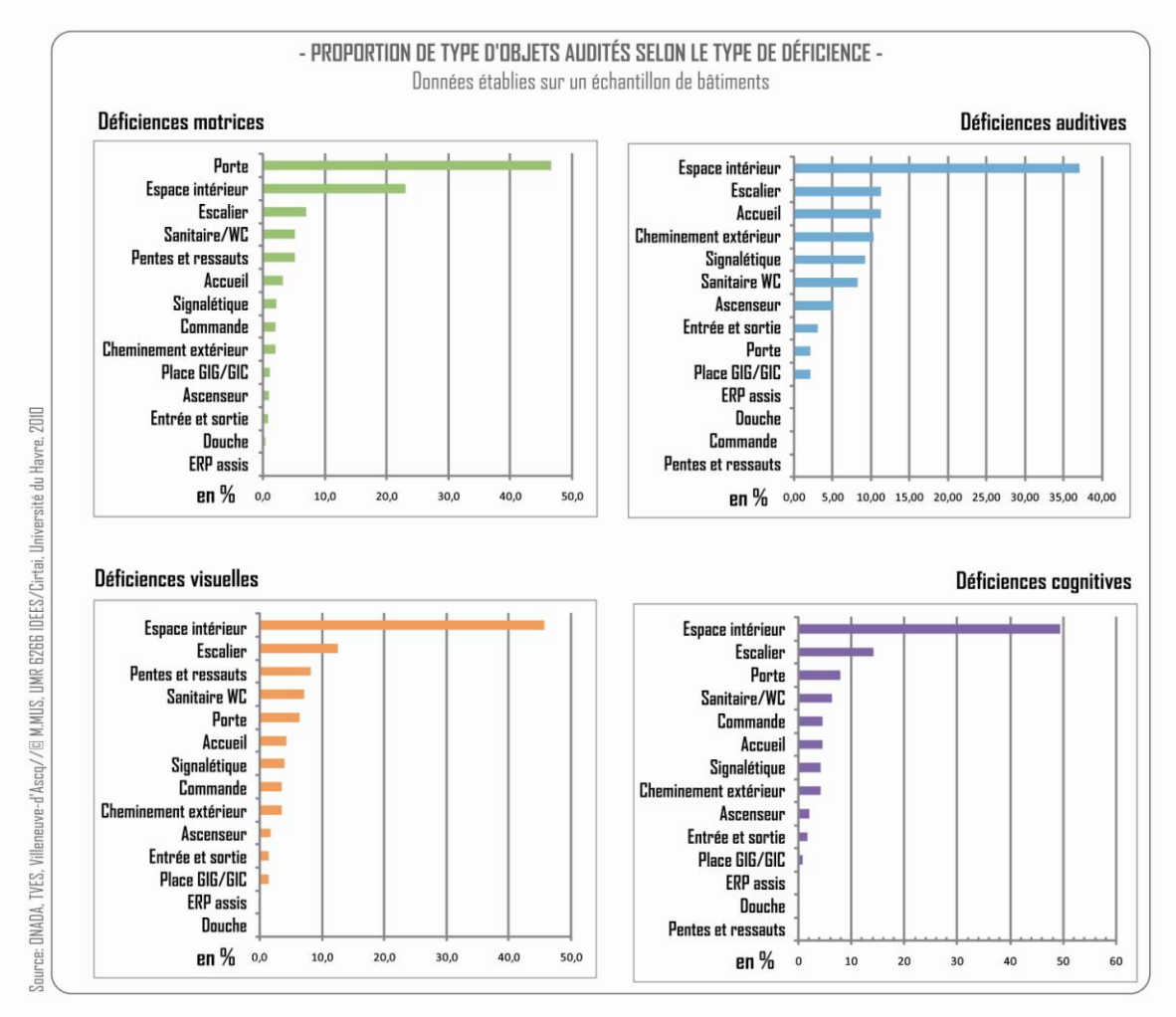
L'analyse sur un échantillon d'une quinzaine de bâtiments relatifs à l'administration publique du territoire et à des services municipaux privés [police municipale, mairie de quartier, bibliothèque, bureaux de poste] présente deux niveaux « d'obstacles environnementaux ». Cette distinction est déterminante. Elle permet de mettre en évidence des obstacles aux caractéristiques différentes nécessitant des interventions distinctes sur le cadre bâti de la part des collectivités territoriales.

Un certain nombre « d'objets » audités apparaissent de manière récurrente dans les bâtiments. Les graphiques ci-après [cf. Graphique 6-4, p337] mettent en évidence le nombre de fiches de diagnostic renseignées selon le type d'objet[93]. La structure des bâtiments rend évidente la prédominance des portes et espaces intérieurs dans le nombre de problèmes relevés sur ces objets. Les objets « espace intérieur », « porte » et « escalier » apparaissent donc dans le trio de tête pour l'ensemble des déficiences. Ils représentent entre 35 et 50% des fiches de diagnostics remplies pour les quatre types de

[93] Le niveau de gêne n'apparaît pas dans ces tableaux. Il s'agit uniquement du dénombrement des fiches remplies selon l'objet audité.

déficiences. Les sanitaires et les Wc font partie des objets spatiaux ayant nécessité dans tous les bâtiments le remplissage d'une fiche de diagnostic mettant en évidence dans tous les bâtiments des éléments non-conformes à la réglementation.

Graphique 6- 4

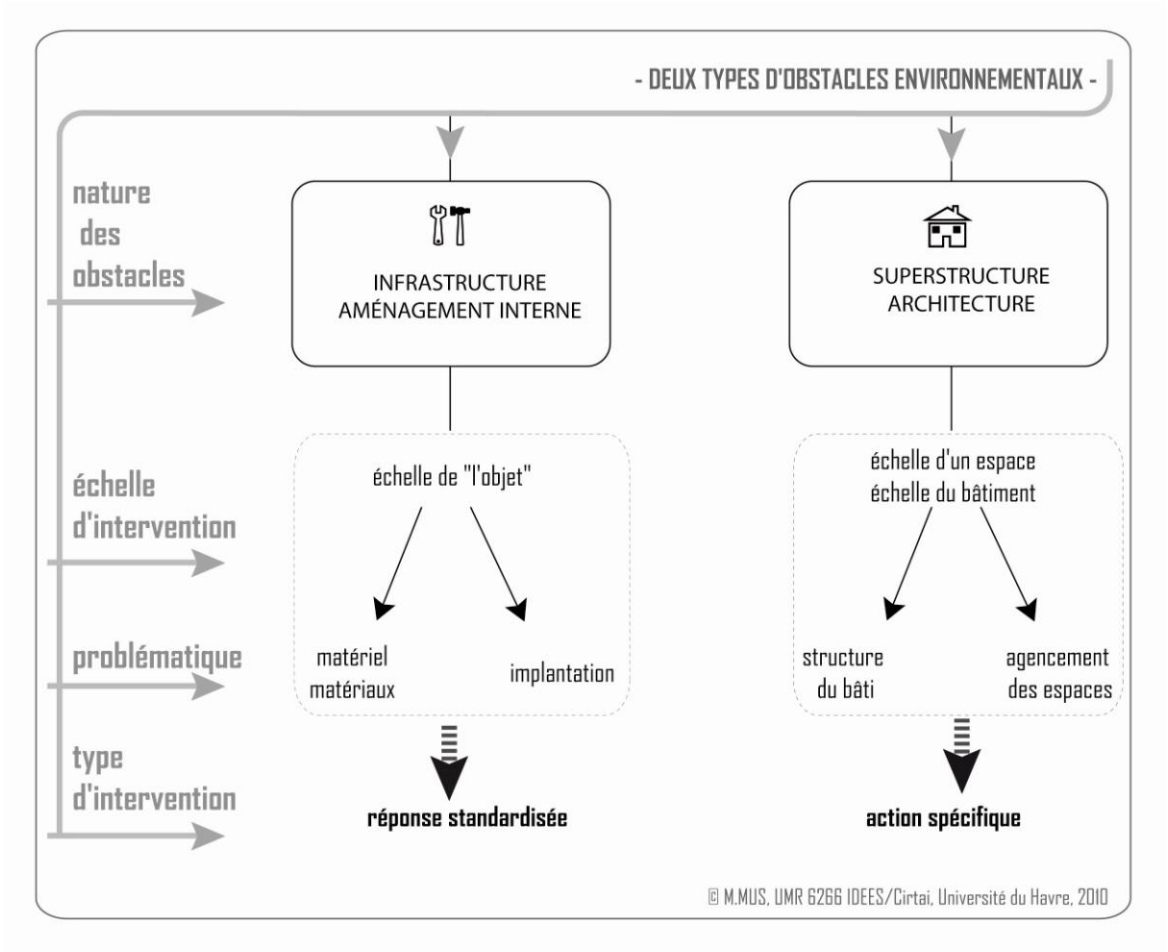


Il s'agit dès lors d'analyser plus précisément les critères précis revenant de manière récurrente dans la mise en évidence des ruptures d'accès. L'analyse précise des critères non-conformes pour chaque objet problématique dans l'ensemble de l'échantillon fait principalement apparaître deux types d'obstacles différents [cf. Schéma 6-1, p338].

À un premier niveau, la nature d'un certain nombre de problèmes rencontrés est liée d'une part aux matériels et/ou matériaux utilisés et d'autre part à leur implantation dans le bâtiment. Ce sont des critères non-conformes relatifs à des aménagements récurrents dans les établissements recevant du public. Il s'agit de matériel tel que les

interrupteurs, les portes, les poignées posant des difficultés en termes de largeur et en termes de préhension des poignées notamment.

Schéma 6- 1



Ce type de matériel et de problèmes apparaît dans tous les établissements. Il nécessite une réponse standardisée, adaptée aux prérogatives législatives. En mettant en évidence la nature des obstacles et la problématique rencontrée, on donne à la commune le moyen de normaliser et d'uniformiser certains aménagements en répondant aux besoins des populations déficientes. L'exemple des portes le montre. Cette démarche peut être réalisée pour les matériaux de revêtement de sols, les éclairages, etc. De la même manière, l'implantation de certains « objets » pose fréquemment des difficultés. Il s'agit notamment de l'ensemble des systèmes de commande tel que les interphones, les sonnettes, les interrupteurs. Pour les personnes atteintes de déficiences motrices, ces différents éléments doivent être placés à une hauteur comprise entre 90 cm et 130 cm. Pour les personnes atteintes de déficiences visuelles mais aussi cognitives, établir un contraste visuel entre le système de commande et son support, permet de le localiser plus facilement. Il s'agit dans ce cas de trouver un système de couleur contrasté à l'aide de

peinture pour les adapter à ces deux types de déficiences. Ces deux exemples ont été relevés très fréquemment dans l'ensemble des bâtiments audités. Il s'agit principalement d'obstacles liés aux pratiques des agents chargés de l'aménagement des bâtiments. Ils peuvent apparaître, soit au moment de leur conception (maîtrise d'œuvre) soit au moment de leur restauration ou encore lors de travaux réalisés par les agents de la collectivité. Là encore, mettre en évidence les difficultés liées à l'implantation du matériel en élaborant un guide de bonne pratique à l'usage des agents chargés des locaux permettra de standardiser ces pratiques en respectant les normes de conformités relatives à l'accessibilité pour les populations déficientes.

Le deuxième niveau d'obstacles relevé lors des diagnostics accessibilité est relatif à l'agencement d'une pièce et/ou la structure d'un objet ou du bâtiment (ascenseur, cadre d'une porte, forme d'un escalier, sanitaires…). Les exemples ci-après l'illustrent [cf. Encadré 6-1, p340]. A l'entrée de la mairie du quartier du Bourg, l'espace de passage n'est pas suffisant entre la porte et l'escalier menant aux étages du bâtiment. La solution à envisager peut porter, par exemple, sur un recul de la porte. Cela nécessite une intervention sur la structure de la porte et l'agencement de l'entrée du bâtiment. La seconde photo met en évidence l'absence de l'espace de manœuvre d'au moins 150 cm de diamètre dans un wc répondant théoriquement aux normes d'accessibilité. Dans ce cas, le sanitaire ne répond pas aux normes notamment en termes d'espace d'usage pour les personnes se déplaçant en fauteuil roulant. L'espace dans le sanitaire n'étant pas suffisant, pour le rendre conforme une réflexion sur l'agencement complet des sanitaires sera nécessaire.
Il est possible d'envisager le déplacement des cloisons, par exemple, pour obtenir un espace plus grand. L'obstacle est donc lié à la structure de l'espace et à son agencement. Dès lors, la solution à apporter ne peut pas être standardisée. Il est nécessaire d'opérer des transformations à l'échelle du bâtiment ou de l'espace considéré. Dans ce cas, des professionnels du bâtiment ou de l'agencement (ergothérapeute) doivent être mobilisés.

Ces distinctions, entre la nature des obstacles et les types d'interventions correspondantes, permettent de mettre en évidence des problèmes nécessitant une intervention globale sur l'ensemble de la commune et facilement réalisable d'une part et des problèmes nécessitant une réflexion bâtiment par bâtiment au niveau de l'agencement ou de la structure des lieux d'autre part.

Encadré 6- 1

- EXEMPLES D'OBSTACLES STRUCTURELS -

MAIRIE DE QUARTIER DU BOURG

Critère non-conforme à l'entrée de la mairie :
- La largeur du cheminement est inférieur à 120 cm

MAIRIE DE QUARTIER DU BREUCQ

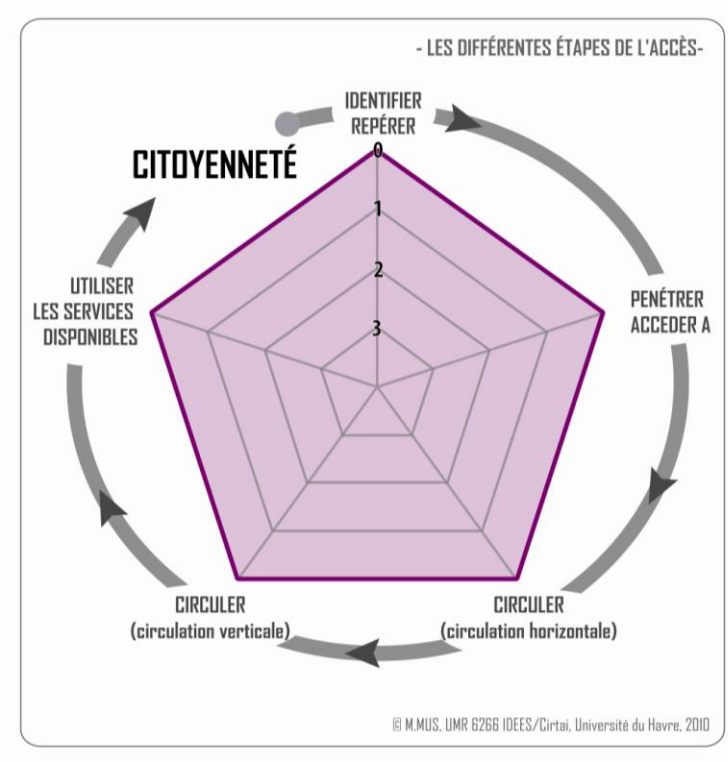
Critères non-conforme aux normes d'accessibilité dans le WC aménagé :
- L'espace de manoeuvre mesure moins de 150 cm de diamètre dans le cabinet
- Le cabinet d'aisance de comporte pas de lave-main

Crédits Photographiques : ONADA, VDA, TVES//© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

6.2.1.2 Identifier les lieux de ruptures

Pour aller au delà de l'état des lieux des éléments non-conformes à la législation, il apparaît nécessaire de replacer le diagnostic dans la perspective de l'usage de l'espace. Effectivement, le diagnostic en lui-même est chargé d'identifier tous les paramètres d'un bâtiment ne respectant pas les prérogatives législatives. Il ne donne pas forcément une vision précise des ruptures créées par ces obstacles dans une chaîne de déplacement et d'usage d'un Etablissement Recevant du Public. Il apparaît donc important à l'échelle du bâtiment de mettre en perspective le diagnostic avec l'usage du bâtiment. Les différentes étapes de « l'accès à » [Schéma 6-2] un espace public distingue les éléments jouant un rôle dans le processus d'usage d'un bâtiment.

Schéma 6- 2



La première étape consiste à identifier et repérer le bâtiment [la signalétique et l'architecture de l'entrée du bâtiment sont donc prises en compte]. La seconde étape renvoie à la possibilité ou non de pénétrer dans le bâtiment [cheminement extérieur, pente, présence de ressaut, porte d'entrée principale]. Les circulations horizontales constituent la troisième étape dans l'accès au lieu. Elles prennent en compte la conformité des portes, des espaces intérieurs. Les circulations verticales font appel à la possibilité où non d'accéder aux différents étages des établissements [conformité des escaliers et des ascenseurs]. Enfin, l'utilisation des différents services dépend de l'offre du bâtiment. On peut distinguer par exemple l'usage possible des sanitaires, l'accueil, et les services disponibles selon la nature du bâtiment. A l'aide d'un graphe « radar », on peut modéliser le niveau d'accessibilité en reprenant le niveau de gêne atteint dans le bâtiment [handicateur] selon l'action à accomplir et les éléments de non conformité repéré lors de l'état des lieux. Le niveau 3 représente une gêne majeure, le niveau 2 une gêne

intermédiaire, le niveau 1 une gêne mineure et le niveau 0 renvoie à la possibilité d'accomplir l'action.

En reprenant cette logique, une modélisation [cf. Schéma 6-3, p343] a été effectué pour identifier les principaux lieux de ruptures dans une quinzaine de bâtiments publics relatifs à l'administration ou à des équipements communaux (mairie de quartier, poste, bibliothèque, bureau de police municipale). Les situations sont différentes selon les différents types de déficience. Cependant, aucun d'entre eux ne dessine une forme parfaite, proche du modèle présenté.

Pour les déficiences motrices, le repérage d'un bâtiment a souvent été diagnostiqué sur le terrain. Il renvoie à une gêne mineure. Il s'agit très souvent de la signalétique placée à une hauteur non-conforme. La possibilité d'accéder aux bâtiments est fréquemment mise à mal par un revêtement de sol inadapté (par exemple les graviers) ou par la présence de pentes ou de ressauts impraticables dans le cas des déficiences motrices [gêne de niveau 3]. La largeur trop réduite des portes ou la difficulté en termes de force ou de préhension rend difficiles les circulations horizontales.

Les difficultés majeures dans le cas des déficiences visuelles et cognitives sont liées aux repérages dans l'espace et l'identification des établissements recevant du public. On retrouve ces difficultés dans la pratique des circulations horizontales. Comment se repérer et savoir se diriger à l'intérieur d'un établissement ? Il s'agit principalement de produire une signalétique lisible, visible et compréhensible pour ces populations. Un système d'information et de guidage peut être pensé à l'aide de lignes de guidage colorées au sol ou murales.

L'exemple des déficiences visuelles permet d'identifier les lieux de rupture dans la chaîne de déplacement. Les obstacles majeurs sont rencontrés en premier lieu au moment de pénétrer dans le bâtiment, s'il est nécessaire de faire appel à un système de sonnette ou d'interphone. Pour les quinze bâtiments pris en compte dans cet exemple, les systèmes de commande ne disposent pas de dispositifs visuels. D'autre part, une seconde rupture apparaît dans l'utilisation des services au moment de l'interaction avec le personnel des établissements.

Schéma 6- 3

- PRINCIPAUX OBSTACLES RENCONTRÉS -

selon le type de déficience

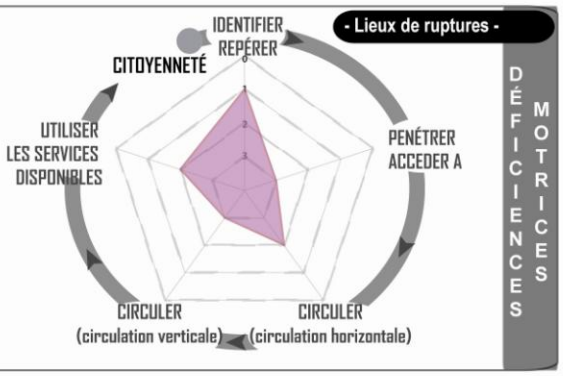
- Obstacles les plus fréquemment rencontrés -

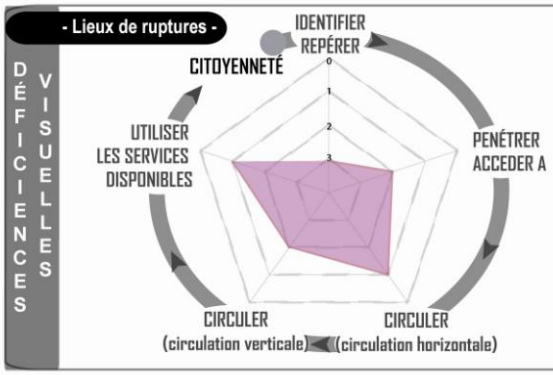
Sur le cheminement extérieur:

- qualité du revêtement de sol
- présence d'un ressaut ou d'une pente non conforme sur le cheminement menant jusqu'au bâtiment
- signalétique placée trop en hauteur (supérieure à 130 cm)

Dans le bâtiment:

- porte pas assez large
- porte trop lourde (> 50 Newton) pour une ouverture facile
- système de commande (interrupteur...) non conforme en terme de hauteur
- sanitaire non conforme aux préconisations normatives





- Obstacles les plus fréquemment rencontrés -

Sur le cheminement extérieur:

- signalétique non adaptée aux déficiences visuelles : visibilité et lisibilité difficile
- signalétique placée trop en hauteur
- présence de ressauts ou de marches non signalés

Dans le bâtiment:

- absence de signalétique lisible et visible permettant de guider les personnes atteintes de déficiences visuelles

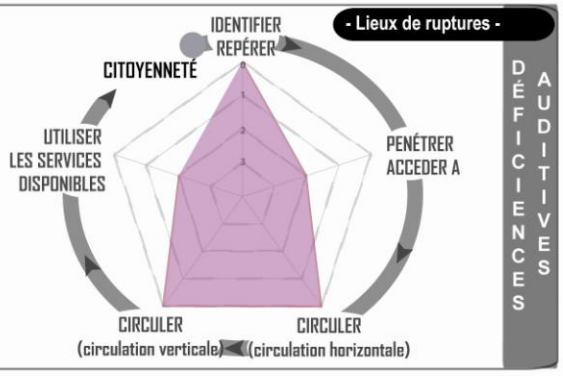
- Obstacles les plus fréquemment rencontrés -

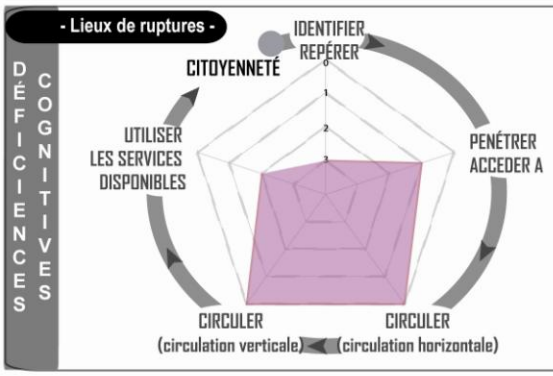
Sur le cheminement extérieur:

- système sonore (type sonnette ou interphone) ne disposant pas de dispositifs visuels

Dans le bâtiment:

- communication avec le personnel





- Obstacles les plus fréquemment rencontrés -

Sur le cheminement extérieur:

- absence de signalétique compréhensible (type pictogramme)

Dans le bâtiment:

- signalétique non compréhensible à l'intérieur du bâtiment pour se localiser et se déplacer
- communication avec le personnel

© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

La communication avec des personnes atteintes de déficiences auditives n'est pas toujours possible ni évidente (lecture labiale ou langue des signes) et cela crée une gêne majeure pour l'accès à un service pour ces populations.

Cette approche peut être menée pour identifier les principaux obstacles rencontrés dans un ensemble de bâtiments à l'exemple de la modélisation proposée précédemment. Le même travail peut être élaboré à l'échelle d'un seul bâtiment. L'intérêt est d'identifier les lieux où une rupture majeure se produit pour l'accès à un espace. Il est particulièrement intéressant d'observer pour les déficiences visuelles et cognitives que l'identification et le repérage d'un espace apparaît comme un problème récurrent pour deux groupes de populations déficientes. En localisant un obstacle majeur, on obtient une clé importante pour mettre en place des solutions adaptées.

6.2.1.3 Élaborer un plan de mise en accessibilité des ERP : quels paramètres prendre en compte ?

La loi suggère une mise en conformité de l'ensemble des établissements recevant du public d'ici à 2015. L'exemple de Villeneuve d'Ascq met en avant les difficultés auxquelles les collectivités territoriales vont devoir faire face. Suite aux diagnostics de chaque établissement recevant du public d'une commune, comment réaliser la mise en conformité du patrimoine public d'une collectivité territoriale en cinq ans ? Outre les difficultés budgétaires auxquelles les collectivités peuvent faire face, l'ampleur des travaux bâtiments à mettre en conformité pour une commune comme Villeneuve-d'Ascq impose une réflexion sur les paramètres entrant en jeu pour la planification des travaux à réaliser par la collectivité. Afin de donner des pistes d'actions à la commune, un certain nombre de caractéristiques territoriales peuvent être prises en compte pour guider ses choix d'actions. Il ne s'agit pas de privilégier l'accessibilité de certains espaces plus que d'autres. Cependant, il est nécessaire de penser à une action et des choix cohérents en identifiant des priorités d'actions planifiées.

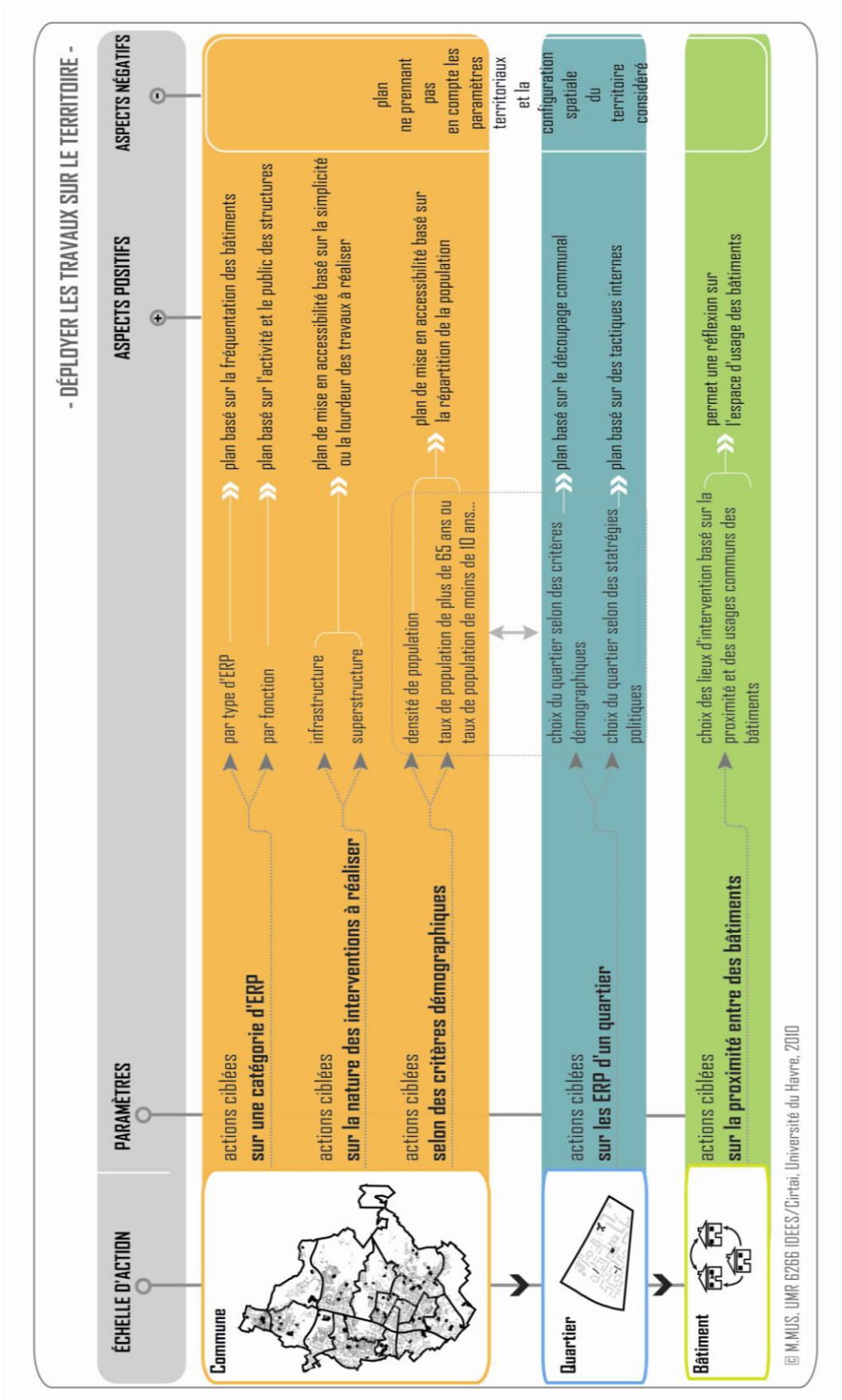
Le schéma ci-après [cf. Schéma 6-4, p346] discerne plusieurs critères pouvant être pris en compte selon des échelles d'actions différentes. Quels paramètres les collectivités peuvent-elles prendre en compte pour décider de la planification de la mise en conformité de ses établissements recevant du public ?

La planification peut être appréhendée au niveau de la commune. Le premier paramètre dont dispose la commune pour prioriser ses travaux est l'indice de gêne du bâtiment. Avec cette information, la collectivité peut choisir d'établir un plan de mise en accessibilité de ses établissements publics selon l'indice de gêne établi lors du diagnostic. L'échelonnement des travaux peut être décidé selon les catégories d'ERP. Dans la mesure où les catégories 1 et 2 accueillent un nombre important d'individus (respectivement plus de 1500 personnes pour les établissements de catégorie 1 et entre 701 et 1500 personnes pour les établissements de deuxième catégorie) l'action peut prioriser la mise en conformité des espaces accueillant beaucoup de public comme une première étape des travaux. Les différentes phases du plan d'aménagement dépendent alors des différentes catégories d'établissement.

La commune peut aussi engager une réflexion selon les types de bâtiments à rendre accessibles selon leurs fonctions (groupe scolaire, mairie, salle de sports, etc). Cela consiste pour la commune à établir un ordre de priorité dans la mise en accessibilité de ses bâtiments publics selon le type de structure qu'elle souhaite privilégier.

L'ordre de priorité de mise en accessibilité des travaux peut donc privilégier tous les bâtiments relatifs à l'administration publique (les mairies, bureaux de police, de poste, bibliothèques…) puis aux établissements scolaires, etc. Par ailleurs, la différenciation des travaux entre les interventions sur l'infrastructure du bâtiment et les travaux sur la superstructure peut permettre à la commune de prioriser ces travaux selon la nature des interventions à réaliser. Il est donc possible pour la collectivité de différencier et de hiérarchiser les travaux lourds à réaliser sur la structure du bâtiment d'une part, et des interventions sur le matériel (porte, interrupteur…) ou l'implantation de celui-ci (en termes de hauteur, de largeur…) par le personnel communal d'autre part. Enfin, la prise en compte des caractéristiques démographiques de la commune peut aussi être utilisée comme outil pour un déploiement rationnel des travaux sur le territoire. Ainsi, le niveau de densité dans certains espaces peut inciter à prioriser l'action communale dans les établissements recevant du public implantés dans une zone à forte densité de population par exemple.

Schéma 6- 4


- DÉPLOYER LES TRAVAUX SUR LE TERRITOIRE -
ÉCHELLE D'ACTION
PARAMÈTRES
ASPECTS POSITIFS
ASPECTS NÉGATIFS
Commune
actions ciblées
sur une catégorie d'ERP
par type d'ERP
plan basé sur la fréquentation des bâtiments
par fonction
plan basé sur l'activité et le public des structures
actions ciblées
sur la nature des interventions à réaliser
infrastructure
superstructure
plan de mise en accessibilité basé sur la simplicité ou la lourdeur des travaux à réaliser
actions ciblées
selon des critères démographiques
densité de population
taux de population de plus de 65 ans ou taux de population de moins de 10 ans...
plan de mise en accessibilité basé sur la répartition de la population
plan ne prennant pas en compte les paramètres territoriaux et la configuration spatiale du territoire considéré
Quartier
actions ciblées
sur les ERP d'un quartier
choix du quartier selon des critères démographiques
plan basé sur le découpage communal
choix du quartier selon des statrégies politiques
plan basé sur des tactiques internes
Bâtiment
actions ciblées
sur la proximité entre des bâtiments
choix des lieux d'intervention basé sur la proximité et des usages communs des bâtiments
permet une réflexion sur l'espace d'usage des bâtiments
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

Les actions et l'établissement du plan de mise en accessibilité des établissements recevant du public d'une commune peuvent être portés quartier par quartier. Le choix peut s'effecteur à l'échelle des quartiers dans les quartiers les plus denses, ou dans ceux où la population des personnes âgées est la plus élevée par exemple. L'ordre de mise en accessibilité des ERP dépendra donc de critères démographiques ou s'effectuera selon des choix politiques stratégiques dépendant de la commune, privilégier par exemple les quartiers les plus centraux, les plus commerçants…*etc*. A l'échelle du quartier, après avoir observé la répartition des établissements recevant du public par quartier, il est possible de prioriser l'action sur des établissements répartis de manière homogène dans l'ensemble des quartiers, c'est le cas des groupes scolaires et des salles de sport par exemple. Ainsi, afin de s'inscrire dans un système d'action planifiée et cohérente, il est possible de faire le choix de rendre accessible en premier lieu au moins un bâtiment du même type par quartier.

Enfin, le plan de mise en accessibilité peut s'élaborer à l'échelle du bâtiment. Il est possible de privilégier une approche cohérente entre des équipements complémentaires ou situés à proximité les uns des autres. L'accès aux groupes scolaires s'accompagne souvent de l'usage des équipements sportifs de la commune comme les piscines, les salles de sport, les stades ou des équipements culturels (musée, salle de spectacles…). En faisant le choix de commencer les travaux dans un groupe scolaire, la commune peut donc envisager de travailler aussi sur les équipements sportifs situés à proximité.

Le choix d'un paramètre comporte immanquablement des avantages et des inconvénients. Afin de proposer une vision claire des choix possibles de la commune, les paramètres ont été envisagés séparément. Cependant, l'approche présentée ici n'est pas restrictive et l'élaboration du plan de mise en accessibilité des établissements recevant du public d'une commune peut s'élaborer autour de différents paramètres. Ainsi, il est possible de planifier les travaux en fonction de l'indice de gêne en choisissant par exemple de commencer par les bâtiments ayant le plus fort indice et des « types » de bâtiment particulier (les écoles par exemple). La collectivité peut aussi envisager de prioriser son action en portant son attention sur l'indice de gêne des bâtiments, des indicateurs démographiques particuliers et des « types » de bâtiments spécifiques. Pour prioriser les travaux, une corrélation peut donc être établie entre les foyers ou les clubs pour les personnes retraités en lien avec la répartition de la population de plus de 65 ans sur le

territoire. Cela permet de prendre des décisions sur les débuts de l'action dans certains espaces plus que d'autres. Il est possible d'engager une réflexion similaire sur les groupes scolaires et la répartition des enfants de moins de 10 ans par quartier par exemple.
L'ensemble des travaux engagés pour mettre en conformité les établissements recevant du public avec les nouvelles normes d'aménagement dictées par la loi de 2005 vise à développer la continuité territoriale des aménagements et des espaces publics pour les populations déficientes.

6.2.2 - Incohérences et discontinuités territoriales

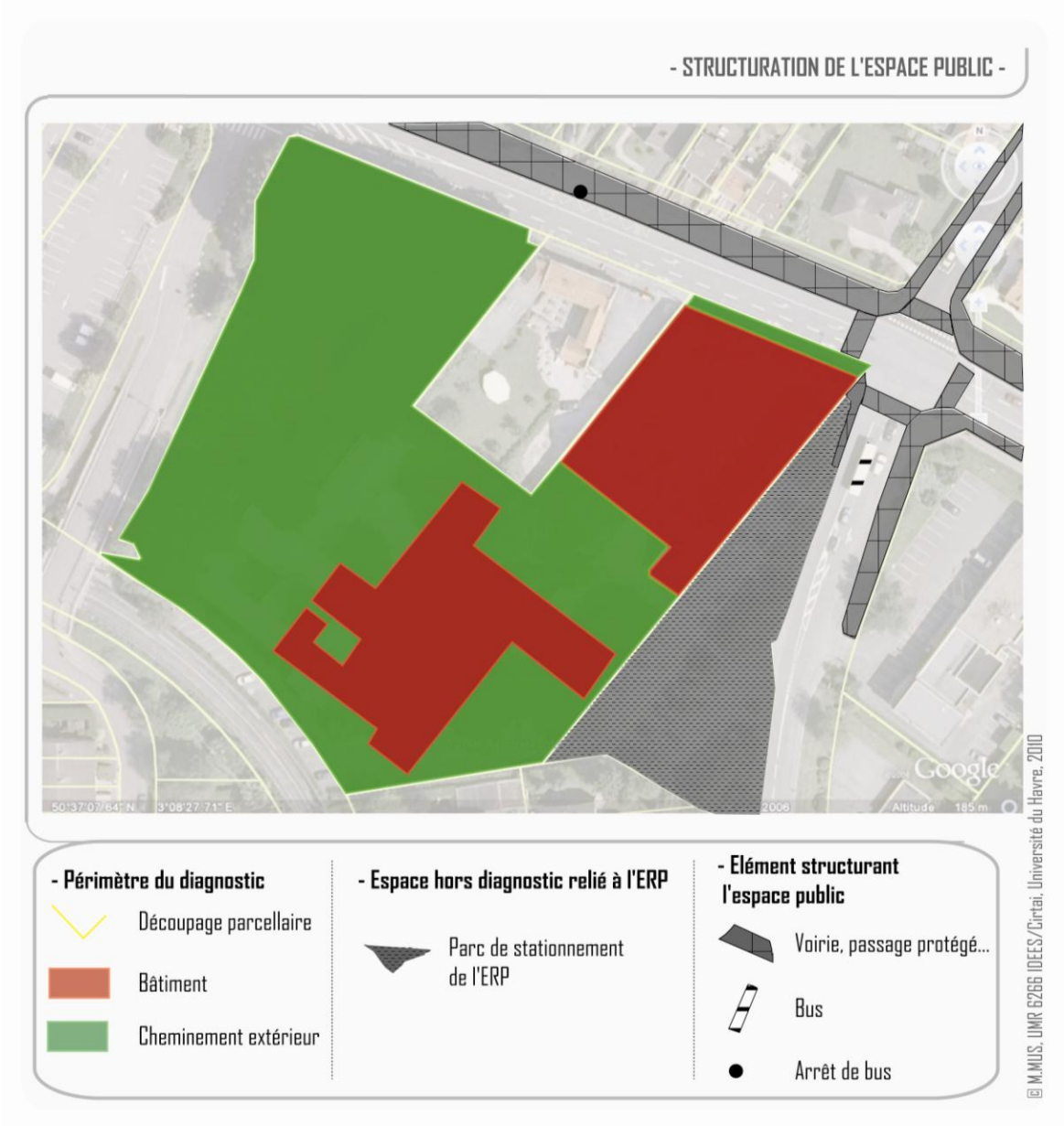
Outre la mise en évidence de la nature des obstacles environnementaux, des lieux de ruptures et des critères géographiques, l'analyse spatiale permet aussi d'observer les discontinuités et les incohérences dans la politique publique et les dispositifs législatifs engagés en faveur des populations déficientes.

6.2.2.1 La chaîne d'accessibilité remise en question ?

L'accessibilité des établissements recevant du public ne peut pas être envisagée de manière univoque. La loi inscrit la démarche d'aménagement en faveur des populations déficientes dans le cadre d'une chaîne d'accessibilité. L'aménagement de la voirie, des moyens de transports sont donc des maillons déterminant dans l'élaboration d'une accessibilité cohérente du territoire en faveur des populations déficientes. Pourtant, cette logique est souvent rendue difficile notamment pour des raisons administratives de découpages territoriaux ou en matière d'échelles d'actions territoriales.
L'état des lieux de l'accessibilité des ERP mené à Villeneuve d'Ascq met en évidence deux problématiques territoriales mettant à mal la cohérence de la chaîne d'accessibilité souhaitée par la législation en vigueur.

La première problématique renvoie au périmètre de réalisation du diagnostic accessibilité. Il s'effectue à l'échelle de la parcelle. Dans le cas présenté ci-dessous, les bâtiments diagnostiqués sont une mairie annexe et un espace associatif [cf. Encadré 6-2, p349]. Ils se trouvent tous deux sur la même parcelle. Un état des lieux de l'accessibilité est donc réalisé pour les bâtiments (en rouge) et les cheminements extérieurs (en vert) présents sur cette parcelle. Ces deux établissements disposent d'un parc de stationnement n'appartenant cependant pas à la parcelle sur lequel le diagnostic a été effectué. Le périmètre du diagnostic omet donc d'analyser le niveau d'accessibilité d'un espace (le parc de stationnement) pourtant directement liés aux bâtiments audités en termes d'usage.

Encadré 6- 2

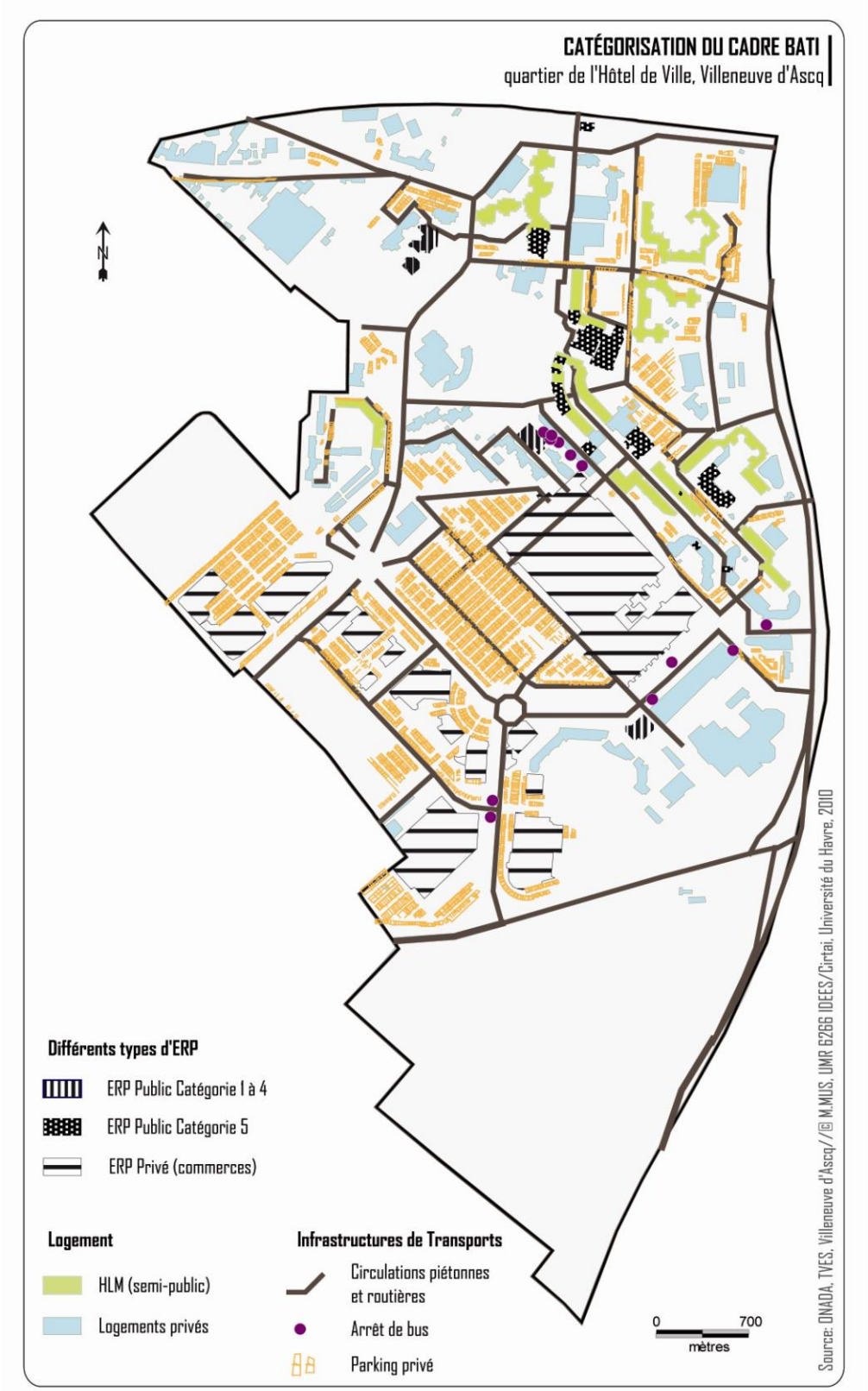

- STRUCTURATION DE L'ESPACE PUBLIC -
Google
- Périmètre du diagnostic
Découpage parcellaire
Bâtiment
Cheminement extérieur
- Espace hors diagnostic relié à l'ERP
Parc de stationnement de l'ERP
- Elément structurant l'espace public
Voirie, passage protégé...
Bus
Arrêt de bus
© M.MUS, UMR 8266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

Cette difficulté liée au périmètre du diagnostic est apparue de façon récurrente lors de la réalisation des états des lieux.
Un autre exemple fréquent est celui de la présence hors périmètre d'un cheminement extérieur, pentes ou ressauts, faisant partie de l'espace d'usage de l'ERP mais n'appartenant cependant pas aux découpages parcellaires. Cela pose donc des problèmes en termes de cohérence dans les aménagements d'une part et au niveau de la chaîne d'accessibilité d'autre part. Si l'établissement en lui-même répond aux normes d'accessibilité mais qu'il est impossible ou difficile de pénétrer dedans, la chaîne d'accessibilité est rompue. La rupture territoriale naît en partie d'un découpage administratif ne prenant pas en compte : d'une part, la dimension pratique de l'usage de l'espace public et d'autre part les compétences et les champs d'action des différents acteurs territoriaux mobilisés.

La seconde problématique est liée à l'éclatement des compétences territoriales des acteurs de l'aménagement des espaces urbains. A l'échelle d'un quartier, la carte ci-après [cf. Carte 6-11, p351] met en évidence un foisonnement d'établissements de nature juridique différente.
Effectivement, il faut distinguer les établissements recevant du public appartenant à la commune des établissements recevant du public de type privé tels que les centres commerciaux, les cinémas par exemple. Ils sont eux aussi soumis à l'obligation de mise en accessibilité en faveur des populations déficientes. Dans le cas du logement, notamment les Habitats à Loyer Modéré (établissement semi-public ou privé) un recensement des logements accessibles par la commission communale d'accessibilité est obligatoire. Cela impose la réalisation d'un état des lieux à l'échelle de la commune pour identifier les logements adaptés.

Par ailleurs, comme nous l'avons observé pour les ERP de Villeneuve d'Ascq, les diagnostics et les travaux sont une compétence communale. Cependant, la voirie et son aménagement est une compétence intercommunale. Le périmètre du diagnostic de l'ERP et les travaux s'arrêtent aux limites des compétences de l'intercommunalité en matière d'aménagement de la voirie. Si l'action entre ces deux acteurs n'est pas concertée, des incohérences et des ruptures dans les aménagements urbains peuvent naître de cette situation.

Carte 6- 11


CATÉGORISATION DU CADRE BATI
quartier de l'Hôtel de Ville, Villeneuve d'Ascq
N
Différents types d'ERP
ERP Public Catégorie 1 à 4
ERP Public Catégorie 5
ERP Privé (commerces)
Logement
HLM (semi-public)
Logements privés
Infrastructures de Transports
Circulations piétonnes et routières
Arrêt de bus
Parking privé
0
700
mètres
Source: ONADA, TVES, Villeneuve d'Ascq//© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

Enfin, les dispositions législatives structurent l'action pour l'adaptation et l'accessibilité en quatre grands volets : les logements, de la voirie, des transports et des ERP. Chacune des actions fait appel à des acteurs et renvoie à des exigences variées.
Le lien entre les établissements recevant du public et la voirie en termes d'accessibilité est primordial. Pour respecter la chaîne d'accessibilité l'un ne peut pas être pensé sans l'autre au risque d'engendrer un foisonnement d'îlots de territoires accessibles. Effectivement, les ERP sont soumis à une mise en accessibilité d'ici à 2015. La voirie est concernée par le Plan de Mise en Accessibilité de la Voirie et des Espaces Publics [PMAVEP]. Il suggère la réalisation d'un diagnostic de la voirie mais n'imposent pas de délai en matière de mise en conformité. Elle est cependant obligatoire lors de la réalisation de travaux. Cette situation n'impose donc pas la mise en accessibilité de la voirie environnant un ERP si celle-ci n'appartient pas aux découpages parcellaires du bâtiment.

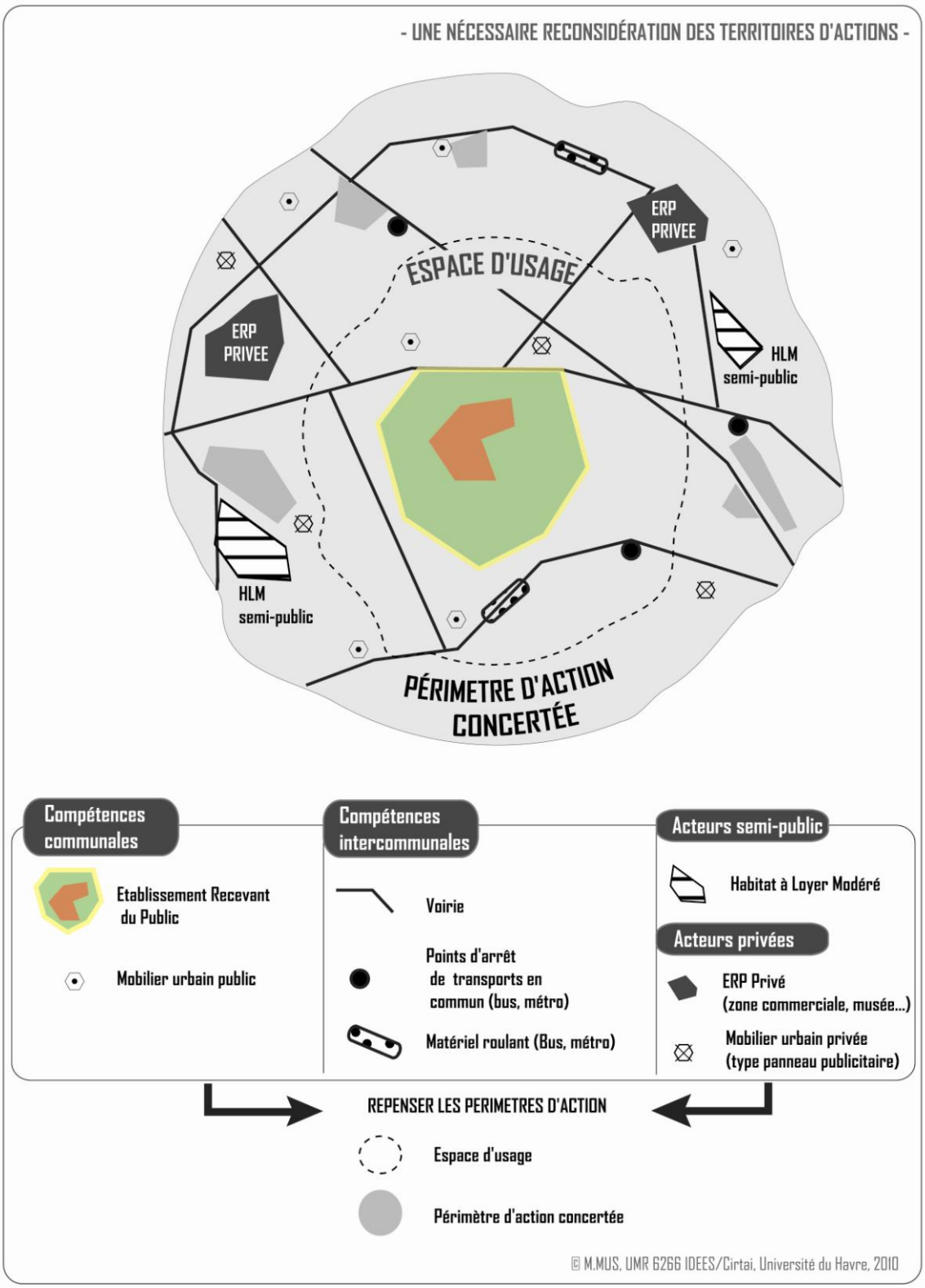
6.2.2.2 Reconsidérer les territoires d'action ?

Les résultats de l'état des lieux, conduit sur la commune de Villeneuve d'Ascq soulignent que l'accessibilité des espaces publics aux populations déficientes n'est pas un concept pleinement intégré aux principes de l'architecture, de l'urbanisme et de l'aménagement du territoire. La conception d'une partie des quartiers de Villeneuve d'Ascq est intervenue au moment où la première loi française en faveur des populations déficientes a été promulguée. Pourtant, même si un effort certain est mené par la commune, le résultat de l'état des lieux met en évidence la difficulté à intégrer les normes en matière d'accessibilité. La vision réductrice du handicap autour de la personne se déplaçant en fauteuil roulant à occulté les difficultés des populations atteintes de déficiences auditives, cognitives et visuelles. L'absence ou la mauvaise prise en compte des normes au moment de la construction ou de la réhabilitation d'un espace public s'explique à plusieurs niveaux. La formation des architectes, des urbanistes et des aménageurs en matière d'accessibilité aux populations déficientes est seulement devenue obligatoire par la loi de 2005. De plus, les concepteurs de l'urbain doivent faire face à une multitude de prescriptions à prendre en compte, par exemple en matière de normes électriques, de matériaux, de qualité environnementale, de sécurité. L'accessibilité s'ajoute finalement à une liste déjà longue de normes en matière de sécurité et de qualité des bâtiments publiques. Ces dispositions s'avèrent finalement difficiles à intégrer comme réflexe architectural à l'exception de quelques dispositifs tels que la mise en place de rampes d'accès. Les normes d'aménagement des espaces publics en matière

d'accessibilité aux populations déficientes sont un bon exemple de la distance existante entre les dispositions législatives émanant des décisions gouvernementales et leur réalisation sur le terrain par les collectivités locales. L'absence d'outil pour mettre en œuvre les dispositions législatives et de formations crée les difficultés observées sur le terrain. Alors que la cohérence et la continuité des aménagements impliquent une réflexion sur la gouvernance interterritoriale, il apparaît que les ruptures environnementales sont en partie créées par les dispositifs législatifs eux-mêmes. Largement intégrées au sein des instances communales, la prise en compte et la réflexion autour de l'accessibilité des espaces urbains et ruraux sont quasiment ignorées dans les instances intercommunales.

Par ailleurs, la multiplicité des acteurs présents sur un territoire ayant des compétences diverses en matière d'aménagement du territoire [cf. Schéma 6-5, p354] rend difficile la cohérence territoriale. L'analyse géographique a permis de démontrer l'importance d'un regard porté sur la nature des obstacles, les lieux de ruptures. Les caractéristiques territoriales d'une commune permettent de donner des clés d'actions aux collectivités territoriales. Cependant, elle impose aussi de replacer la réflexion en matière d'aménagement autour de « l'usage » de l'espace et des périmètres d'action. La réalisation des diagnostics accessibilité des ERP s'opère dans des limites ne prenant absolument pas en considération l'usage de l'espace considéré. Or, les principes de cohérence territoriale et donc de respect de la chaîne d'accessibilité impliquent au moins d'identifier les moyens de transports publics existant à proximité, identifier et d'analyser le niveau d'accessibilité de la voirie environnante. L'accessibilité d'un espace public ne s'arrête pas aux limites des découpages parcellaires élaborés par la commune. La réalisation des diagnostics accessibilité devrait être repensée autour de la prise en compte de « l'espace d'usage » de l'établissement. Cela implique par conséquent d'élaborer les réflexions sur l'accessibilité des territoires communaux au sein d'un périmètre d'action concertée ne prenant pas seulement en compte les instances publics, communales ou intercommunales, mais intégrant aussi les acteurs privés. Les commissions intercommunales pourraient être le lieu d'un périmètre d'action concertée intégrant l'ensemble des acteurs de la cité qu'ils soient privés ou publics.

Schéma 6- 5


- UNE NÉCESSAIRE RECONSIDÉRATION DES TERRITOIRES D'ACTIONS -
ESPACE D'USAGE
ERP PRIVEE
ERP PRIVEE
HLM semi-public
HLM semi-public
PÉRIMETRE D'ACTION CONCERTÉE
Compétences communales
Etablissement Recevant du Public
Mobilier urbain public
Compétences intercommunales
Voirie
Points d'arrêt de transports en commun (bus, métro)
Matériel roulant (Bus, métro)
Acteurs semi-public
Habitat à Loyer Modéré
Acteurs privées
ERP Privé (zone commerciale, musée...)
Mobilier urbain privée (type panneau publicitaire)
REPENSER LES PERIMETRES D'ACTION
Espace d'usage
Périmètre d'action concertée
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010

CONCLUSION

La mise en lumière de ces différentes problématiques nous a éloignés de l'idée pourtant logique mais visiblement ambitieuse de la chaîne d'accessibilité. Les ruptures apparaissent au niveau de la nature des établissements recevant du public par la cohabitation d'acteurs territoriaux différents. Elles naissent aussi de la superposition des compétences territoriales, communes et intercommunalités mais aussi communes et départements (gestion des collèges) ou encore communes et régions (gestions des lycées). Enfin, l'action publique impulse un mouvement positif en matière d'accessibilité tout en produisant une action publique hiérarchisée aux exigences variées [PMAVEP/ERP].

Pour que la mise en accessibilité des ERP soit efficiente, il est nécessaire de mener une réflexion élargie allant au-delà du découpage parcellaire. Il apparaît indispensable d'identifier les éléments de la voirie (trottoirs, passages piétonniers, mobiliers urbains) et des transports (matériel roulant et arrêt) jouant un rôle dans l'accès et l'usage d'un lieu public. Le respect de la chaîne d'accessibilité et le lissage des ruptures territoriales n'est envisageable qu'en abordant une approche intégrée de l'accessibilité, basée sur la pratique et l'usage de l'espace. Dans ce sens, la prise en compte de l'accessibilité est-elle suffisamment envisagée sous l'angle de l'interterritorialité ?

Chapitre 7
L'interterritorialité à l'épreuve de l'accessibilité

La société s'interterritorialise. Résultat d'évolutions socio-politiques, le renouvellement des modes d'action sur le territoire et des comportements de la population se répercute au sein des sciences du territoire. La territorialité d'un individu ou d'une collectivité « *repose sur l'existence d'une autorité, légitime ou non, continûment effective sur un espace donné* » [Di Méo, 2003, *in* Levy et Lussault]. Pour Martin Vanier, les territoires et les territorialités perdent cette dimension univoque. Ils traduisent « *de moins en moins l'existence d'un groupe dont ils seraient à la fois la matrice et le produit, et de plus en plus les pratiques passagères d'individus qui s'y croisent, s'y retrouvent, s'y mêlent, avant de poursuivre leur journée, leur semaine, leur vie, par d'autres regroupements porteurs d'autres territorialités* » [Vanier, 2008]. La dimension interterritoriale se caractérise donc par « *l'hybridation ou la combinatoire, des rapports à l'espace* », « *l'articulation, l'interface, l'arrangement, le réseau* » [Vanier, 2005] en sont les figures.

L'administration des territoires doit faire face à ces évolutions. Le développement des coopérations interterritoriales, la gestion de compétences collectives au sein des différentes formes d'intercommunalités est un pas vers ce que l'on pourrait appeler une intergouvernance des territoires. Cette « intergouvernance » apparaît comme une nécessité pour les systèmes politiques actuels. La population dessine son quotidien à plusieurs échelles et les pratiques interterritoriales se multiplient. L'interterritorialité s'inscrit donc dans un système complexe : entre enjeux pour nos territoires occidentaux et une mise en œuvre concrète difficile.

Les ruptures et les discontinuités spatiales mises en lumière précédemment interpellent cette question de l'interterritorialité. Si l'accessibilité des espaces aux populations déficientes doit suivre une chaîne d'accessibilité les modes d'actions et les compétences territoriales doivent aussi s'inscrire dans cette perspective.

7.1 - L'INTERTERRITORIALITÉ DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES EN FAVEUR DES POPULATIONS DÉFICIENTES

L'interterritorialité apparaît comme un enjeu important dans le cadre de la mise en accessibilité des espaces publics en faveur des populations déficientes. Pour autant, la coopération entre les différents acteurs du territoire et les différents échelons de compétences territoriales a-t-elle été envisagée concrètement par les instances gouvernementales dans le cadre de la loi du 11 février 2005 ?

Alors que de nombreuses discontinuités ont été évoquées, comment cela se traduit-il dans la réalité ? A travers quels dispositifs la prise en compte des populations déficientes est-elle engagée sous l'angle de l'interterritorialité ?

7.1.1 - Accessibilité et intercommunalité dans la loi de 2005

Comment l'interterritorialité et la mise en accessibilité des territoires s'organisent-elles ? Sont-elles réelles ? Sont-elles efficaces ? Quels en sont les enjeux et les limites ?

7.1.1.1 Les commissions intercommunales : l'histoire d'un flou juridique

La loi du 11 février 2005 prévoit la création des commissions communales ou intercommunales d'accessibilité. La commission doit être créée directement dans le cadre de l'intercommunalité si elle satisfait à deux critères, celui des compétences intercommunales et du nombre d'habitants. Ainsi, les intercommunalités maitrisant la compétence « transports » ou « aménagement » et regroupant plus de 5 000 habitants sont théoriquement dans l'obligation de créer une commission intercommunale d'accessibilité. Autrement dit, les communes de plus de 5 000 habitants appartenant à une intercommunalité ayant les compétences nommées ci-dessus doivent laisser l'administration de l'intercommunalité créer une commission intercommunale d'accessibilité.

Cependant, après la promulgation de la loi et des décrets, la mise en place de ces commissions a soulevé un problème de répartition des compétences territoriales. La Question écrite n° 2522 de M. Michel Bécot (Deux-Sèvres - UMP) posée au Sénat en novembre 2007 vise à attirer l'attention des élus sur ce sujet. Reprise dans l'encadré 07-01 ci après [cf. Encadré 7-1, p359] M. Bécot évoque le problème de la mise en place et de la juxtaposition des commissions communales et intercommunales.

ENCADRE 7- 1

- QUESTION ÉCRITE N°2522 DE MICHEL BÉCOT (UMP, Deux-Sèvres) -

« M. Michel Bécot attire l'attention de Mme la secrétaire d'État chargée de la solidarité sur les dispositions 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 qui prévoit notamment la mise en place de commission communale et/ou intercommunale pour l'accessibilité des personnes handicapées. En effet, aux termes de l'article L. 2143-3 du code général des collectivités territoriales, la loi impose aux villes de plus de 5 000 habitants de créer une commission communale pour l'accessibilité des personnes handicapées. Or, lorsque la compétence en matière de transport ou d'aménagement du territoire est exercée au sein de l'EPCI, la commission pour l'accessibilité des personnes handicapées doit être obligatoirement créée auprès de ce groupement lorsque le dit établissement regroupe plus de 5 000 habitants. Dans ce cas, la commission créée auprès de l'EPCI se substitue-t-elle ou se juxtapose-t-elle à la commission communale ? Au vu du silence des textes, il lui demande de bien vouloir l'éclairer sur la mise en œuvre de cette disposition.

Question écrite n°2522 de Michel Bécot (Deux-Sèvres, UMP)
Publiée dans le Journal Officiel du Sénat, le 15 novembre 2007
http://carrefourlocal.senat.fr

La mise en place de ce dispositif de la loi de 2005, a semble-t-il été laborieux pour les collectivités. La réponse à la question écrite de Michel Bécot, émanant du Ministère de l'intérieur, de l'Outre-Mer et des collectivités territoriales, stipule qu'il ne peut pas y avoir de coexistence officielle entre les instances intercommunales et communales. Effectivement, « *toutes les communes de 5 000 habitants et plus doivent créer une commission pour l'accessibilité aux personnes handicapées. Cette commission sera obligatoirement créée auprès de l'établissement public de coopération intercommunale de plus de 5 000 habitants dès lors qu'il exerce les compétences transports ou aménagement du territoire* » [JO Sénat, 27/03/08]. Ce dispositif concerne donc toutes les communautés urbaines, d'agglomération et de communes. Ces trois formes de coopération intercommunale ont les compétences aménagement du territoire et/ou transport de façon obligatoire. Les syndicats de commune (SIVOM, SIVU) ne sont pas concernés. Quand l'intercommunalité possède les compétences, les communes ne doivent pas conserver leur commission communale. Cependant, « *rien n'interdit aux communes,*

afin de favoriser les initiatives locales fondées sur la connaissance du terrain, d'alimenter les travaux de la commission intercommunale, en créant une structure informelle de réflexion et de conseil » [JO Sénat, 27/03/08].

La difficile mise en place des commissions communales et intercommunales soulève des problèmes dans la gouvernance des territoires tout en mettant en lumière les enjeux de l'aménagement des territoires en faveur des populations déficientes.
Effectivement, ces commissions ont pour rôle de dresser l'état des lieux des bâtiments publics de leur territoire. Diagnostics et solutions doivent être élaborés pour l'ensemble des Établissements Recevant du Public du territoire concerné. Or, en observant un territoire communal, il apparaît clairement une superposition des compétences selon les « objets » territoriaux pris en compte (cf. Chapitre 6).
Cette multiplication et superposition des acteurs et des compétences met à mal la continuité territoriale pourtant nécessaire à une mise en accessibilité cohérente des espaces publics. Effectivement, ce sont les « ruptures » qui rendent périlleuse la cohérence de l'aménagement des espaces urbains en faveur des populations déficientes. À chaque changement d'acteurs une rupture et des obstacles peuvent se créer s'il n'y a pas de coopération inter-acteurs.

Cinq ans après la promulgation de la loi du 11 février 2005, toute les collectivités territoriales ont-elles créé une commission communale ou intercommunale ?

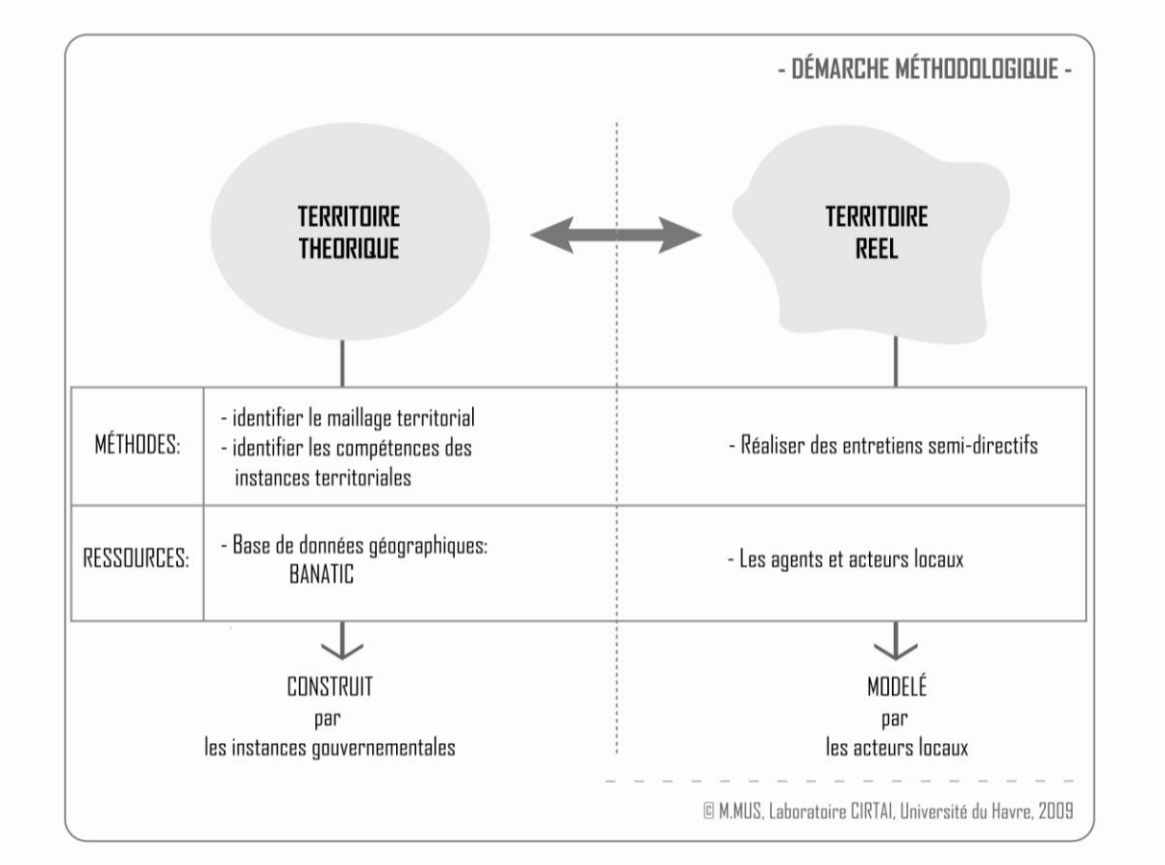
7.1.1.2 Quelles réalités sur le terrain ?

Au regard des dispositifs législatifs inhérents à la loi de 2005, quelles communes ou regroupements intercommunaux devraient avoir mis en place une commission ? Pour répondre à cette question une démarche en deux temps a été menée [cf. Schéma 7-1, p361]. Il s'agira alors de faire apparaître le « territoire théorique » de l'application des dispositifs législatifs de la loi du 11 février 2005. Le deuxième volet de la démarche vise à construire une cartographie du « territoire réel ». Pour cela, il est tout d'abord indispensable de dessiner le maillage territorial de l'espace considéré. Ensuite, une étude a été réalisée auprès des agents techniques ou des chargés de mission des services des communautés d'agglomération ou de communes, par le biais d'entretiens téléphoniques. Ils ont consistés à les interroger sur la création ou non des commissions intercommunales

d'accessibilité afin de pouvoir construire un état des lieux de l'existence ou l'absence des commissions au sein des territoires intercommunaux.

Afin d'avoir une vision complète de la situation actuelle des territoires, l'enquête proposée a été conduite à l'échelle du département. Deux départements ont été choisis : la Seine-Maritime d'une part et le département de la Réunion d'autre part. La Seine-Maritime offre l'avantage d'un territoire hétérogène composée de deux agglomérations centrales (Rouen et Le Havre), de nombreuses communes périurbaines et rurales. Le département de la Réunion quant à lui, territoire insulaire, permet de s'intéresser à l'administration d'un territoire d'Outre-mer ayant à la fois le statut de département et celui de région. Par ailleurs, un déplacement d'une semaine sur le territoire réunionnais m'a permis de rencontrer les acteurs locaux chargés de mettre en œuvre sur leur territoire les dispositifs de la loi de 2005.

SCHEMA 7- 1



Au-delà de cet état des lieux, une analyse de la parole des acteurs locaux donne des éléments d'explication concernant l'absence de ces commissions au sein des intercommunalités. L'objectif est de mettre à jour les divergences entre un « territoire

théorique » construit par les instances gouvernementales et le « territoire réel », émanant du « territoire théorique» mais remodelé par les pratiques et le vécu des acteurs locaux.

7.1.2 - Le cas de la Seine-Maritime et de la Réunion

Quelle est la situation concrète sur le terrain au niveau de la mise en place effective des commissions intercommunales d'accessibilité ? A travers les cas du département de la Seine-Maritime puis de la Réunion deux problématiques différentes apparaissent.

7.1.2.1 L'absence de commissions intercommunales : le cas de la Seine-Maritime

Les difficultés soulevées par les sénateurs pour la mise en place des commissions a entretenu un flou juridique n'ayant pas forcément incité les collectivités à créer leur commission. Cependant, les collectivités intercommunales ont-elles conscience du rôle qu'elles ont à jouer ? Ont-elles les moyens, financiers et humains, de créer cette nouvelle commission ?

Le département de la Seine-Maritime compte 3 communautés d'agglomération et 35 communautés de communes [cf. Carte 7-1, p363]. Au sein des communautés d'agglomération seules la Communauté d'agglomération de la région dieppoise n'a pas crée de commissions intercommunales. Parmi les communautés de communes, trois d'entre-elles ont constitué une commission intercommunale en septembre 2009. L'ensemble des autres communautés de communes n'ont pas mises en place ce dispositif. Quels sont les raisons permettant de comprendre cette situation ?

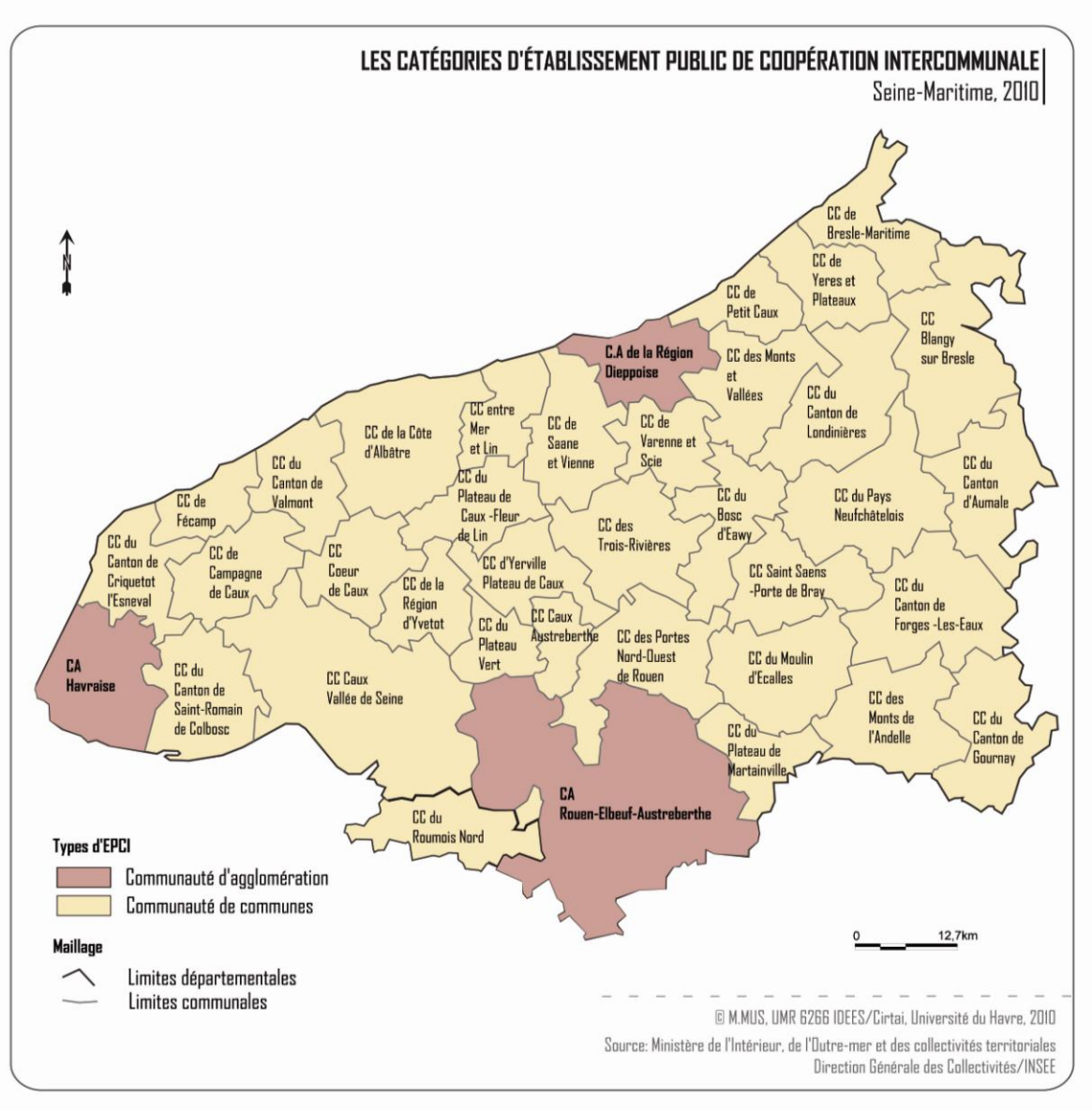
Parmi les personnes interrogées, trois arguments sont revenus de manière récurrente :

L'argument le plus souvent évoqué est l'absence de compétences lié à l'aménagement du territoire ou aux transports. La loi du 11 février 2005 impose la mise en place des commissions à l'échelle des Etablissements Publics de Coopération Intercommunaux ayant la compétence transports et/ou aménagement du territoire. Or, ces compétences sont inscrites au sein des compétences obligatoires pour les communautés de communes constituées. L'argument évoqué de l'absence de compétence en la matière paraît donc surprenant.

Par ailleurs, une partie des communautés de communes interrogées estiment que l'accessibilité relève plutôt des mairies et non de l'intercommunalité. Dans ce cas, si une commission d'accessibilité est en place au sein du périmètre de l'EPCI, l'intercommunalité estime qu'il n'y a pas d'intérêt à mettre en place la commission

d'accessibilité. Cet argument soulève deux problématiques : d'une part, un problème de gouvernance des territoires entre le niveau communal et le niveau intercommunale. D'autre part, une mauvaise connaissance et application des textes de lois.

CARTE 7- 1



Enfin, le manque de moyen humain et le caractère rural des territoires intercommunaux ont souvent été évoqués comme élément d'explication :

> *« on n'est pas beaucoup à travailler, alors on ne peut pas tout faire »*
> *« on est que quatre agents »*

Les entretiens avec les agents territoriaux montrent une forme de négation de cette problématique à l'échelle des territoires ruraux :

> *« Les enjeux sont autres pour les communes rurales, il y a des enjeux plus importants, comme les questions de mobilité tout court »*

Il est certain qu'un investissement en temps et en moyens humains est nécessaire. Mais la réalisation à l'échelle communautaire d'une réflexion sur l'accessibilité du cadre bâti (transport, bâti, voirie…) est garant d'une meilleure cohérence territoriale et d'un suivi logique dans la chaîne de déplacement. Les communes rurales ne sont pas exclues des réflexions sur l'accessibilité de leur territoire en faveur des populations déficientes. La mobilité des populations est un enjeu majeur comme le soulignait l'un des agents interrogés. Les efforts en la matière qu'il s'agisse de développement des transports ou de la voirie peuvent donc parfaitement intégrer les normes et les recommandations en termes d'accessibilité. Le caractère rural d'un territoire ne justifie pas l'absence de commissions.
Le dispositif des commissions intercommunales d'accessibilité a été peu suivi de réalisation concrète sur le territoire seino-marins. Cinq ans après la promulgation de la loi du 11 février 2005 en faveur des populations déficientes, ce résultat met en évidence un manque de suivi, des actions mises en place ou non sur le territoire. Ce suivi devrait être réalisé par les instances gouvernementales. De fait, cela pose alors la question du respect des échéances en terme d'accessibilité fixé par la loi de 2005 et celle de la continuité territoriale des aménagements réduit pour le moment à des îlots d'action.

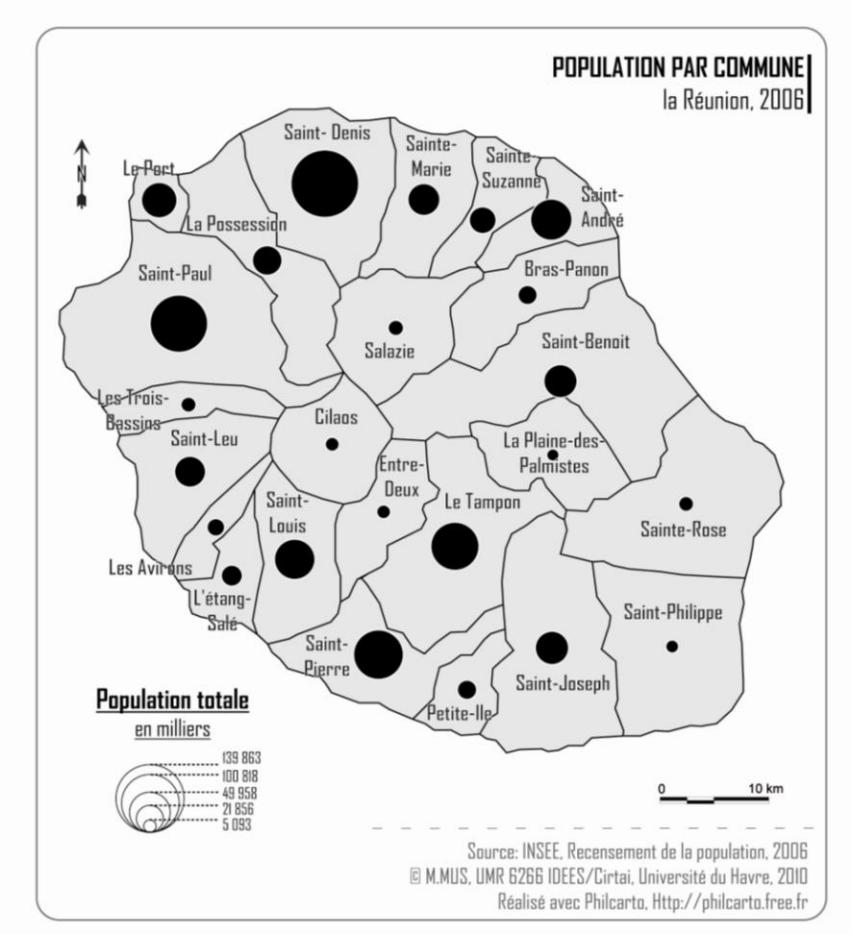
7.1.2.2 La coexistence des commissions : le cas du département de la Réunion

Le territoire réunionnais est composé de 24 communes. Comme le montre la carte 7-2 [p365] ci-après, l'ensemble de ces communes ont une population supérieure à cinq mille habitants.

Théoriquement, il devrait donc y avoir une commission communale d'accessibilité au sein de la commune de Saint Philippe. C'est la seule commune n'appartenant à aucun regroupement intercommunal. Les autres communes ne devraient théoriquement plus avoir de commission communale. Les trois communautés de communes [la Communauté de Communes du Sud (CCSUD), la Communauté Intercommunale de la Réunion Est (CIREST), la Communauté Intercommunale des Villes Solidaires (CIVIS)], et les Communautés d'Agglomération [La Communauté d'Agglomération de Nord de la Réunion (CINORD) et la Communauté d'Agglomération du Territoire de la Côte Ouest (TCO)] possèdent toutes la compétence « aménagement du territoire » et « transports ».

La mise en place des commissions intercommunales d'accessibilité leur appartient donc afin de lancer notamment l'état des lieux des établissements recevant du public.

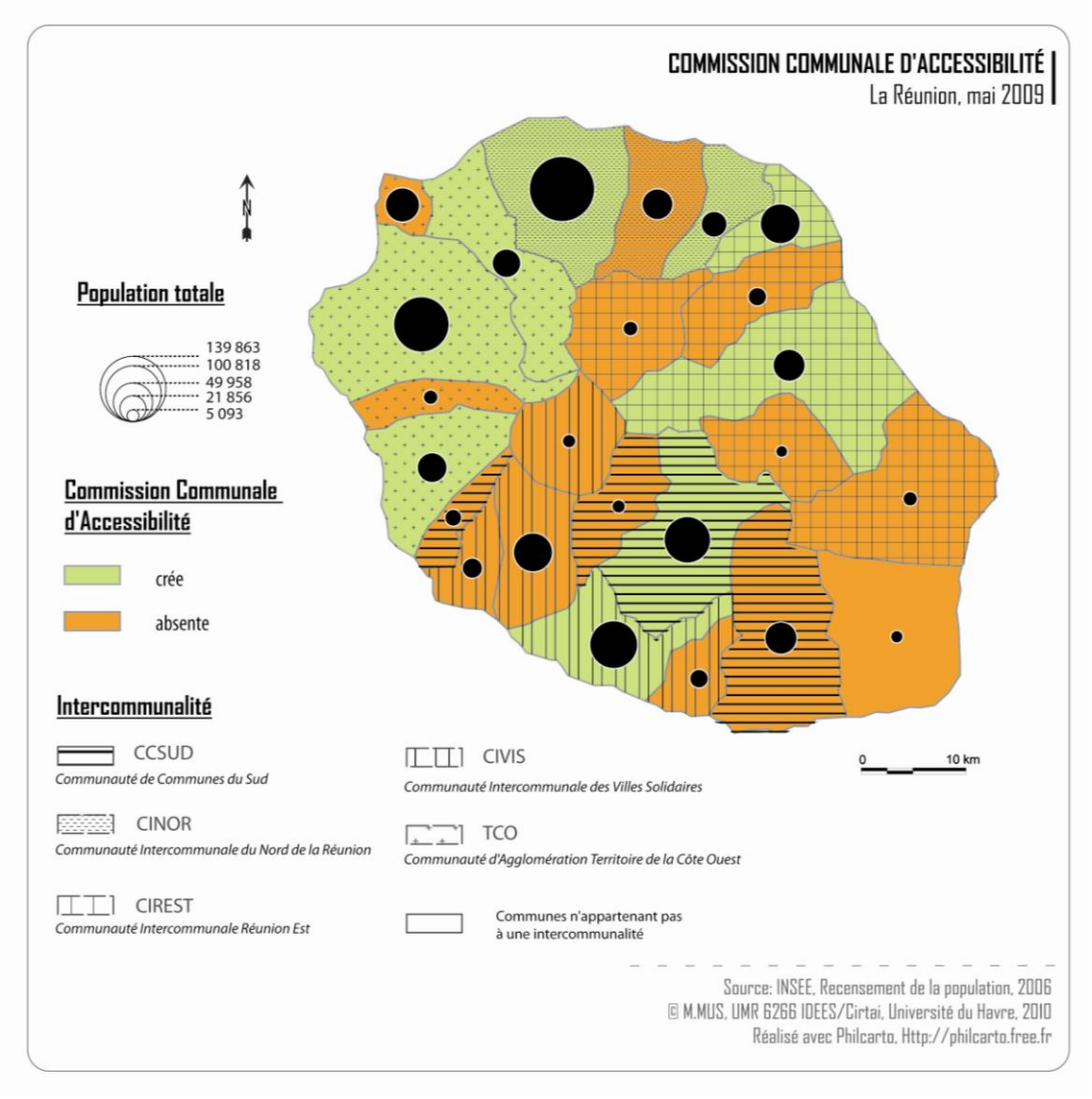
CARTE 7- 2



L'état des lieux [Carte 7-3, p366] mené sur le territoire réunionnais met en évidence la coexistence et la juxtaposition de commissions communales et intercommunales d'accessibilité d'une part et le faible développement des commissions d'accessibilité à l'échelle intercommunale d'autre part.

Tout d'abord, sur les 24 communes du territoire réunionnais, 9 communes avaient créé une commission communale en mai 2009. Cette carte suggère que les communes les plus peuplées ont mises en place une commission communale d'accessibilité. Effectivement, on retrouve parmi les communes n'ayant pas de commission communale d'accessibilité une majorité de celles ayant le moins d'habitants.

CARTE 7- 3


COMMISSION COMMUNALE D'ACCESSIBILITÉ
La Réunion, mai 2009
N
Population totale
139 863
100 818
49 958
21 856
5 093
Commission Communale d'Accessibilité
crée
absente
Intercommunalité
CCSUD
Communauté de Communes du Sud
CINOR
Communauté Intercommunale du Nord de la Réunion
CIREST
Communauté Intercommunale Réunion Est
CIVIS
Communauté Intercommunale des Villes Solidaires
TCO
Communauté d'Agglomération Territoire de la Côte Ouest
Communes n'appartenant pas à une intercommunalité
0
10 km
Source: INSEE, Recensement de la population, 2006
© M.MUS, UMR 6266 IDEES/Cirtai, Université du Havre, 2010
Réalisé avec Philcarto, Http://philcarto.free.fr

Par ailleurs, au moment de l'enquête [mai 2009], une seule communauté de commune avait créé sa commission intercommunale. A l'heure actuelle, toutes les communes ou intercommunalités n'ont donc pas encore mis en place leurs commissions d'accessibilité. Ces instances de gouvernance territoriale sont-elles pour autant dans l'illégalité ?
La loi du 11 février 2005 stipule la création des commissions communales et intercommunales dans les communes ou intercommunalités de plus de 5 000 habitants. Par défaut, cela créé l'obligation de diagnostic des ERP et de recensement des logements. Or, la loi ne fixe aucune contrainte temporelle pour la création des commissions. Cela soulève un paradoxe. Alors que les diagnostics de l'accessibilité des ERP et leur mise en accessibilité doit être réalisés dans un certain délai. La création des commissions n'est sous le coup d'aucune obligation. Pourtant, ces commissions disposent des compétences pour lancer les diagnostics et les recensements des logements. Elles n'ont donc pas non plus lancé le diagnostic de leurs Etablissements Recevant du Public alors que les dates limites en la matière sont maintenant dépassées (1er janvier 2010 pour les ERP de catégorie 1 et 2) ou relativement proche (1er janvier 2011 pour les ERP de catégorie 3 et 4). Les regroupements intercommunaux, en dépit de leurs compétences n'ont semble-t-il pas pris la mesure de leurs devoirs. La problématique de la juxtaposition des compétences, soulevée par M. Bécot, est clairement observable sur le territoire. Elle n'a pas été vraiment résolue. Dans le cas de la Communauté d'Agglomération du Territoire de la Côte Ouest, il y a effectivement une juxtaposition entre la commission d'accessibilité créée par la TCO, et les commissions communales existant dans les communes de La Possession, Saint-Paul et Saint-Leu. Pourtant, concernant cette juxtaposition de compétences, la réponse, parue dans le Journal Officiel du Sénat du 27 mars 2008, précise : « *lorsqu'une commission intercommunale est créée ; celle-ci exerce pour l'ensemble des communes les compétences des commissions communales et est donc seule habilitée à exercer les missions visées* » [JO du Sénat, 23 mars 2007]. La juxtaposition des compétences n'est donc pas possible.

Cet état des lieux, mené dans le département de la Réunion et de la Seine-Maritime met en lumière deux éléments : le premier est le retard dans la mise en place des dispositifs législatifs prévue par la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Comment, les intercommunalités ou les communes n'ayant pas encore mis en place de commission communale ou intercommunale d'accessibilité vont-elles pouvoir répondre dans les temps à la réalisation

des diagnostics ? Le second renvoi aux compétences et aux actions des collectivités territoriales. Effectivement, cette étude met en évidence une prédominance de l'action située préférentiellement à l'échelle communale plutôt qu'intercommunale.

7.2 - L'ACCESSIBILITÉ DES ESPACES PUBLICS AUX POPULATIONS DÉFICIENTES : UTOPIE URBAINE OU RÉALITÉ CONTEMPORAINE ?

La logique d'assistance envers les personnes handicapées domine les discours politiques. Les aides sociales, le statut qu'on leur confère renvoit à l'idée qu'il est nécessaire d'aider ces populations pour qu'elles trouvent leur place dans la société. L'aménagement de l'espace et les logiques qui l'animent ne sont pas éloignés de l'idée d'assistance. A-t-elle point qu'une reconnaissance parfaite et légitime des considérations normatives n'est pas encore acquise dans la conception urbaine. Cette logique d'assistance renvoie l'image d'une personne déficiente diminuée, inactive, non productive, presque inutile au fonctionnement social.

Le travail de terrain mené notamment à Villeneuve d'Ascq et à la Réunion met en évidence deux problématiques majeures. La première renvoie à la mise en place des dispositifs techniques par les acteurs territoriaux. La seconde fait appel à une idée largement répandue, celle du coût de l'assistance et de la mise aux normes des territoires en faveur des populations déficientes.

7.2.1 - Des difficultés techniques à surmonter

La législation impose le respect de nombreuses normes précises en matière d'accessibilité concernant l'ensemble des « objets spatiaux » évoqués dans l'état des lieux.

7.2.1.1 Des dispositifs techniques flous

La confrontation entre la méthode mise en place lors de l'état des lieux et le relevé des dispositifs non-conformes sur le terrain a révélé deux problématiques concernant l'approche normative de l'accessibilité.

Premièrement, un certain nombre de dispositifs techniques sont proposés sans être accompagnés de réelles explications permettant de pouvoir appréhender efficacement la conformité ou la non-conformité d'un objet ou d'une situation lors de l'état des lieux. Il convient d'apporter une nuance à ce propos. La loi promulguée en 2005 a laissé place à de nombreux décrets d'application énonçant des principes normatifs d'aménagement. Une circulaire émanant de la Direction Générale de l'Urbanisme de l'Habitat et de la Construction et visant à expliquer ou apporter des compléments d'informations sur certains est parue en novembre 2007. Malgré tout, dans de nombreux cas, la norme énoncée [cf. Annexe 5] laisse place à l'interprétation et l'appréciation subjective de l'auditeur. Par exemple, sur quels éléments se baser pour appréhender la visibilité, la lisibilité et le caractère compréhensif d'une signalétique ? La circulaire explique donc que

la visibilité d'une signalétique répond aux exigences suivantes : « *être contrastés par rapport à leur environnement immédiat, permettre une vision et une lecture en position « debout » comme en position « assis », être choisis, positionnés et orientés de façon à éviter tout effet d'éblouissement, de reflet ou de contre jour dû à l'éclairage naturel ou artificiel….* ». La notion de contraste n'est pas définie dans la législation. Si on comprend effectivement qu'il s'agit de travailler sur des oppositions franches de couleur, pour autant sur le terrain l'appréciation d'un contraste n'est pas forcément évidente. D'autre part, l'idée de lecture en position « assise » ou « debout » n'est basée sur aucun élément précis. Là encore, l'appréciation est plutôt subjective. Pourquoi dans ce cas, ne pas avoir précisé une fourchette de mesure ?
Enfin, l'idée d'éblouissement renvoie à une appréciation relativement personnelle et peut laisser cours à l'interprétation et un niveau de tolérance personnelle. Concernant les portes, les poignées doivent être préhensibles. Sans élément précis ou exemple, c'est l'auditeur sur le terrain qui doit juger du caractère préhensible ou non préhensible d'une poignée de porte.

Ce sont des exemples parmi d'autres. Ils reflètent pourtant des difficultés considérables face à l'interprétation de la législation. Mal prise en compte lors de l'état des lieux, la qualité d'usage futur du bâtiment peut alors être remise en cause selon les individus. Le manque de définition des concepts et de précision des normes est une des lacunes de la législation. Cela pose problème à deux niveaux. Au niveau de la réalisation de l'état des lieux tout d'abord. Effectivement, une mauvaise prise en compte ou compréhension des normes peut conduire les auditeurs à oublier, omettre, mal considérer un aspect du bâtiment. Par conséquent, cela aura des répercussions sur ce que l'on considère comme répondant effectivement à la législation ou non. Par ailleurs, au niveau de la cohérence des aménagements. Le manque de précision de certaines normes peut créer des ruptures dans la chaîne d'accessibilité. Les missions de la loi du 11 février 2005 ne seront dans ce cas pas remplies.

7.2.1.2 Les ressources territoriales : une question théorique et technique, un nécessaire référentiel ?

Le manque de définition de certains éléments de la législation, la disparité de l'offre privée de diagnostic accessibilité et le manque d'outil à disposition des collectivités locales sont des éléments mettant à mal l'objectif de la loi de 2005. Ces

lacunes mettent en évidence un questionnement sur les ressources territoriales. Effectivement, la mise en place de dispositifs législatifs impliquant la réalisation d'aménagement, de plan ou de schéma de mise en accessibilité à l'échelle nationale, touchant donc l'ensemble du territoire, doit s'accompagner dans le même temps de dispositifs techniques précis guidant les collectivités territoriales dans la réalisation des prescriptions législatives. Le décret n°2009-546 du 14 mai 2009 pris en application de l'article 47 de la loi n°2005-102 du 11 février sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées crée un référentiel d'accessibilité des services de communication publique en ligne. Ce décret instaure la promulgation de la loi un « référentiel d'accessibilité » dans le domaine des services de communication publique en ligne. Il s'agit de développer l'accès et de l'usage des sites internets institutionnels. L'article 1 définit le référentiel d'accessibilité comme fixant « *pour l'État, les collectivités territoriales et les établissements publics qui en dépendent, les règles techniques, sémantiques, organisationnelles et d'ergonomie que doivent respecter leurs services de communication publique en ligne afin d'assurer aux personnes handicapées la réception et la compréhension de tout type d'informations diffusées sous forme numérique, de leur permettre d'utiliser ces services et, le cas échéant, d'interagir avec ces derniers* » [Décret n°2009-546].

Quatre ans après la loi de 2005 et les dispositions concernant l'accessibilité du web l'État légifère de nouveau pour doter les collectivités d'un outil technique visant à décrire précisément, par le biais de règles techniques, sémantiques, organisationnelles et ergonomiques, les dispositifs à mettre en place pour garantir l'accessibilité du web pour l'ensemble des populations déficiences. Pourquoi la création d'un tel référentiel n'a t-il pas été engagé pour les diagnostics de la voirie et des ERP ? Il apparaît évident que l'application des différentes normes d'accessibilité des espaces publics nécessite l'appropriation d'un langage commun et des règles de réalisation précises. Cela garantirait une cohérence territoriale et une homogénéisation des diagnostics ayant des conséquences directes sur l'élaboration des aménagements accessibles. Pourtant la législation mise en place, décidée par les instances gouvernementales a été réalisée sans la boite à outils indispensable pour les collectivités territoriales.

Une fois le diagnostic réalisé, aucun processus visant à vérifier la conformité de l'état des lieux n'a été mis en place. L'offre en la matière est pourtant disparate. Nous avons vu que

certaines corporations créent elles-mêmes des labels. L'exemple de « l'éco-accessibilité » le montre. Dans d'autres domaines, ayant un intérêt économique fort pour la France, l'État a lui-même crée un processus de labellisation à travers le Label Tourisme & Handicap [cf. Encadré 7-2]. Il garantit un certain niveau d'accès à des services ou des lieux de loisirs et de tourisme selon les types de déficience. Des recours juridiques sont prévus après 2015 si les espaces publics ne sont pas accessibles. Pour autant, la réalisation des diagnostics ERP ou même des plans de mise en accessibilité de la voirie et des espaces publics n'est soumis à aucune vérification alors même que l'accessibilité future dépend de ces dispositifs. Pourtant, un processus de normalisation, par le biais de l'Association française de normalisation (AFNOR) par exemple ou de labellisation aurait pu être mis en place pour garantir l'accès aux Etablissements recevant du public.

ENCADRE 7- 2

7.2.2 - La mise en accessibilité des territoires en faveur des populations déficientes : idées reçues

La mise en conformité des établissements recevant du public aux prescriptions législatives devra être atteinte dans cinq ans. Quel coût cela représente-t-il pour les collectivités territoriales ?

7.2.2.1 L'accessibilité un coût pour la société ?

En introduisant la réalisation de plans d'accessibilité pour la voirie et d'état des lieux du patrimoine public, la loi 2005 s'est voulue ambitieuse. Mais le gouvernement a-t-il donné aux collectivités les moyens de son ambition ? Le manque d'outils a déjà été évoqué précédemment. La question des moyens et du coût financier de la mise en accessibilité, notamment des Etablissements Recevant du Public, doit maintenant être évoquée. Deux ans après la promulgation de la loi de 2005, quatre acteurs [94] opérant dans le domaine du handicap ou du bâtiment ont réuni leurs compétences pour

proposer un rapport sur le « coût de mise en accessibilité des Etablissements Recevant du Public pour les collectivités locales ». Selon les estimations du rapport ci-dessous [Encadré 7-3], il y aurait 158 000 ERP sur l'ensemble du territoire des 36 000 communes françaises.

ENCADRE 7- 3

- COÛT DE LA MISE EN ACCESSIBILITÉ -

- Etude sur les Etablissements Recevant du Public -

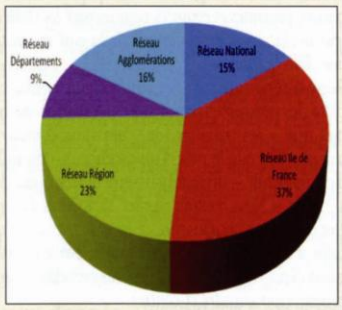
	Nombres d'ERP (Quantités à confirmer)	Budget moyen par bâtiment hors taxes et hors maîtrise d'œuvre (en euros)	Evaluation globale Coût hors taxes et hors maîtrise d'œuvre (en euros)
Total sur 36 000 communes	158 000 ERP	66 594 euros	10 521
Total Conseil généraux	13 000 ERP	115 230 euros	1 498
Total Conseil régionaux	1 650 ERP	238 181 euros	393
Evaluation enjeu global pour les ERP existants des collectivités territoriales	**172 650 ERP**	**71 896 euros**	**12 412 millions d'euros**

Source: Dossier de presse, Accessmétrie, Dexia, APAJH, FFB, 2007
Coût de la mise en accessibilité des établissements recevant du public pour les collectivités locales,

- Etude sur différents réseaux de transports -

Répartition des budgets inscrits aux SDA

	Représentativité de l'échantillon	Moyenne par habitant	Total général
Réseau national			
Domaine SNCF	100 %	6 €	400 000 000 €
Domaine RFF	100 %	6,50 €	422 000 000 €
Réseau Ile-de-France			
Stif	100 %	171 €	2 000 000 000 €
Réseau régions			
(hors IDF)	80 %	24 €	1 274 077 179 €
Réseau départements			
(hors IDF)	10 %	9 €	497 805 913 €
Réseau agglomérations			
(hors IDF)	24 %	50 €	891 360 690 €
Total			**5 485 243 782 €**



Pour chaque type de réseau (région, département…), le budget global d'investissement des SDA est basé sur le budget moyen d'investissement par habitant constaté (issu de l'enquête) multiplié par la population totale du territoire de référence. L'étude ne couvre pas le budget des agglomérations de moins de 100 000 habitants. Enfin, il convient de noter qu'un habitant est comptabilisé dans le périmètre de chaque AOT dont il relève.

Source: Etude mené par Alenium Consultants
Présentée et synthétisée dans "Villes et Rails", n°483, novembre 2009

[94] Dexia, Accessmétrie, Fédération Apajh et la Fédération Française du Bâtiment

D'après l'évaluation menée sur la base des diagnostics réalisés par Accessmétrie, le budget moyen (hors taxes et hors maîtrise d'œuvre) pour mettre en accessibilité un bâtiment serait d'environ 67 000 euros[95]. L'évaluation globale sur l'ensemble du territoire projette un coût d'environ 10 millions d'euros (hors taxes et hors maîtrise d'œuvre).

Cela représente un coût important pour les collectivités locales. Dans ce contexte, il apparaît nécessaire pour les communes d'établir un échéancier et de prioriser la réalisation des travaux.

Dans une interview pour la Gazette des communes, Xavier Bertrand déclare : « *concernant les travaux je ne pense pas que le problème se pose en termes purement financiers*[96] ». On retrouve dans ces propos, la vision pyramidale [chapitre 4] des intervenants sur le territoire à distance des actions et réalisations pratiques.

Xavier Bertrand argumente pourtant son propos en évoquant l'idée que les investissements ne sont pas plus importants : « *si la question de l'accessibilité est intégrée dès le début, cela ne coûte pas plus cher* ». Pour autant, le problème du coût est effectivement présent pour les maires des communes devant faire face aux exigences et au calendrier imposés par la loi. Soyons pragmatiques. Aucun Etablissement Recevant du Public sur le territoire français ne peut prétendre être à 100% accessible. En premier lieu parce que la loi est récente (2005) et les décrets d'application (2007) encore davantage. En imaginant que les bâtiments construits après cette date le soient, il reste la grande majorité des bâtiments non-conformes. Au moment où les maires ont entre leurs mains les résultats du diagnostic, leur première préoccupation est financière. Ils doivent répondre aux exigences imposées tout en les mettant en relation avec les moyens dont ils disposent :

> *« Devant satisfaire à l'accessibilité de ses espaces publics, la mairie vient de réceptionner le diagnostic et le chiffrage du projet, estimé à près de 800 000€ »*
> **Bouchemaine. Accessibilité : un coûteux projet sur le long terme - Press Ocean, 31 décembre 2009**
>
> *« Pour le maire, « le problème, c'est la traduction de ces recommandations sur le terrain. Derrière, il y a une ardoise. Si on met tout ça bout à bout, on peut refaire toute la commune »*
> **Le coût des normes, Sud Ouest, 23 décembre 2009**

Le problème se pose effectivement en termes financiers pour les collectivités locales. Elles possèdent un patrimoine bâti ancien devant répondre à de nouvelles normes. Les

[95] Cette donnée est à prendre avec beaucoup de précautions. Le coût des travaux dépend du bâtiment. Ils sont de nature et de taille très diverses.

[96] Propos repris dans le dossier « une loi en 10 questions » de Ville et Transport Magazine du 21 mai 2008.

communes doivent intégrer la réalisation des travaux à leurs budgets sans avoir de moyens supplémentaires, « *l'absence de financement spécifique cristallise les tensions* » [Lewan, 2008) et fait s'éloigner les objectifs de 2015. De plus, les communes et les maires interviennent finalement sur échelle d'action courte : six ans de mandat. A titre d'exemple, le maire de Bouchemaine prévoit un étalement des travaux sur quinze ans, celui de Candé prévoit d'étaler les travaux de mise en accessibilité de la voirie entre 2010 et 2014 pour la première phase et 2014 et 2020 pour la seconde :

> *« Différents secteurs ont été identifiés sur lesquels des préconisations de travaux ont été listées, et leurs montants chiffrés. Bien entendu, tout ne pourra pas être réalisé immédiatement. Notamment en raison du coût total, frisant les 800 000€, et parce que le lissage proposé par le stagiaire répartit ces travaux jusqu'en 2026 »*
> **Bouchemaine. Accessibilité : un coûteux projet sur le long terme - Press Ocean, 31 décembre 2009**

Dans le même esprit, une étude menée par le cabinet Alenium Consultants sur le prix de l'accessibilité offre un panorama des investissements nécessaires dans le cadre de la réalisation des Schéma Directeurs d'Accessibilité par les Autorités Organisatrices de Transports. Là encore, pour les régions, les départements, les agglomérations la mise en accessibilité des réseaux de transports nécessite des investissements financiers. L'étude évalue l'effort en matière d'accessibilité à 87 € par français d'ici à 2015, soit un budget d'environ 5,5 milliards d'euros pour l'ensemble des collectivités.

Ces considérations financières nous rappellent que les coûts de la réalisation des normes d'accessibilité sont considérables dès lors qu'il s'agit de réadapter un bâtiment. Intervenir sur la cadre déjà existant représente des travaux importants et coûteux. Dans ce contexte, il est d'autant plus important que les collectivités territoriales soient exigeantes en termes d'accessibilité pour tous les types de déficiences lors de la réalisation de bâtiments neufs. On peut s'étonner de la volonté incessante du gouvernement de vouloir faire marche arrière en la matière. Récemment, lors de la réalisation de la Loi de finances rectificative (LFR) de 2010 un article prévoyait « *la possibilité d'obtenir des dérogations aux règles de l'accessibilité, notamment pour les logements neufs, en cas "d'impossibilité technique résultant de l'environnement du bâtiment"* » [Bâti-Actu, janv 2010].

Cette idée constitue un véritable recul en matière d'égalité des chances pour les populations déficientes. C'est avant tout dans le cadre bâti neuf que les dispositions doivent être mises en place sans concession.
Ces exemples montrent que les limites fixées par la loi seront forcément dépassées tant il est impossible, dans ces conditions, de réaliser l'ensemble des travaux. Le manque d'outils et de moyens repoussent les limites d'une action pertinente pour l'insertion des populations déficientes et dresse le bilan d'une action finalement anarchique. Les échelles d'actions territoriales et la distance entre le territoire et les acteurs gouvernementaux reproduisent sans cesse l'occasion de générer les incohérences et les discontinuités territoriales.

7.2.2.2 Relativiser le coût de l'accessibilité

Il est maintenant admis que la réadaptation des bâtiments, de la voirie, des transports publics comportent un coût important pour la société et plus précisément les collectivités territoriales d'un point de vue financier. Changeons maintenant de focale. Inversons les regards ! Au lieu de prendre en considération, le coût de la mise en accessibilité des espaces publics, avons-nous déjà envisagé de le considérer comme un bénéfice pour la société ?

Si elle ne prend pas en compte les normes d'accessibilité pour les populations déficientes, la société poursuit sans cesse la création des barrières architecturales qu'elle devra à terme gommer. Toute création de bâtiment neuf abordant dès les débuts de la conception la prise en compte des normes en matière d'accessibilité n'introduit pas de surcoût. C'est la mise en conformité, nécessitant une nouvelle intervention sur le cadre bâti qui est coûteuse.

Deux enjeux importants sont à prendre en compte. Le vieillissement de la population et l'accroissement de la population urbaine vont jouer un rôle majeur dans les configurations urbaines futures. Les capacités des populations vieillissantes changent. Les normes visant à rendre accessibles les espaces publics pour les populations atteintes de déficiences seront aussi bénéfiques pour des populations perdant peu à peu leur force, leur capacité à se mouvoir dans l'espace urbain. Cela ne concerne d'ailleurs pas uniquement les personnes âgées mais l'ensemble de la population. Prenons un exemple précis, il n'est pas rare d'être confronté à une porte difficile à ouvrir pour entrer dans un bâtiment public. Une norme en matière d'accessibilité impose précisément que la force nécessaire à

l'ouverture d'une porte ne dépasse pas 50 newtons. Cette norme, inscrite dans la réglementation pour les populations déficientes dépasse largement l'intérêt de ces populations. Les personnes âgées, les enfants et même les adultes y trouveront un avantage. En ce sens, la prise en compte des capacités des populations déficientes apparaît réellement comme un outil pour l'aménagement des territoires publics. La domotique chargée d'automatiser, d'informatiser un certain nombre de fonctions ou d'actions dans un bâtiment, très utile pour les personnes atteintes de déficiences, n'est pas uniquement utilisé par cette population. Elle rentre peu à peu dans le quotidien de chacun d'entre nous comme services permettant d'accéder à un meilleur confort et un usage moins contraignant de notre espace de vie. La mécanisation de l'ouverture ou la fermeture des volets d'une maison illustre bien ce phénomène.

Au lieu d'envisager une « ville accessible à tous » idéal et finalement hors de portée, il devient central de replacer les déficiences et « l'usage » au cœur de la conception des espaces publics.

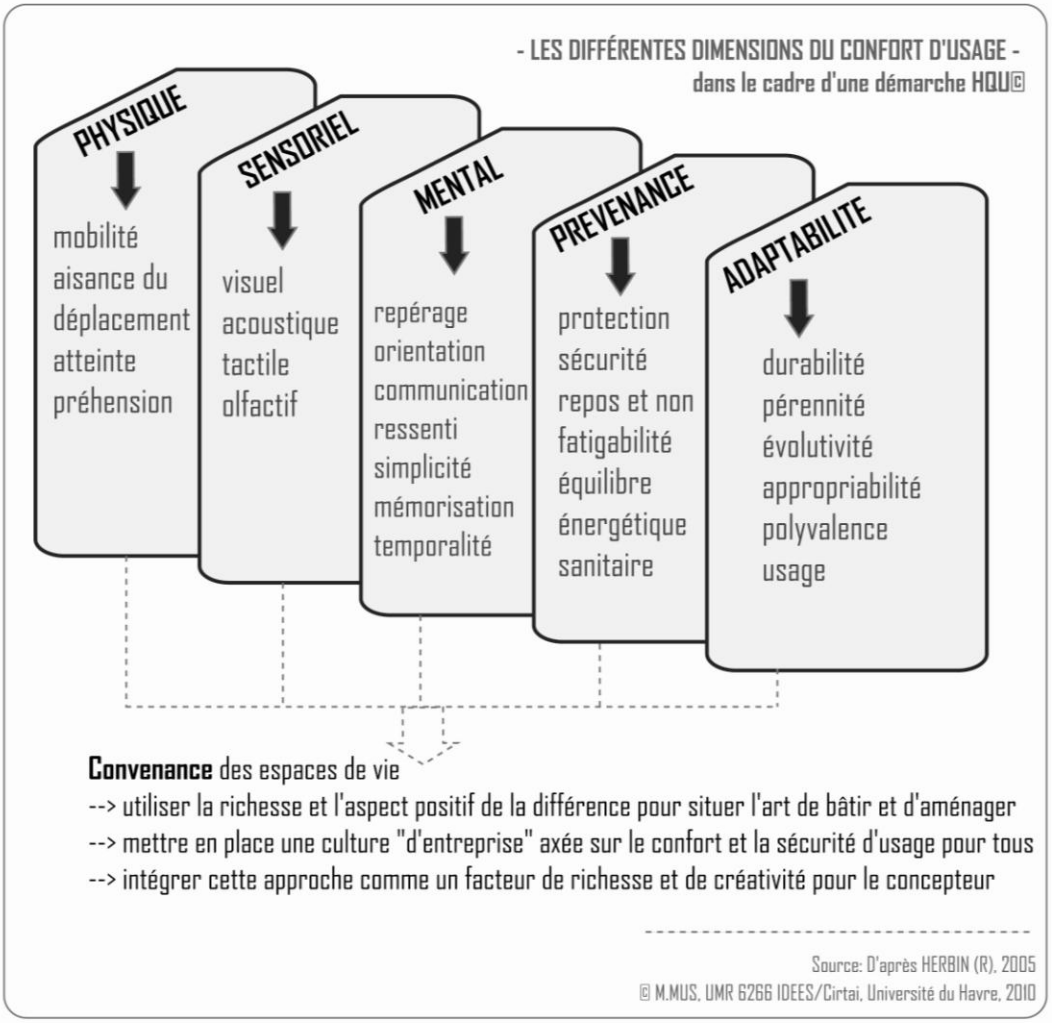
7.2.3 - Inverser les regards

Pour donner une place à ces populations et rendre efficient l'aménagement du territoire envisager une inversion des regards semblent essentiel. Entreprenons alors d'appréhender les populations déficientes comme une ressource et leurs besoins comme le support du développement durable des sociétés.

7.2.3.1 « L'usage » oublié de la législation et pourtant essentiel

Le concept de Haute Qualité d'Usage développé par Régis Herbin, urbaniste, architecte et experts en accessibilité, directeur du Centre de Recherche pour l'Intégration des Différences dans les Espaces de vie [CRIDEV]. Le concept de Haute Qualité d'Usage se base sur la notion de « convenance » des espaces de vie pour élaborer les différentes dimensions du confort d'usage [cf. Encadré 7-4, p378]. Ainsi, comme le montre le schéma, la « convenance » d'un espace renvoie à la prise en compte du confort d'usage pour les cinq dimensions ci-dessous : physique, sensoriel, mental, prévenance et adaptabilité.

La création d'un espace doit considérer la mobilité, les capacités visuelles, tactiles et olfactives, la nécessité de se repérer, de s'orienter, de communiquer, la protection et la sécurité et surtout l'adaptabilité d'un espace. Cette dimension est importante, elle suggère d'avoir une vision dynamique d'un espace lors de son élaboration.

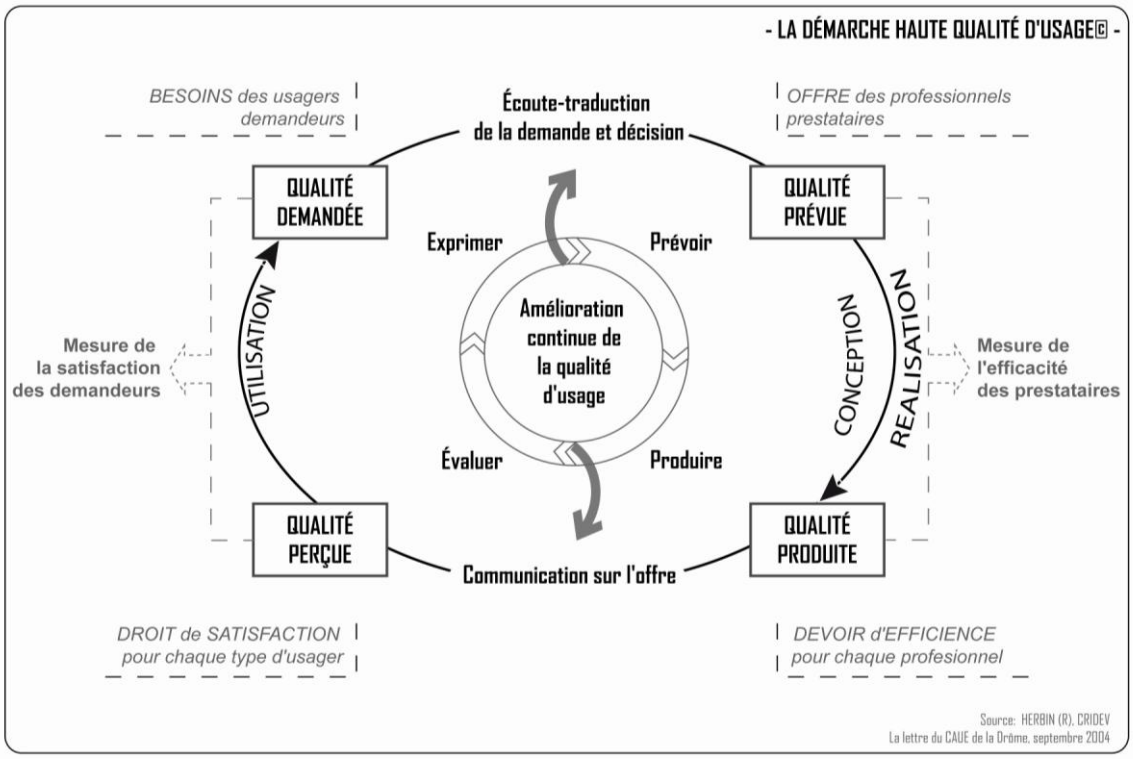


S'interroger sur la pérennité, la durabilité et la polyvalence implique de sortir d'une approche figée de la construction et du cadre bâti. Selon Regis Herbin, la Haute Qualité d'Usage doit être appréhendé comme une démarche de gestion de projet. Il ne s'agit pas simplement d'aborder les besoins des populations déficientes mais d'appréhender l'apport de ces populations comme des experts aux services de l'usage pour tous : *« la démarche HQU n'est plus une simple réponse à des types de handicaps. Elle intègre, certes, ce que des personnes handicapées nous ont appris, mais elle vaut pour tous. Lorsque je travaille avec un aveugle, je suis en fait avec un expert en olfactif, en acoutsique, en podotactile, etc. Quelqu'un qui de part son histoire, a développé bien au-delà de la moyenne certains de ces sens, et dont les indications seront précieuses car efficientes sur tout un chacun »* [Herbin, 2009[97]].

[97] Extrait d'une interview réalisée le 21 janvier 2009 pour le Centre de Ressources Prospectives du Grand Lyon

La démarche Haute Qualité d'Usage illustré ci-après [Encadré 7-5] met en relation quatre dimensions de la « qualité » révélant deux types d'acteur. D'un côté, la « qualité prévue » renvoie à l'offre des professionnels et la « qualité produite » renvoie aux résultats, soit à la réalisation concrète d'un espace. Dès lors, il s'agit donc des acteurs liés à la conception et à la réalisation matérielle des espaces. D'autre part, la « qualité demandée » fait appel aux besoins des usagers. La manière dont ils vont percevoir et utiliser réellement l'espace par rapport à la demande mobilisée leur droit de satisfaction, il s'agit de « la qualité perçue ». Dès lors, la démarche Haute Qualité d'Usage replace ces quatre dimensions de la qualité dans un processus dynamique où chacun, usager et concepteur, doit interagir [s'exprimer, prévoir, produire, évaluer] pour une « amélioration continue de la qualité d'usage ».

ENCADRE 7- 5



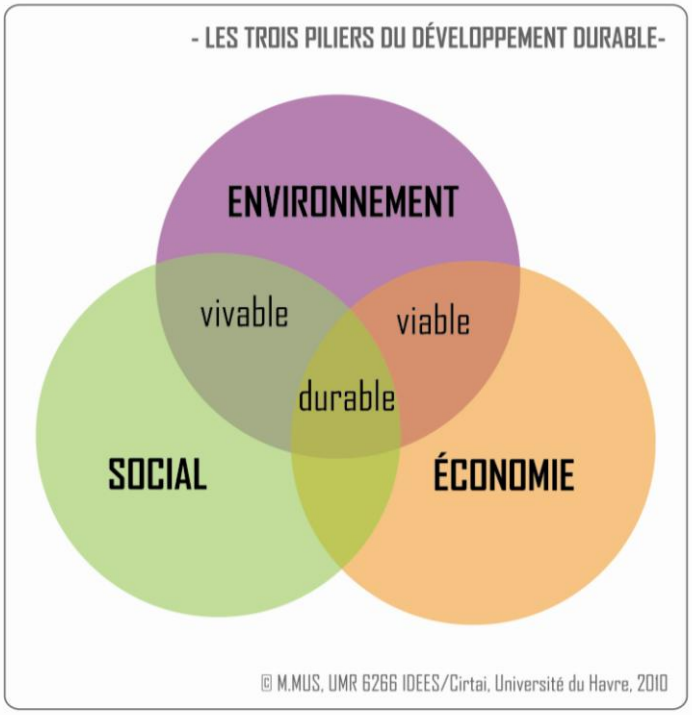
En replaçant « l'usage » au cœur de la conception des espaces, Régis Herbin met en lumière l'idée d'appréhender les « déficiences » comme un véritable support pour l'aménagement du territoire

7.2.3.2 Les populations déficientes : reflet d'une stagnation socio-spatiale ou support d'un développement durable des sociétés ?

L'usage permet d'inscrire les collectivités territoriales et la société dans un processus dynamique d'intégration et plus largement dans le cycle d'un développement durable des sociétés. Effectivement, agir sur l'environnement, en tant que cadre de vie au sens large, a des implications directes au niveau du fonctionnement social et économique de nos espaces de vie.

Au regard des difficultés soulevés dans les chapitres précédents pour la mise en conformité des espaces publics en faveur des populations déficientes malgré les dispositifs législatifs établis depuis 1975, un forme de paralysie de l'espace se dessine. En reprenant le schéma classique de développement durable Schéma 7-2] à travers les dimensions économiques, sociales et environnementales aux interfaces desquelles on retrouve les idées de durabilité, vivabilité et viabilité, deux cycles de développement relatifs à la prise en compte territoriale des populations déficientes, sont envisagées : d'une part un cycle de stagnation durable, reprenant les mauvaises pratiques, créant alors un cercle vicieux de développement territoriale, et d'autre part un cycle de développement durable.

SCHEMA 7- 2

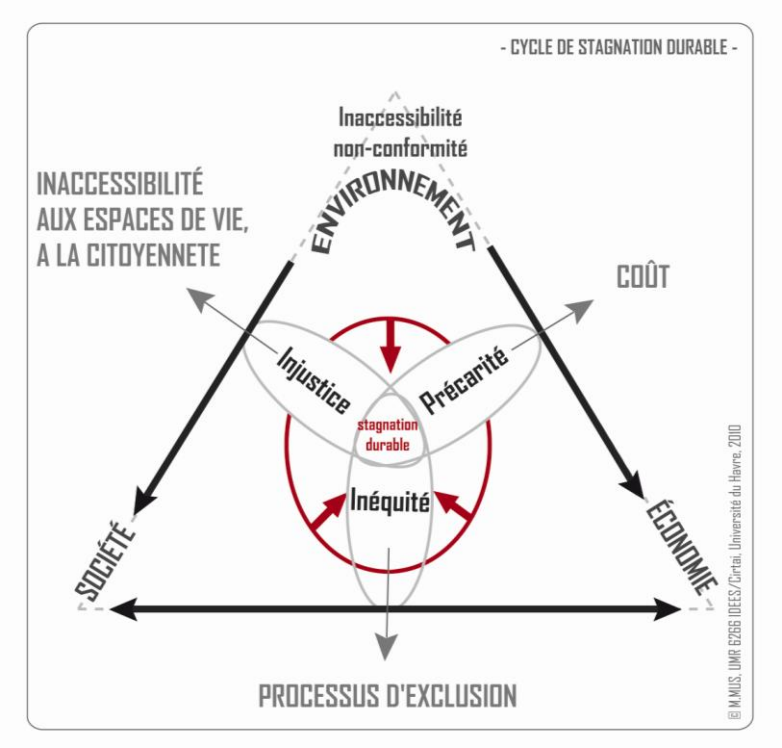


Effectivement, le modèle actuel dessine un cycle de stagnation durable [Schéma 7-3, p381]. La mise en conformité des espaces, notamment public, n'est pas viable d'un point de vue économique si la prise en compte des normes et des besoins des différents types de déficiences ne sont pas prises en compte à la base de la création d'un bâtiment. L'aspect économique sous-entend deux dimensions : le coût et l'accès au monde de l'emploi et de la consommation. L'absence de prise en compte des normes ou leurs

mauvaises applications implique une ré-intervention sur les structures sous-tendant un coup économique important pour la société.

Dans la situation actuelle, l'interaction environnement/économie est insoutenable pour les collectivités territoriales à court terme, et pour la société à moyen et long terme. D'un point de vue social, l'inadaptation des espaces de vie aux populations déficientes dévoile l'impossibilité ou la difficulté d'inscrire leur quotidien dans un usage « normal » des territoires. L'interaction environnement/société consigne les populations déficientes dans un usage conflictuel et invivable des espaces publics, notamment en leur rendant difficile l'accès à la citoyenneté. L'invivabilité et l'insoutenabilité crée entre la société et le domaine économique une situation d'inéquité entre les populations. L'inadaptation de l'environnement rend difficile ou impossible l'accès aux mondes du travail pour certaines populations déficientes et à certains espaces de la consommation, aux des situations d'exclusion ou de mise à l'écart en sont la conséquence. Enfin, l'impossibilité pour une partie de la population d'utiliser dans des conditions normales d'usage un espace qu'il soit public ou privé comporte aussi un coup pour la société, celui de l'exclusion et de la mise à l'écart d'une partie de la population. L'inadéquation entre la société et l'environnement, telle qu'elle se dessine actuellement, créée une forme d'injustice spatiale rendant difficile pour certains individus l'appropriation du territoire et difficile ou impossible pour d'autres.

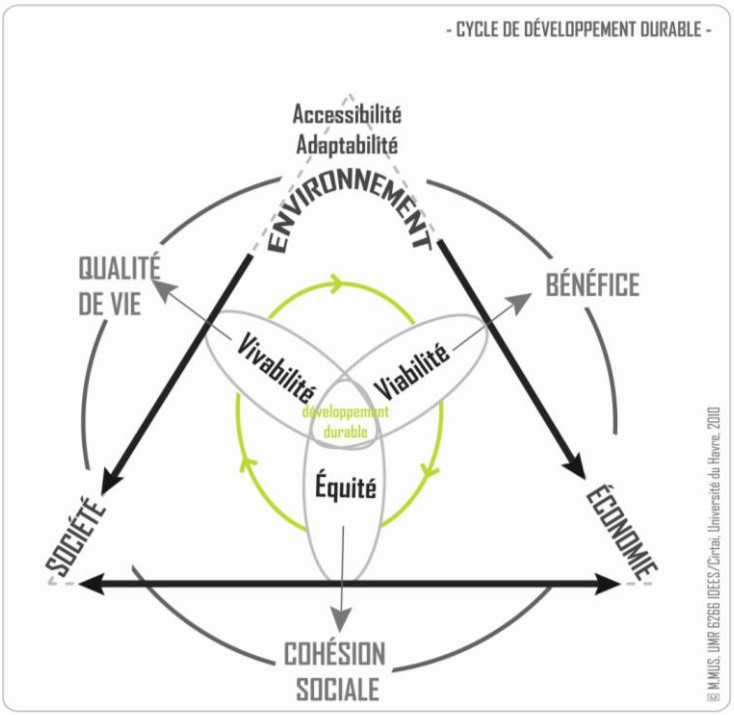
SCHEMA 7- 3



Pourtant, l'adaptation de l'environnement aux usages des populations déficientes se répercute directement sur les deux autres piliers du développement, à savoir l'économie et la société. En mettant à profit les déficiences comme un support de l'aménagement durable des territoires [Schéma 7-4, p382], une réflexion raisonnée sur l'usage de l'espace

et la qualité de vie développe la vivabilité pour les populations déficientes en particulier mais pour l'ensemble de la population en générale. Dans cette perspective, il ne s'agit plus d'appréhender la mise en conformité des bâtiments et le respect des normes d'accessibilité en faveur des populations déficientes comme un coût mais comme un véritable bénéfice. De plus, si les normes d'aménagement d'un espace public, de la voirie, d'un système de transport, sont prises en considération au moment même de la conception d'un bâtiment, il n'y a pas de surcoût particulier. C'est la réadaptation du bâti après sa réalisation qui induit des coûts supplémentaires. En intégrant les principes de l'accessibilité des ERP pour les populations déficientes, l'accès aux espaces publics est alors rendu possible. La possibilité d'accéder et de pénétrer dans un lieu suggère celle de pouvoir faire usage des différents services. Pour les ERP privés, il s'agit d'une nouvelle clientèle pouvant avoir un intérêt économique. Dans la perspective du vieillissement de la population, ces considérations ne sont pas négligeables. Le lien entre l'environnement et l'économie se développe alors sur des bases plus « viables » que dans la situation précédente. Dès lors, aborder la prise en compte de l'accessibilité de l'environnement aux populations déficientes comme un bénéfice et non comme générateur de coût aura un impact direct sur l'équité entre les individus et permettra à tous l'accès à une qualité des espaces de vie déterminante pour la condition urbaine des populations.

SCHEMA 7- 4



CONCLUSION

Quelle échelle territoriale paraît la plus appropriée dans le cadre des politiques locales d'aménagement du territoire ? La France dispose d'un maillage territorial favorisant le développement de politiques publiques locales. Pourtant ce découpage administratif et politique du territoire n'est pas toujours actif. L'importance de la continuité territoriale des aménagements en termes de lieux (ERP, logements, commerces…), de réseaux (voiries, transports), de véhicules (bus public, métro, train, avion….) met en évidence la nécessité d'une approche interterritoriale. Enjeu important pour le développement cohérent de l'accessibilité territoriale en faveur des populations déficientes, la prise en compte interterritoriale de la problématique des populations déficientes n'est pourtant pas acquise dans les pratiques des acteurs. Les échelles d'actions et les compétences territoriales se superposent ou sont incohérentes. Les intercommunalités sont parfois des entités territoriales micro-actives et dotées de peu de moyen pour lesquelles les commissions intercommunales d'accessibilité ne font pas partie des priorités. Ces commissions sont un indicateur pertinent du niveau de mise en place de la loi de 2005 en faveur des populations déficientes. Elles révèlent donc d'une part une partie des dispositions législatives encore peu suivies mais aussi la faible prise en compte des populations déficientes et de leurs besoins territoriaux dans la dimension interterritoriale des politiques locales d'aménagement d'autre part.

Si la gouvernance renvoie aux processus participant à la gestion politique d'une société, l'intergouvernance locale doit établir des liens entre les acteurs locaux pour une gestion politique interterritoriale de sujet de société particulier. Ainsi, certaines problématiques sociales nécessitent des dispositions territoriales locales pour lesquelles une intergouvernance devrait permettre une réflexion indispensable en termes de besoins des populations et d'usage. La prise en compte des besoins des populations déficientes en termes d'accès aux espaces publics, d'accès à des espaces de vie proche de l'entourage familial, d'aides sociales, tout comme les problématiques liées aux vieillissements de la société, sont un défi que les instances collectives locales doivent prendre en main et utiliser comme un support du développement durable des territoires.

PARTIE 3 – CONCLUSION GÉNÉRALE

CONTINUITÉS ET DISCONTINUITÉS EN GÉOGRAPHIE AU PRISME DES POLITIQUES PUBLIQUES A L'ÉGARD DES POPULATIONS DÉFICIENTES

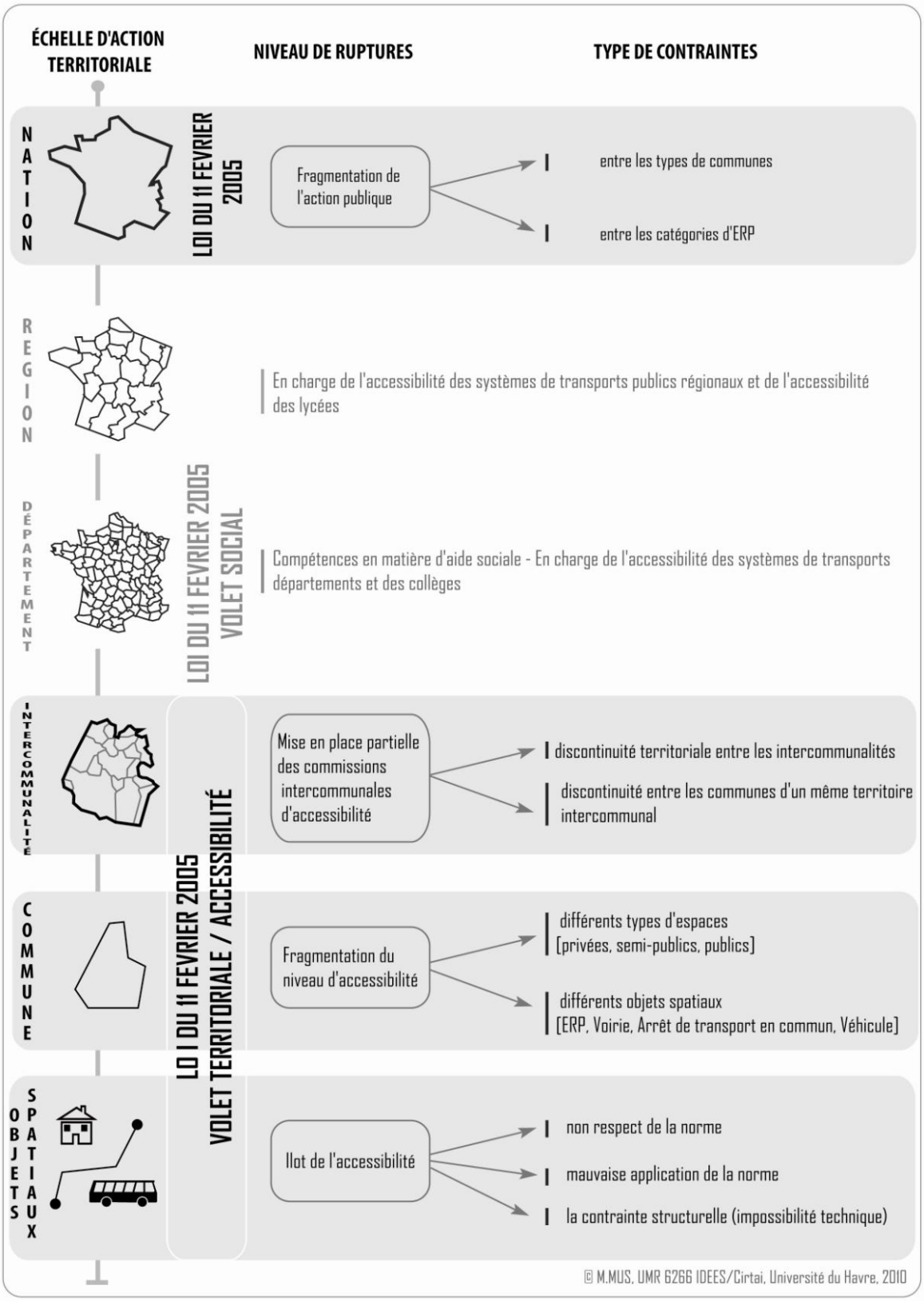
A tous les échelles d'action une fragmentation territoriale de l'action publique en faveur des populations déficientes s'opère [cf. Schéma 7-5, p385]. De l'échelle nationale (émettrice des dispositifs) aux échelles locales (intercommunalités, communes), un morcellement des territoires s'opère face aux dispositifs pourtant chargés de rendre accessible les espaces publics aux populations.

Notions fortes de la science géographique, continuités et discontinuités traduisent aussi une image très symbolique. Effectivement, la continuité évoque l'idée du lien tandis que les discontinuités rappellent plutôt celle de ruptures.
Les premières politiques publiques en faveur des personnes handicapées en France ont favorisé le développement de l'accessibilité des espaces publics -voirie, transport et établissements publics- à travers une démarche de spécialisation de l'espace. Il ressort du discours de René Lenoir[98] à la fin des années 1970 une vision très limitative du développement de l'accessibilité en faveur des personnes. Pour autant, cette démarche bien que discutable était assumée dans le discours politique.

Les résultats du diagnostic mené à Villeneuve-d'Ascq, la difficile mise en place des commissions intercommunales d'accessibilité et la superposition des compétences territoriales génératrice de ruptures territoriales dans le cadre de l'application des dispositifs législatifs, interviennent alors même que la « continuité » est au cœur du principe de « chaîne d'accessibilité » promue par la loi de 2005. L'analyse de ces différents dispositifs et des résultats spatiaux met en évidence un écart entre le territoire théorique, pensé et le territoire réel résultant des pratiques et des constructions des acteurs locaux.

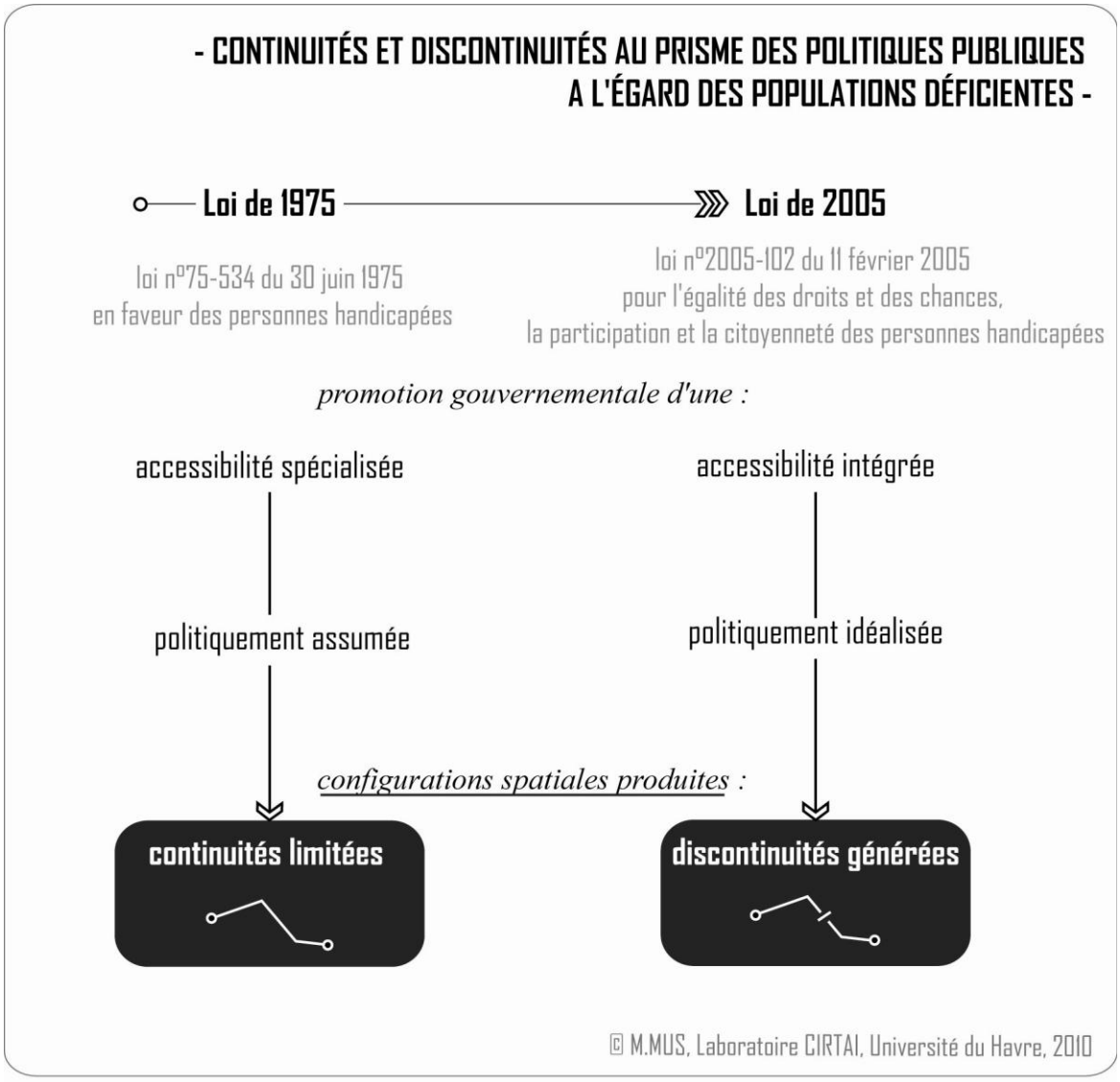
[98] René Lenoir, Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Sécurité Sociale

SCHEMA 7- 5 NIVEAUX DE RUPTURES ET ECHELLES D'ACTION TERRITORIALE



L'analyse présentée [Schéma 7-6] met en évidence une accessibilité intégrée idéalisée, dépourvue des outils nécessaires permettant d'être à la hauteur de l'ambition avouée et pourtant chargé d'activité la solidarité territoriale.

SCHEMA 7- 6



CONCLUSION GÉNÉRALE

« une géographie digne de ce nom ne fait plus l'impasse des représentations sociales qui façonnent le monde et ses acteurs ou agents. Elle intègre dans ses modèles le vécu de l'homme habitant, producteur, consommateur, agent et acteur. Cet ensemble d'exigences s'impose, en particulier, si l'on veut fonder une géographie de l'action, ouverte sur la société et sur les grandes questions sociales qui impliquent l'espace géographique, son appropriation et sa valorisation, son partage, sa privatisation, sa confiscation, etc.»

Guy Di Méo, Pascal Buléon, 2000

Populations déficientes et territoires en mutation…

La déficience occupe maintenant largement la scène publique. En même temps qu'elle met en évidence et qu'elle rend visible une population spécifique sur la scène médiatique, politique, associative et sociale, elle s'inscrit aussi dans un contexte démographique et territorial particulier. Au quotidien une large partie de la population peut être confrontée à une réduction de sa mobilité que ce soit par des incapacités physiques passagères relatives à un accident, une maladie, à la nécessité de porter des objets ou des sacs encombrants, par le besoin de se déplacer avec une poussette, un déambulateur, des béquilles ou enfin simplement dans le cas du vieillissement. De nombreux individus peuvent donc être confrontés à une perte d'efficience de leur mobilité, accentuée par un territoire parfois inadapté aux situations évoquées précédemment. Le vieillissement de la population est un enjeu important auquel les collectivités territoriales auront à faire face. Il soulève des questions fondamentales, sociales

et territoriales en termes de solidarité active envers des populations fragilisées. Ces différentes caractéristiques territoriales et sociales impliquent des réflexions innovantes sur l'aménagement du territoire par les acteurs de la gouvernance. Elles s'inscrivent dans un système territorialisé très hiérarchisé en termes de compétences, de moyens d'actions et actuellement engagés dans une réforme territoriale reformulant les cadres de l'action et les acteurs de l'aménagement des territoires.

…de nouvelles dynamiques spatiales…

Le corps infirme devient objet social et politique et se transforme peu à peu en véritable enjeu d'intérêt public pour les instances gouvernementales internationales et nationales. En s'internationalisant à travers l'ONU et l'OMS, des corps infirmes aux personnes handicapées, les conceptions du « handicap » vont se transformer et évoluer. Les lieux du « handicap » ont évolué pour passer du corps comme lieux de la maladie (le corps comme objet impur), à la société responsable (naissance de l'état providence) pour finalement être actuellement envisagé comme un processus interactif entre un corps déficient et un territoire inadapté.
En France, la loi de 1975 comportant un volet d'actions relatives à l'accessibilité du territoire puis celle de 2005, mettent en évidence le développement de nouvelles dynamiques spatiales impliquant une réflexion et des actions en faveur de l'accessibilité des populations déficientes aux espaces publics. Consciente de l'importance de l'intégration des populations déficientes, de la nécessité de leur permettre l'accès aux espaces et aux services publics en tant que citoyen, l'accessibilité des espaces, moyens et réseaux de transport pour les populations déficientes est intégré législativement comme une démarche politique. Pour autant, cette démarche développée fait-elle appel à des dynamiques spatiales actives et efficientes ?

…actives et efficientes ?

D'un point de vue scalaire, le traitement politique de la situation des populations déficientes renvoie à une dimension pyramidale des pouvoirs exercés sur le territoire, des instances gouvernantes au sommet élaborant les décisions à la mise en pratique sur le terrain par les acteurs locaux. Les démarches engagées par les instances internationales permettent une prise de conscience et donnent peu à peu une impulsion et une dynamique aux États-Nations. Les territoires locaux en France souffrent d'un manque d'outil précis permettant de répondre aux dispositions législatives engagées. Le manque de dialogue entre différents échelons territoriaux et la superposition des compétences mettent à mal les principes pourtant essentiels de continuité territoriale des aménagements.

D'un point de vue socio-spatial, les incohérences territoriales, la spécialisation des aménagements, la mise à l'écart de certaines structures d'accueil révèle l'ambigüité régnant entre l'idéal d'intégration évoqué par les acteurs politiques et la situation réelle des populations atteintes de déficiences.

L'action publique dans l'espace public : le traitement de la différence par la norme

Les actions publiques chargées de développer la présence et de permettre aux populations déficientes de prendre place sur la scène publique s'élaborent dans un traitement normatif des actions, elles-mêmes élaborées dans un cadre bâti normé et validocentré. La norme établit des règles, des codes, des comportements régissant la coprésence des individus sur la scène urbaine notamment, mais plus largement au cœur de l'espace de vie en communauté. La norme régule l'ordre social. Dans cette optique, elle transmet un système de valeurs. Par conséquent, la norme définit. Elle attribut une place et un statut à des populations spécifiques. La norme incarne donc une forme de pouvoir. Dans cette perspective, il est important de mettre en évidence le système dichotomique dans lequel le concept de norme se situe. En définissant la « normalité », elle induit un système de valeur mettant en évidence les processus, comportements, règles, renvoyant à un cadre normatif construit. Par conséquent tout ce qui ne rentre pas dans la norme se situe dans le champ de l'anormalité hors des cadres quelques soient les domaines concernés. La norme s'inscrit donc inévitablement dans un système d'interrelation binaire : la norme et l'anormal, la règle et l'exception…Si la norme induit un processus coercitif, bien souvent elle mène à un système répressif ou punitif en cas de non respect. La production des normes joue donc un rôle politique et social chargé de réguler et de maintenir les valeurs d'une société. Le décor urbain, milieu de vie, espace pratiqué, parcouru par des individualités variées, où les différences s'entrechoquent, s'entrecroisent, se mêlent sans pour autant se mélanger est lui même la cible de nombreux cadres normatifs. Les lois et les principes d'urbanisme construisent la scène urbaine autour de principes : l'hygiénisme, le fonctionnalisme, la mixité sociale, les besoins de mobilité. La vie quotidienne, les pratiques spatiales sont mises en scène par un ensemble de comportements répondant à des règles de partage de l'espace public garant d'un ordre social établi par les valeurs de la société dans laquelle la scène se joue. Concernant les normes d'aménagement en faveur des populations déficientes, il y a une distance entre la volonté gouvernementale précisé dans la loi et leur mise en pratique concrète sur le territoire. Cette distance intervient dans un contexte territorial spécifique où l'action publique apparaît comme producteur des normes sans élaborer les outils nécessaires, sans proposer de suivi ni de contrôle des actions

pourtant contraignantes et dans un contexte économique et financier restrictif pour les collectivités territoriales.

Paradoxes normatifs

Issus des notions de « place » et « d'accès », les liens entre le territoire et les populations déficientes se créent à travers deux angles différents. Du point de vue d'une géographie sociale, il est possible de mettre en évidence les différents modes d'inscription territoriale des populations déficientes dans les espaces publics. Quelles pratiques spatiales dessinent-elles ? Quelle place peuvent-elles prendre ? Quelles places leur sont attribuées ? Cet angle d'approche ne peut se départir de l'analyse des politiques publiques et de l'aménagement du territoire envers ces populations. Il s'agit alors de mettre en évidence l'écart entre le territoire théorique produit par les politiques publiques définies par les instances gouvernantes et le territoire réellement adapté aux besoins et aux usages des populations déficientes.

De cet écart naît l'intérêt de l'analyse géographique afin de mettre en évidence et d'identifier précisément les espaces marginalisant, les lieux de rupture, les incohérences territoriales sur lesquelles, il sera alors possible d'agir.

Dans cette analyse les « normes » jouent un rôle prépondérant. Elles se trouvent à l'articulation entre les décisions du pouvoir (l'état produit les normes), les réalisations effectives par les collectivités territoriales (application des lois par les acteurs territoriaux) et l'appropriation de l'espace (adapté ou non) par les populations déficientes.

Elaboration des cadres normatifs et action du pouvoir sont intrinsèquement liés. L'analyse de l'écart entre la production d'un territoire théorique de l'accessibilité en faveur des populations déficientes et la composition du territoire réel laisse apparaître des paradoxes. Les dispositions législatives impliquent la réalisation de normes d'aménagement d'un espace public par exemple, nécessitant une démarche rigoureuse et précise pour les mettre en œuvre. L'État développe des dispositifs normatifs en terme d'aménagement des territoires sans pour autant normer et normaliser les actions à mettre en place. La réalisation des « diagnostics accessibilité » en est l'exemple le plus significatif. Ils impliquent de mettre au jour précisément les éléments d'un Etablissement Recevant du Public non conformes aux prérogatives législatives. Pourtant, l'analyse a montré que l'absence de méthodes communes à l'ensemble des collectivités territoriales rend inefficace le principe de continuité territoriale pourtant promu par la législation et enjeu majeur pour les pratiques spatiales des populations visées.

La fragmentation des territoires : le risque majeur de l'accessibilité

Aux différentes échelles d'action spatiale des ruptures territoriales sont créées dans l'application des dispositifs législatifs. A l'échelle nationale, l'application de la loi s'opère selon une différenciation des types de communes devant appliquer les dispositions et les types d'établissements recevant du public concernés. Ces différenciations créent des ruptures et des contraintes spatiales dans l'adaptation des territoires aux besoins des populations déficientes en termes d'aménagement. Les acteurs régionaux et départementaux sont principalement chargés de mettre en place un ensemble de dispositifs relatifs à l'aide sociale en faveur des populations déficientes. En termes d'aménagements du territoire, ils interviennent sur la mise en accessibilité des collèges (compétence départementale), des lycées (compétence régionale) et des systèmes de transports régionaux (réseau TER/SNCF par exemple). L'échelle intercommunale est intégrée et affichée dans la loi. Cependant, la mise en place des dispositifs législatifs à l'échelle intercommunale n'est pas aisée et encore peu développée. Les ruptures territoriales se créent d'une part au sein des communes appartenant à un même groupement intercommunal et d'autre part entre les intercommunalités elles-mêmes. Pourtant, à cette échelle d'action les enjeux sont importants. Les pratiques spatiales s'interterritorialisent de plus en plus. Ce niveau territorial d'action garantit une continuité de la chaîne d'accessibilité plus large que dans le cadre d'une commune. Au fur et à mesure que l'angle de vue envisagé pose le regard à une échelle de plus en plus grande, la différenciation spatiale est forte au cœur des territoires. Au sein d'une commune le niveau d'accessibilité est différent, d'une part entre les types d'espace (publics, semi-publics et privés) et d'autre part selon les objets spatiaux considérés (Erp, voirie, transports en communs…). Enfin, en analysant indépendamment les objets spatiaux, l'application des normes d'aménagement du territoire en faveur des populations déficientes s'articule autour de deux niveaux d'action différents : le non respect de la norme d'aménagement créant un espace inadapté aux populations déficientes ; la mauvaise application de la norme sur le territoire. L'aménagement peut être prévu mais mal mis en place sur le terrain ; enfin, la norme à mettre en place peut se trouver difficile ou impossible à produire selon la structure spécifique du bâtiment à adapté ou du terrain. Ce niveau de contraintes apparaît uniquement dans le cas de bâtiments ou d'espaces à rénover. La contrainte structurelle n'intervient pas dans le cadre de la création d'un aménagement puisque les dispositifs normatifs doivent être pris en charge en amont de la réalisation et sont donc intégrés à la conception d'un bâtiment ou d'un espace.

Une intergouvernance pour repousser les frontières de l'inaccessibilité

La volonté affichée d'intégrer les populations déficientes par l'ouverture des territoires en développant l'adaptation et l'accessibilité des espaces publics traduit un processus positif envers des populations marginalisées jusque là et n'ayant pas ou peu de possibilité d'accéder à des services ou des espaces pourtant publics. Les réalisations des acteurs territoriaux autant que l'élaboration des dispositifs législatifs par les instances gouvernantes (les mêmes promouvant l'intégration) posent pourtant des difficultés et soulignent une ouverture partielle des territoires. La réalisation des dispositifs législatifs sur le territoire s'inscrit dans un cadre complexe entre représentations sociales, culturelles, contraintes économiques, paradoxes politiques, insuffisance des dispositifs. De nombreux fragments du territoire restent alors encore inaccessibles et effectivement fermés. L'espace des possibles pour les populations atteintes de déficiences est fait de limites créées par l'inadaptation d'un simple trottoir ou l'impossibilité de franchir une porte. L'ouverture des territoires aux populations déficientes se heurte à des frontières générées par les acteurs territoriaux et ceux à toutes les échelles d'action. Il est nécessaire d'intervenir à trois niveaux : au niveau de l'impact territorial des principes législatifs, des outils de diagnostics et de l'interterritorialité. Tous les individus pouvant être concernés par une situation de handicap, les dispositifs mis en place doivent être réalisés dans tous les territoires sans distinctions de commune selon la population comme c'est le cas actuellement.

La conception des états des lieux doit être mieux encadrée d'une part et outillée d'autre part. Il apparait effectivement nécessaire de contrôler les organismes les réalisant en amont de la réalisation (un niveau de compétences réel en matière d'accessibilité est nécessaire) et en aval afin de vérifier la conformité du contrôle établit par l'organisme et les réalisations concrètes sur le cadre bâti. De plus, l'ensemble des quatre types de déficience doit être pris en compte dans l'état des lieux et le diagnostic. Le manque d'outils concrets pour encadrer les diagnostics peut être pallié par l'élaboration commune de grilles de diagnostics. L'enjeu d'une réalisation précise et sérieuse des diagnostics est déterminant. Ce sont sur ces diagnostics, lancés par la loi de 2005, que reposent les principes d'un aménagement durable des territoires en faveur des populations déficientes. Une faille dans les diagnostics créera sur le terrain de l'accessibilité des limites, des obstacles et par là même des frontières. Enfin, la mise en évidence des ruptures et des discontinuités, créées d'une part par les limites spatiales utilisées pour la réalisation des diagnostics et d'autre part par la multiplicité des « objets spatiaux » et des acteurs compétents associés, rend nécessaire une réflexion à deux niveaux. La réalisation des diagnostics des Etablissements Recevant du Public doit être envisagée dans le cadre d'un

« espace d'usage » des bâtiments prenant au moins en compte la voirie proche, même si celle-ci est intégrée aux compétences intercommunales, et les transports en commun le desservant. Pour cela, les compétences de l'intercommunalité en termes de mise en accessibilité territoriale ne doivent pas entièrement se substituer aux compétences communales : les communes et les intercommunalités doivent travailler ensemble de manière concertée. L'intergouvernance des politiques publiques en faveur des populations déficientes doit permettre de pallier cette lacune.

Des populations déficientes ou un territoire handicapé ?

L'analyse de l'écart entre l'idéalité des dispositifs territoriaux, engendrés par les politiques publiques et l'état des lieux du niveau d'accessibilité des espaces publics, révèle des lacunes territoriales importantes en matière de prise en compte des populations déficientes. Cet écart se traduit pour les populations déficientes par une limitation de « l'accès à » et un usage réduit des espaces publics. Aujourd'hui, plus que les individus, ce sont les territoires qui apparaissent handicapés. Ils ne correspondent pas réellement aux usages et aux besoins d'une partie de la population. Cela ne concerne pas uniquement les populations déficientes mais l'ensemble des populations à mobilité réduite susceptible de se trouver en situation de handicap. Dans cette perspective, il faut le replacer comme un analyseur des conditions d'existence des populations différenciées sur la scène publique urbaine, indicateur des besoins et des usages des populations d'un point de vue général et plus précisément des jeunes, des populations vieillissantes, des populations étrangères, des personnes à mobilité réduite.

Eloigné d'une réflexion concrète sur les usages, les besoins des populations et la qualité de l'espace public, le territoire tel qu'il s'offre actuellement aux publics ne répond pas aux attentes en termes d'usage de l'espace et de besoins. Activée et intégrée à l'élaboration des territoires, l'accessibilité est pourtant vecteur d'une multiplication des pratiques spatiales générant du lien social et par là même support de l'activité économique.

Territoires déficients ou volonté de contrôle de l'exposition de la différence sur la scène urbaine ?

L'inadéquation entre les besoins spatiaux de certaines populations, l'efficience des politiques publiques et la réalisation concrète des dispositifs législatifs sur le terrain par les collectivités territoriales amènent un questionnement plus général sur l'accès et l'ouverture des espaces urbains notamment, face aux défis du siècle à venir.

La vie en collectivité suppose la coexistence de réalités sociales différentes dans des espaces communs. Le partage des espaces de vie s'articule autour de la production de différentes formes spatiales de coexistence (villes, villages, hameaux…) et diverses formes de gouvernance des territoires (société étatique, société archaïque, royauté…). Historiquement, architecturalement, médicalement, socialement, l'existence et la coprésence des individus est portée par de nombreux systèmes normatifs et normalisés : la déclaration des droits de l'homme, la constitution d'un État, les lois, tous les éléments d'un système juridique sont des règles instituant une idéologie politique et sociale administrant (selon l'État les produisant) la vie collective des sociétés humaines ; la production architecturale et urbanistique autour d'un corps normé et idéal repose sur une vision établissant la réalité et les besoins humains autour de fonctions et des capacités établies ; l'importance de la réadaptation médicale trouve ses fondements dans l'accès à un corps de nouveau « capable » de marcher par exemple ; les coutumes, les traditions présentes dans toutes les cultures, établissent des comportements, des rites de passages, des codes de conduites précis, pour « être » et accéder à certains statuts ; l'usage de certains lieux fait appel à un ensemble de capacités nécessitant d'avoir intégré un ensemble de connaissances, permettant d'avoir accès de manière optimal au service rendu ; de même, la fréquentation de certains lieux, restaurant ou théâtre par exemple, sous-entend la maîtrise de certains codes sociaux pour ne pas troubler l'ordre social régnant, la pratique excluante des arrêtés anti-mendicités dans quelques villes françaises n'est pas éloignée du modèle de la lèpre où les impurs ne pouvaient exister qu'hors des murs de la cité.

La visibilité des corps, leur exposition apparaît donc au cœur de nombreux mécanismes normatifs, institutionnels ou non. Les dispositifs contre la présence de la mendicité ou de certains jeunes dans les centres urbains lors de la période estivale, le débat actuel sur le port de la burqa expriment une volonté de rendre invisible certaines populations. L'ambigüité entre l'idéal politique, affiché et promu, d'intégration des populations déficientes et la réalité insulaire de leur intégration sur le territoire ne traduit-elle pas cette difficile acceptation de la différence sur la scène urbaine ?

La norme sociale prédominante est celle d'un corps idéalisé et normé. La beauté, la minceur, la forme, la bonne santé occupent avec force la scène médiatique contemporaine. En rappelant la fragilité de l'être humain, les personnes atteintes de déficiences rendent visible un certain nombre de peurs individuelles. D'un point de vue historique, elles réactivent de nombreux processus d'exclusion, de mise à l'écart, de rejet, de marginalisation, certes inscrit dans l'histoire, mais toujours bien présents de diverses manières. En remettant au jour cette

vision historique de certaines populations, des mécanismes sociaux mais aussi et surtout spatiaux ont orienté notre réflexion sur la place des populations spécifiques dans les cités d'hier et les espaces urbains d'aujourd'hui. L'accès à la cité a fait l'objet depuis l'Antiquité de pratique de sélection de la population. Des mécanismes de pouvoir chargés de « purifier » la ville ou de la discipliner en assignant une place limitent ou réglementent l'accès à la ville. L'élaboration de la visibilité ou la volonté délibérée d'invisibilité de certaines populations renvoie, encore aujourd'hui, à un processus de contrôle et de limitation de l'accès aux espaces publics ou d'intégration volontairement annoncée par des politiques publiques spécifiques.

Épilogue heureux, idéal ou utopique ?

S'il apparaît difficile de garantir à toutes les populations atteintes de déficiences les possibilités d'accès en raison parfois d'une autonomie insuffisante ne pouvant être palliée par l'adaptation de l'environnement, les besoins et les usages spatiaux de ces populations doivent être envisagés comme vecteurs de la qualité d'usage des espaces publics et d'un développement territorial durable. L'objectif est de générer de moins en moins de situations de handicap rendant alors normale la présence de populations déficientes sur la scène urbaine tout en proposant à tous des territoires de qualité et accessibles.

« *L'utopie ne signifie pas l'irréalisable mais l'irréalisé. L'utopie d'hier peut devenir la réalité, la pratique de demain* ».
[Théodore Monod, *Le chercheur d'absolu*, 1997]

La figure de la continuité promue par le principe de chaîne d'accessibilité tisse le lien chargé d'activer la solidarité territoriale, clé d'un développement intégré de l'accessibilité des territoires aux populations déficientes, pour que l'expédition trop souvent quotidienne d'individus confrontés sans cesse à la fragilité et l'incertitude de leur condition humaine puisse se transformer en simple promenade…

ANNEXES

Annexe 1 La journaliste au patalon-Libération, le 7 septembre 2009

Annexe 2 Organigramme de la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

Annexe 3 Organigramme de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Annexe 4 Les Etablissements Recevant du Public : définitions législatives

Annexe 5 Documentations juridiques

→ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées :

- Titre 1 Dispositions générales
- Titre 4, Chapitre 3 : Titre 1Cadre bâti, transports et nouvelles technologies

→ Arrêtés du 1er août fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19 à R. 111-19-3 et R. 111-19-6 du code de la construction et de l'habitation relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public lors de leur construction ou de leur création

Annexe 6 Exemples de fiche critique de diagnostic accessibilité

Annexe 7 Exemple de fiche de synthèse évaluant le niveau d'accessibilité en %

Annexes Cartographiques :

→ Carte 3-1 Convention relative aux droits des personnes handicapées- par État, en 2009

→ Carte 3-4 Évolutions législatives en faveur des populations déficientes dans le monde

→ Carte 3-5 Existence de loi générale en faveur des populations déficientes- par État, en 2009

Annexe 1
Libération, le 7 septembre 2009
LA «JOURNALISTE AU PANTALON» EN PRISON

La soudanaise Loubna Ahmed al-Hussein, qui risquait 40 coups de fouet, a finalement écopé d'une amende. Mais elle a refusé de payer, et s'est retrouvée en prison.

Plus d'une centaine de personnes se sont rassemblées lundi devant le tribunal à Khartoum pour soutenir Loubna Ahmed al-Hussein, ici lors de son dernier rendez-vous avec la justice soudanaise, le 4 août. (AFP Ashraf Shazly)

Le procès de la journaliste soudanaise Loubna Ahmed al-Hussein, passible de 40 coups de fouet pour avoir porté un pantalon jugé «*indécent*», s'est conclu lundi à Khartoum par une condamnation à 500 livres soudanaises (140 euros) d'amende.

En dépit des conseils de ses proches, la jeune femme a refusé de s'acquitter de la somme, confiant à l'AFP «*préférer aller en prison*». Selon l'un de ses avocats, elle aurait été conduite au centre pénitentiaire pour femmes d'Omdurman.

Mme Hussein avait été arrêtée début juillet par des policiers dans un restaurant de Khartoum en même temps que 12 autres femmes pour «*tenue indécente*», alors qu'elle portait un pantalon large et une longue blouse. Dix des femmes arrêtées en même temps qu'elle avaient été convoquées ensuite par la police et fouettées dix fois chacune. Loubna Ahmed al-Hussein aurait pu subir un sort similaire, mais elle a contesté les charges et entamé une campagne publique pour abolir une loi controversée.

Article contraire à la charia

L'article 152 du code pénal soudanais de 1991, entré en vigueur deux ans après le coup d'Etat de l'actuel président Omar el-Béchir, prévoit une peine maximale de 40 coups de fouet pour quiconque «*commet un acte indécent, un acte qui viole la moralité publique ou porte des vêtements indécents*». Cet article viole pourtant la Constitution soudanaise et l'esprit de la loi islamique (charia) en vigueur dans le Nord du Soudan, majoritairement musulman.

Son procès avait été ajourné le 4 août et devait reprendre ce lundi dans un tribunal de la capitale soudanaise où des supporters de la jeune femme étaient présents. ©*Si certains se réclament de la charia pour flageller les femmes en raison de ce qu'elles portent, qu'ils me montrent les sourates du Coran ou les hadith (paroles du prophète Mahomet, ndlr) qui le stipulent. Je ne les ai pas trouvés*», disait-elle récemment à l'AFP. La trentenaire, qui porte la «tarha», ce foulard traditionnel soudanais recouvrant la tête et les épaules, travaillait à la mission des Nations unies au Soudan (Unmis) lorsqu'elle a été arrêtée. Elle a affirmé depuis qu'elle avait quitté cet emploi qui aurait pu lui conférer une immunité diplomatique.

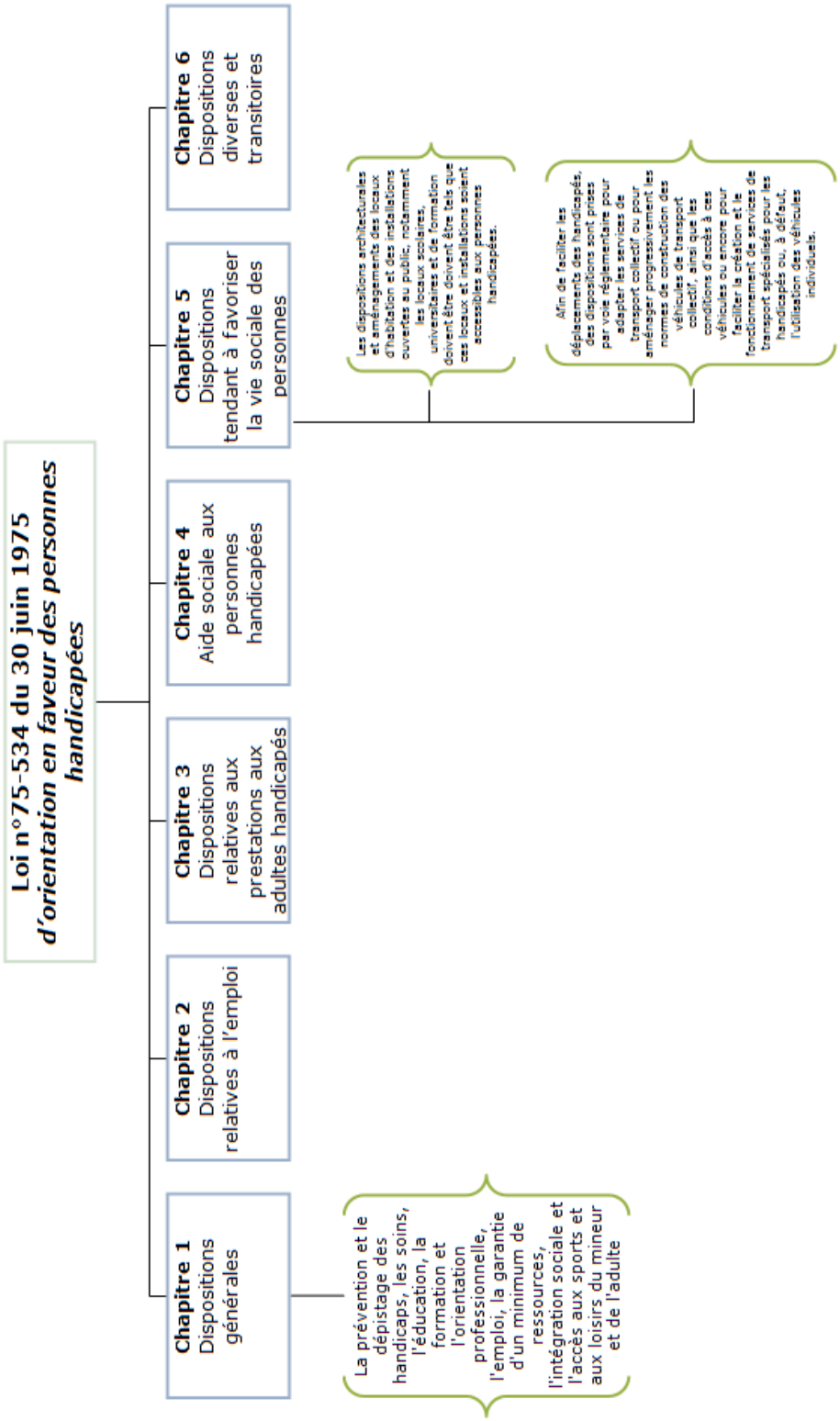
Le procès de la «journaliste au pantalon» était au coeur des discussions dans les familles à Khartoum et a semblé embarrasser le gouvernement par son retentissement international. Le président français Nicolas Sarkozy, dont le pays entretient des relations pour le moins tendues avec Khartoum, avait dit vouloir aider la jeune femme dans son combat et plaidé en faveur d'un arrêt des procédures contre elle.

Loi «discriminatoire»

L'organisation de défense des droits de l'Homme Amnesty International a de son côté exhorté les autorités soudanaises à abroger la loi et à retirer les accusations. «*La manière dont cette loi a été utilisée contre les femmes est inacceptable et la sentence prévue -jusqu'à 40 coups de fouet- est répugnante*», a déclaré vendredi l'organisation dans un communiqué. «*Cette loi est rédigée de telle sorte qu'il est impossible de savoir ce qui est décent ou indécent*», ce qui laisse place à l'arbitraire des policiers, ajoute l'organisation qui juge également cette loi «*discriminatoire*».

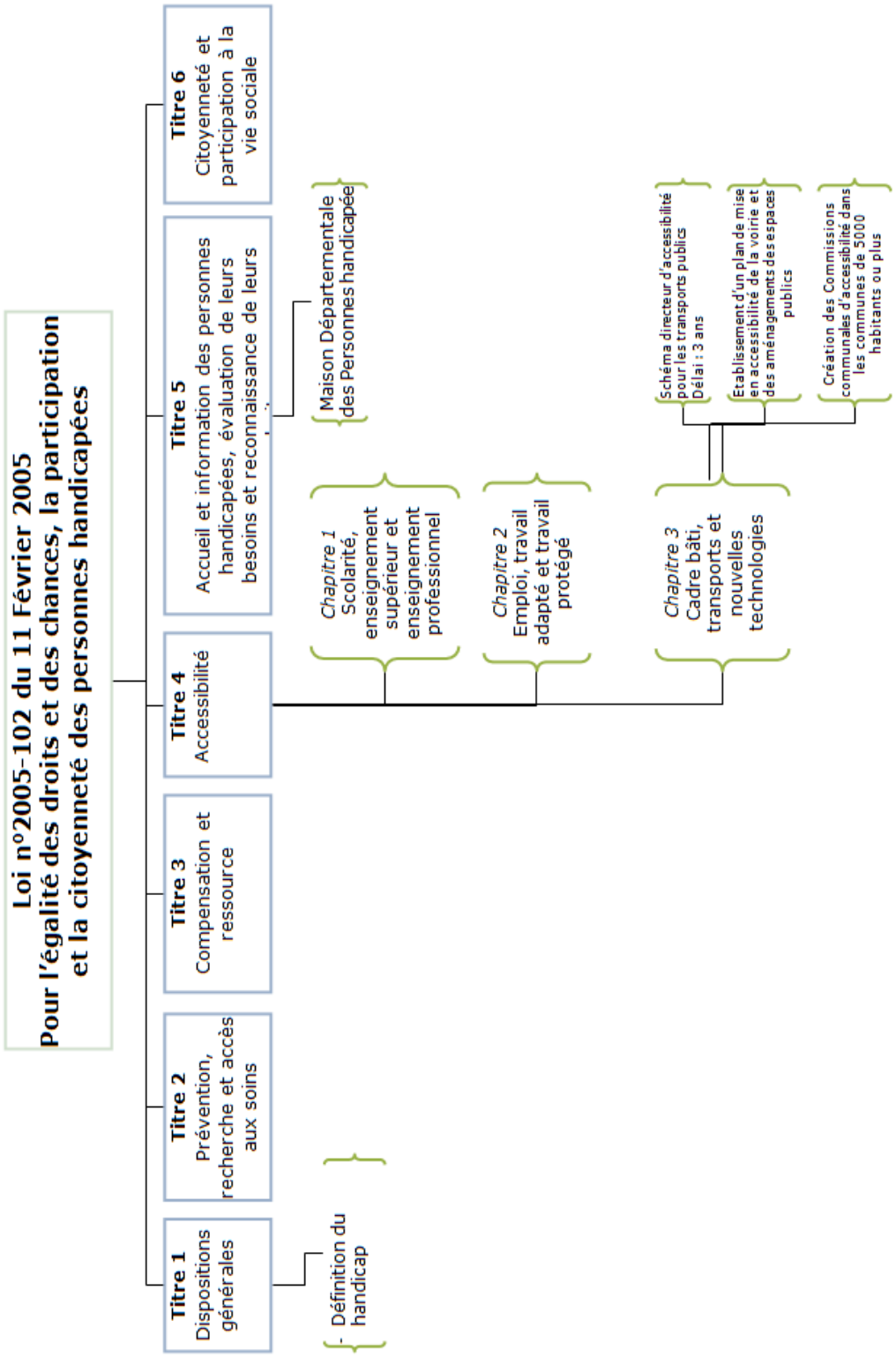
Loubna Hussein a ouvert un site internet bilingue anglais/arabe -"iamlubna.com"- pour faire connaître son combat et multiplier les signatures sur sa pétition invitant le gouvernement soudanais à abolir une loi controversée qui ne défrayait pas la chronique jusqu'à récemment. (Source AFP)

Annexe 2
Organigramme de la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées



© M.MUS, UMR 6266 IDEES/CIRTAI, Université du Havre, 2010

Annexe 3
Organigramme de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées



© M.MUS, UMR 6266 IDEES/CIRTAI, Université du Havre, 2010

Annexe 4
Les Etablissements Recevant du Public : définitions législatives

"...constituent des établissements recevant du public tous bâtiments, locaux et enceintes dans lesquels des personnes sont admises, soit librement, soit moyennant une rétribution ou une participation quelconque, ou dans lesquels sont tenues des réunions ouvertes à tout venant ou sur invitation, payantes ou non. Sont considérées comme faisant partie du public toutes les personnes admises dans l'établissement à quelque titre que ce soit en plus du personnel"

Faisant partie intégrante de l'espace public citoyen, les ERP sont soumis à un certain nombre de règles d'exploitation en matière d'aménagement, de sécurité et d'accessibilité.
Ces différents dispositifs réglementaires sont fixés par le Code de la Construction et de l'Habitation.

Les E.R.P sont répartis de deux manières différentes:

par type
- selon la nature de leur exploitation -

par catégorie
- selon l'effectif du public et du personnel - susceptible d'être admis simultanément

Selon leur **TYPE** ou leur **CATEGORIE**,
les ERP ne sont pas soumis aux mêmes règles.

TYPE

Les catégories sont déterminées selon la **capacité d'accueil** théorique de l'établissement.
On distingue cinq catégories en deux groupes.

Groupe 1
Catégorie 1 : capacité supérieure à 1 500 personnes
Catégorie 2 : capacité comprise entre 701 à 1 500 personnes
Catégorie 3 : capacité comprise entre 301 à 700 personnes
Catégorie 4 : capacité inférieure à 300 personnes

Groupe 2
Catégorie 5 : l'effectif du public est inférieur au minimum fixé par le règlement de sécurité pour chaque type d'exploitation

Pour les établissements appartenant au groupe 1, le personnel de l'établissement est inclus à la capacité d'accueil théorique.
Ça n'est pas le cas pour les établissements appartenant au deuxième groupe.

CATÉGORIE

Il existe deux grands types d'établissement, chacun est représenté par une lettre

LES ÉTABLISSEMENTS INSTALLÉS DANS UN BÂTIMENT

J - Structures d'accueil pour personnes âgées et personnes handicapées
L - Salles d'auditions, de conférences, de réunions, de spectacles ou à usage multiple
M - Magasins de vente, centres commerciaux
N - Restaurants et débits de boissons
O - Hôtels et pensions de famille
P - Salles de danse et salles de jeux
R - Établissements d'enseignement, colonies de vacances
S - Bibliothèques, centres de documentation
T - Salles d'expositions
U - Établissements sanitaires
W - Établissements de culte
X - Établissements sportifs couverts
Y - Musées

LES ÉTABLISSEMENTS SPÉCIAUX

PA - Établissements de plein air
CTS - Chapiteaux, tentes et structures
SG - Structures gonflables
PS - Parcs de stationnement couverts
GA - Gares
OA - Hôtels, restaurants d'altitude

© M.MUS, UMR 6266 IDEES/CIRTAI, Université du Havre, 2010

Documentations juridiques

→ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées :

- Titre 1 Dispositions générales
- Titre 4, Chapitre 3 : Titre 1Cadre bâti, transports et nouvelles technologies

→ Arrêtés du 1er août fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19 à R. 111-19-3 et R. 111-19-6 du code de la construction et de l'habitation relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public lors de leur construction ou de leur création

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE Ier : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1

Avant l'article L. 146-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 146-1 A ainsi rédigé :

« Art. L. 146-1 A. - Dans toutes les instances nationales ou territoriales qui émettent un avis ou adoptent des décisions concernant la politique en faveur des personnes handicapées, les représentants des personnes handicapées sont nommés sur proposition de leurs associations représentatives en veillant à la présence simultanée d'associations participant à la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés aux 2°, 3°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 et d'associations n'y participant pas. »

ARTICLE 2

I. - Le chapitre IV du titre Ier du livre Ier du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Avant l'article L. 114-1, il est inséré un article L. 114 ainsi rédigé :

« Art. L. 114. - 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. » ;

2° L'article L. 114-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté.

« L'Etat est garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire et définit des objectifs pluriannuels d'actions. » ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

3° Le second alinéa de l'article L. 114-2 est ainsi rédigé :

« A cette fin, l'action poursuivie vise à assurer l'accès de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et son maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie. Elle garantit l'accompagnement et le soutien des familles et des proches des personnes handicapées. »

II. - 1. Les trois premiers alinéas du I de l'article 1er de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé deviennent l'article L. 114-5 du code de l'action sociale et des familles.

2. Les dispositions de l'article L. 114-5 du code de l'action sociale et des familles tel qu'il résulte du 1 du présent II sont applicables aux instances en cours à la date d'entrée en vigueur de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 précitée, à l'exception de celles où il a été irrévocablement statué sur le principe de l'indemnisation.

III. - Les dispositions du a du 2° du I et du II du présent article sont applicables à Mayotte et dans les Terres australes et antarctiques françaises.

IV. - Le livre V du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Avant le chapitre Ier du titre IV, il est inséré un chapitre préliminaire ainsi rédigé :

« Chapitre préliminaire

« Principes généraux

« Art. L. 540-1. - Le premier alinéa de l'article L. 114-1, l'article L. 114-5 et le quatrième alinéa de l'article L. 146-1 sont applicables à Mayotte. » ;

2° Il est complété par un titre VIII ainsi rédigé :

« TITRE VIII : TERRES AUSTRALES ET ANTARCTIQUES FRANÇAISES

« Chapitre unique

« Principes généraux

« Art. L. 581-1. - Le premier alinéa de l'article L. 114-1, l'article L. 114-5 et le quatrième alinéa de l'article L. 146-1 sont applicables dans les Terres australes et antarctiques françaises. »

ARTICLE 3

Après l'article L. 114-2 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 114-2-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 114-2-1. - Le Gouvernement organise tous les trois ans, à compter du 1er janvier 2006,

une conférence nationale du handicap à laquelle il convie notamment les associations représentatives des personnes handicapées, les représentants des organismes gestionnaires des établissements ou services sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes handicapées, les représentants des départements et des organismes de sécurité sociale, les organisations syndicales et patronales représentatives et les organismes qualifiés, afin de débattre des orientations et des moyens de la politique concernant les personnes handicapées.

« A l'issue des travaux de la conférence nationale du handicap, le Gouvernement dépose sur le bureau des assemblées parlementaires, après avoir recueilli l'avis du Conseil national consultatif des personnes handicapées, un rapport sur la mise en oeuvre de la politique nationale en faveur des personnes handicapées, portant notamment sur les actions de prévention des déficiences, de mise en accessibilité, d'insertion, de maintien et de promotion dans l'emploi, sur le respect du principe de non-discrimination et sur l'évolution de leurs conditions de vie. Ce rapport peut donner lieu à un débat à l'Assemblée nationale et au Sénat. »

TITRE IV : ACCESSIBILITÉ

Chapitre III : Cadre bâti, transports et nouvelles technologies

ARTICLE 41

I. - L'article L. 111-7 du code de la construction et de l'habitation est remplacé par cinq articles L. 111-7 à L. 111-7-4 ainsi rédigés :

« Art. L. 111-7. - Les dispositions architecturales, les aménagements et équipements intérieurs et extérieurs des locaux d'habitation, qu'ils soient la propriété de personnes privées ou publiques, des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des lieux de travail doivent être tels que ces locaux et installations soient accessibles à tous, et notamment aux personnes handicapées, quel que soit le type de handicap, notamment physique, sensoriel, cognitif, mental ou psychique, dans les cas et selon les conditions déterminés aux articles L. 111-7-1 à L. 111-7-3. Ces dispositions ne sont pas obligatoires pour les propriétaires construisant ou améliorant un logement pour leur propre usage.

« Art. L. 111-7-1. - Des décrets en Conseil d'Etat fixent les modalités relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées prévue à l'article L. 111-7 que doivent respecter les bâtiments ou parties de bâtiments nouveaux. Ils précisent les modalités particulières applicables à la construction de maisons individuelles.

« Les mesures de mise en accessibilité des logements sont évaluées dans un délai de trois ans à compter de la publication 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 et une estimation de leur impact financier sur le montant des loyers est réalisée afin d'envisager, si nécessaire, les réponses à apporter à ce phénomène.

« Art. L. 111-7-2. - Des décrets en Conseil d'Etat fixent les modalités relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées prévue à l'article L. 111-7 que doivent respecter les bâtiments ou parties de bâtiments d'habitation existants lorsqu'ils font l'objet de travaux, notamment en fonction de la nature des bâtiments et parties de bâtiments concernés, du type de travaux entrepris ainsi que du rapport entre le coût de ces travaux et la valeur des bâtiments au-delà duquel ces modalités s'appliquent. Ils prévoient dans quelles conditions des dérogations motivées peuvent être autorisées en cas d'impossibilité technique ou de contraintes liées à la préservation du patrimoine architectural, ou lorsqu'il y a disproportion manifeste entre les améliorations apportées et leurs conséquences. Ces décrets sont pris après avis du Conseil national consultatif des personnes handicapées.

« En cas de dérogation portant sur un bâtiment appartenant à un propriétaire possédant un parc de logements dont le nombre est supérieur à un seuil fixé par décret en Conseil d'Etat, les personnes handicapées affectées par cette dérogation bénéficient d'un droit à être relogées dans un bâtiment accessible au sens de l'article L. 111-7, dans des conditions fixées par le décret en Conseil d'Etat susmentionné.

« Art. L. 111-7-3. - Les établissements existants recevant du public doivent être tels que toute personne handicapée puisse y accéder, y circuler et y recevoir les informations qui y sont diffusées, dans les parties ouvertes au public. L'information destinée au public doit être diffusée par des moyens adaptés aux différents handicaps.

« Des décrets en Conseil d'Etat fixent pour ces établissements, par type et par catégorie, les exigences relatives à l'accessibilité prévues à l'article L. 111-7 et aux prestations que ceux-ci doivent fournir aux personnes handicapées. Pour faciliter l'accessibilité, il peut être fait recours

aux nouvelles technologies de la communication et à une signalétique adaptée.

« Les établissements recevant du public existants devront répondre à ces exigences dans un délai, fixé par décret en Conseil d'Etat, qui pourra varier par type et catégorie d'établissement, sans excéder dix ans à compter de la publication 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.

« Ces décrets, pris après avis du Conseil national consultatif des personnes handicapées, précisent les dérogations exceptionnelles qui peuvent être accordées aux établissements recevant du public après démonstration de l'impossibilité technique de procéder à la mise en accessibilité ou en raison de contraintes liées à la conservation du patrimoine architectural ou lorsqu'il y a disproportion manifeste entre les améliorations apportées et leurs conséquences.

« Ces dérogations sont accordées après avis conforme de la commission départementale consultative de la protection civile, de la sécurité et de l'accessibilité, et elles s'accompagnent obligatoirement de mesures de substitution pour les établissements recevant du public et remplissant une mission de service public.

« Art. L. 111-7-4. - Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions dans lesquelles, à l'issue de l'achèvement des travaux prévus aux articles L. 111-7-1, L. 111-7-2 et L. 111-7-3 et soumis à permis de construire, le maître d'ouvrage doit fournir à l'autorité qui a délivré ce permis un document attestant de la prise en compte des règles concernant l'accessibilité. Cette attestation est établie par un contrôleur technique visé à l'article L. 111-23 ou par une personne physique ou morale satisfaisant à des critères de compétence et d'indépendance déterminés par ce même décret. Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les propriétaires construisant ou améliorant leur logement pour leur propre usage. »

II. - Après l'article L. 111-8-3 du même code, il est inséré un article L. 111-8-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 111-8-3-1. - L'autorité administrative peut décider la fermeture d'un établissement recevant du public qui ne répond pas aux prescriptions de l'article L. 111-7-3. »

III. - L'article L. 111-26 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les cas prévus au premier alinéa, le contrôle technique porte également sur le respect des règles relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées. »

IV. - Une collectivité publique ne peut accorder une subvention pour la construction, l'extension ou la transformation du gros oeuvre d'un bâtiment soumis aux dispositions des articles L. 111-7-1, L. 111-7-2 et L. 111-7-3 du code de la construction et de l'habitation que si le maître d'ouvrage a produit un dossier relatif à l'accessibilité. L'autorité ayant accordé une subvention en exige le remboursement si le maître d'ouvrage n'est pas en mesure de lui fournir l'attestation prévue à l'article L. 111-7-4 dudit code.

V. - La formation à l'accessibilité du cadre bâti aux personnes handicapées est obligatoire dans la formation initiale des architectes et des professionnels du cadre bâti. Un décret en Conseil d'Etat précise les diplômes concernés par cette obligation.

ARTICLE 42

L'article L. 123-2 du code de la construction et de l'habitation est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ces mesures complémentaires doivent tenir compte des besoins particuliers des personnes handicapées ou à mobilité réduite. »

ARTICLE 43

I. - La première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 151-1 du code de la construction et de l'habitation et la première phrase du premier alinéa de l'article L. 460-1 du code de l'urbanisme sont complétées par les mots : « , et en particulier ceux concernant l'accessibilité aux personnes handicapées quel que soit le type de handicap ».

II. - Le code de la construction et de l'habitation est ainsi modifié :

1° A l'article L. 152-1, les « références : L. 111-4, L. 111-7 » sont remplacées par les références : « L. 111-4, L. 111-7 à L. 111-7-4 » ;

2° A l'article L. 152-3, les mots : « à l'article L. 152-4 (2e alinéa) » sont remplacés par les mots : « au premier alinéa de l'article L. 152-4 ».

III. - L'article L. 152-4 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 152-4. - Est puni d'une amende de 45 000 EUR le fait, pour les utilisateurs du sol, les bénéficiaires des travaux, les architectes, les

entrepreneurs ou toute autre personne responsable de l'exécution de travaux, de méconnaître les obligations imposées par les articles L. 111-4, L. 111-7, L. 111-8, L. 111-9, L. 112-17, L. 125-3 et L. 131-4, par les règlements pris pour leur application ou par les autorisations délivrées en conformité avec leurs dispositions. En cas de récidive, la peine est portée à six mois d'emprisonnement et 75 000 EUR d'amende.

« Les peines prévues à l'alinéa précédent sont également applicables :

« 1° En cas d'inexécution, dans les délais prescrits, de tous travaux accessoires d'aménagement ou de démolition imposés par les autorisations mentionnées au premier alinéa ;

« 2° En cas d'inobservation, par les bénéficiaires d'autorisations accordées pour une durée limitée ou à titre précaire, des délais impartis pour le rétablissement des lieux dans leur état antérieur ou la réaffectation du sol à son ancien usage.

« Ainsi qu'il est dit à l'article L. 480-12 du code de l'urbanisme :

« "Sans préjudice de l'application, le cas échéant, des peines plus fortes prévues aux articles 433-7 et 433-8 du code pénal, quiconque aura mis obstacle à l'exercice du droit de visite prévu à l'article L. 460-1 sera puni d'une amende de 3 750 EUR.

« "En outre, un emprisonnement d'un mois pourra être prononcé.

« Les personnes physiques coupables de l'un des délits prévus au présent article encourent également la peine complémentaire d'affichage ou de diffusion, par la presse écrite ou par tout moyen de communication audiovisuelle, de la décision prononcée, dans les conditions prévues à l'article 131-35 du code pénal.

« Les personnes morales peuvent être déclarées responsables pénalement, dans les conditions prévues à l'article 121-2 du code pénal, des infractions aux dispositions de l'article L. 111-7, ainsi que des règlements pris pour son application ou des autorisations délivrées en conformité avec leurs dispositions. Elles encourent les peines suivantes :

« a) L'amende, suivant les modalités prévues par l'article 131-38 du code pénal ;

« b) La peine complémentaire d'affichage ou de diffusion, par la presse écrite ou par tout moyen de communication audiovisuelle, de la décision prononcée, dans les conditions prévues à l'article 131-35 du même code ;

« c) La peine complémentaire d'interdiction, à titre définitif ou pour une durée de cinq ans au plus, d'exercer directement ou indirectement une ou plusieurs activités professionnelles ou sociales, selon les modalités prévues à l'article 131-48 du même code. »

ARTICLE 44

A l'article 1391 C du code général des impôts, après les mots : « , organismes d'habitations à loyer modéré », sont insérés les mots : « ou par les sociétés d'économie mixte ayant pour objet statutaire la réalisation ou la gestion de logements ».

ARTICLE 45

I. - La chaîne du déplacement, qui comprend le cadre bâti, la voirie, les aménagements des espaces publics, les systèmes de transport et leur intermodalité, est organisée pour permettre son accessibilité dans sa totalité aux personnes handicapées ou à mobilité réduite.

Dans un délai de dix ans à compter de la date de publication de la présente loi, les services de transport collectif devront être accessibles aux personnes handicapées et à mobilité réduite.

Les autorités compétentes pour l'organisation du transport public au sens de la loi n° 82-1153 du 30 décembre 1982 d'orientation des transports intérieurs ou le Syndicat des transports d'Ile-de-France prévu à l'article 1er de l'ordonnance n° 59-151 du 7 janvier 1959 relative à l'organisation des transports de voyageurs en Ile-de-France et, en l'absence d'autorité organisatrice, l'Etat, ainsi que les exploitants des aérodromes mentionnés à l'article 1609 quatervicies A du code général des impôts et les gestionnaires de gares maritimes dont la liste est fixée par arrêté en fonction de l'importance de leur trafic élaborent un schéma directeur d'accessibilité des services dont ils sont responsables, dans les trois ans à compter de la publication de la présente loi.

Ce schéma fixe la programmation de la mise en accessibilité des services de transport, dans le respect du délai défini au deuxième alinéa, et définit les modalités de l'accessibilité des différents types de transport.

En cas d'impossibilité technique avérée de mise en accessibilité de réseaux existants, des moyens de transport adaptés aux besoins des personnes handicapées ou à mobilité réduite doivent être

mis à leur disposition. Ils sont organisés et financés par l'autorité organisatrice de transport normalement compétente dans un délai de trois ans. Le coût du transport de substitution pour les usagers handicapés ne doit pas être supérieur au coût du transport public existant.

Les réseaux souterrains de transports ferroviaires et de transports guidés existants ne sont pas soumis au délai prévu au deuxième alinéa, à condition d'élaborer un schéma directeur dans les conditions prévues au troisième alinéa et de mettre en place, dans un délai de trois ans, des transports de substitution répondant aux conditions prévues à l'alinéa précédent.

Dans un délai de trois ans à compter de la publication de la présente loi, les autorités organisatrices de transports publics mettent en place une procédure de dépôt de plainte en matière d'obstacles à la libre circulation des personnes à mobilité réduite.

Un plan de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics est établi dans chaque commune à l'initiative du maire ou, le cas échéant, du président de l'établissement public de coopération intercommunale. Ce plan fixe notamment les dispositions susceptibles de rendre accessible aux personnes handicapées et à mobilité réduite l'ensemble des circulations piétonnes et des aires de stationnement d'automobiles situées sur le territoire de la commune ou de l'établissement public de coopération intercommunale. Ce plan de mise en accessibilité fait partie intégrante du plan de déplacements urbains quand il existe.

L'octroi des aides publiques favorisant le développement des systèmes de transport collectif est subordonné à la prise en compte de l'accessibilité.

II. - Tout matériel roulant acquis lors d'un renouvellement de matériel ou à l'occasion de l'extension des réseaux doit être accessible aux personnes handicapées ou à mobilité réduite. Des décrets préciseront, pour chaque catégorie de matériel, les modalités d'application de cette disposition.

III. - Le premier alinéa de l'article 28 de la loi n° 82-1153 du 30 décembre 1982 d'orientation des transports intérieurs est ainsi modifié :

1° Après les mots : « afin de renforcer la cohésion sociale et urbaine », sont insérés les mots : « et d'améliorer l'accessibilité des réseaux de transports publics aux personnes handicapées ou à mobilité réduite » ;

2° Il est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Il comporte également une annexe particulière traitant de l'accessibilité. Cette annexe indique les mesures d'aménagement et d'exploitation à mettre en oeuvre afin d'améliorer l'accessibilité des réseaux de transports publics aux personnes handicapées et à mobilité réduite, ainsi que le calendrier de réalisation correspondant. »

IV. - La loi n° 82-1153 du 30 décembre 1982 précitée est ainsi modifiée :

1° Dans le dernier alinéa de l'article 1er, après le mot : « usager », sont insérés les mots : « , y compris les personnes à mobilité réduite ou souffrant d'un handicap, » ;

2° Le deuxième alinéa de l'article 2 est complété par les mots : « ainsi qu'en faveur de leurs accompagnateurs » ;

3° Dans le deuxième alinéa de l'article 21-3, après les mots : « associations d'usagers des transports collectifs », sont insérés les mots : « et notamment d'associations de personnes handicapées » ;

4° Dans le deuxième alinéa de l'article 22, après les mots : « d'usagers, », sont insérés les mots : « et notamment des représentants d'associations de personnes handicapées » ;

5° Dans le deuxième alinéa de l'article 27-2, après les mots : « associations d'usagers des transports collectifs », sont insérés les mots : « et notamment d'associations de personnes handicapées » ;

6° Dans le deuxième alinéa de l'article 30-2, après les mots : « associations d'usagers des transports collectifs, », sont insérés les mots : « et notamment d'associations de personnes handicapées » ;

7° Au premier alinéa de l'article 28-2, après les mots : « Les représentants des professions et des usagers des transports », sont insérés les mots : « ainsi que des associations représentant des personnes handicapées ou à mobilité réduite ».

V. - Au troisième alinéa de l'article L. 302-1 du code de la construction et de l'habitation, les mots : « et à favoriser la mixité sociale » sont remplacés par les mots : « , à favoriser la mixité sociale et à améliorer l'accessibilité du cadre bâti aux personnes handicapées ».

VI. - Les modalités d'application du présent article sont définies par décret.

ARTICLE 46

Après l'article L. 2143-2 du code général des collectivités territoriales, il est inséré un article L. 2143-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 2143-3. - Dans les communes de 5 000 habitants et plus, il est créé une commission communale pour l'accessibilité aux personnes handicapées composée notamment des représentants de la commune, d'associations d'usagers et d'associations représentant les personnes handicapées.

« Cette commission dresse le constat de l'état d'accessibilité du cadre bâti existant, de la voirie, des espaces publics et des transports. Elle établit un rapport annuel présenté en conseil municipal et fait toutes propositions utiles de nature à améliorer la mise en accessibilité de l'existant.

« Le rapport présenté au conseil municipal est transmis au représentant de l'Etat dans le département, au président du conseil général, au conseil départemental consultatif des personnes handicapées, ainsi qu'à tous les responsables des bâtiments, installations et lieux de travail concernés par le rapport.

« Le maire préside la commission et arrête la liste de ses membres.

« Cette commission organise également un système de recensement de l'offre de logements accessibles aux personnes handicapées.

« Des communes peuvent créer une commission intercommunale. Celle-ci exerce pour l'ensemble des communes concernées les missions d'une commission communale. Cette commission intercommunale est présidée par l'un des maires des communes, qui arrêtent conjointement la liste de ses membres.

« Lorsque la compétence en matière de transports ou d'aménagement du territoire est exercée au sein d'un établissement public de coopération intercommunale, la commission pour l'accessibilité aux personnes handicapées doit être créée auprès de ce groupement. Elle est alors présidée par le président de l'établissement. La création d'une commission intercommunale est obligatoire pour les établissements publics de coopération intercommunale compétents en matière de transports ou d'aménagement du territoire, dès lors qu'ils regroupent 5 000 habitants ou plus. »

ARTICLE 47

Les services de communication publique en ligne des services de l'Etat, des collectivités territoriales et des établissements publics qui en dépendent doivent être accessibles aux personnes handicapées.

L'accessibilité des services de communication publique en ligne concerne l'accès à tout type d'information sous forme numérique quels que soient le moyen d'accès, les contenus et le mode de consultation. Les recommandations internationales pour l'accessibilité de l'internet doivent être appliquées pour les services de communication publique en ligne.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les règles relatives à l'accessibilité et précise, par référence aux recommandations établies par l'Agence pour le développement de l'administration électronique, la nature des adaptations à mettre en oeuvre ainsi que les délais de mise en conformité des sites existants, qui ne peuvent excéder trois ans, et les sanctions imposées en cas de non-respect de cette mise en accessibilité. Le décret énonce en outre les modalités de formation des personnels intervenant sur les services de communication publique en ligne.

ARTICLE 48

I. - Toute personne physique ou morale qui organise, en les réalisant ou en les faisant réaliser, des activités de vacances avec hébergement d'une durée supérieure à cinq jours destinées spécifiquement à des groupes constitués de personnes handicapées majeures doit bénéficier d'un agrément « Vacances adaptées organisées ». Cet agrément, dont les conditions et les modalités d'attribution et de retrait sont fixées par décret en Conseil d'Etat, est accordé par le préfet de région.

Si ces activités relèvent du champ d'application des articles 1er et 2 de la loi n° 92-645 du 13 juillet 1992 fixant les conditions d'exercice des activités relatives à l'organisation et à la vente de voyages et de séjours, cette personne doit en outre être titulaire de l'autorisation administrative prévue par cette réglementation.

Sont dispensés d'agrément les établissements et services soumis à l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles qui organisent des séjours de vacances pour leurs usagers dans le cadre de leur activité.

II. - Le préfet du département dans le ressort

duquel sont réalisées les activités définies au I peut, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, en ordonner la cessation immédiate ou dans le délai nécessaire pour organiser le retour des personnes accueillies, lorsque ces activités sont effectuées sans agrément ou lorsque les conditions exigées par l'agrément ne sont pas respectées. Le contrôle est confié aux inspecteurs des affaires sanitaires et sociales et aux médecins de santé publique de ce département.

III. - Le fait de se livrer à l'activité mentionnée au I sans agrément ou de poursuivre l'organisation d'un séjour auquel il a été mis fin en application du II est puni de 3 750 EUR d'amende. Les personnes morales peuvent être déclarées responsables pénalement, dans les conditions prévues à l'article 121-2 du code pénal, de l'infraction définie au présent article.

Les peines encourues par les personnes morales sont l'amende, suivant les modalités définies par l'article 131-38 du code pénal, ainsi que les peines prévues aux 2°, 4° et 9° de l'article 131-39 du même code, suivant les modalités prévues par ce même code.

Source : Legifrance.fr

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA COHÉSION SOCIALE ET DU LOGEMENT

Arrêté du 1er août 2006 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19 à R. 111-19-3 et R. 111-19-6 du code de la construction et de l'habitation relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public lors de leur construction ou de leur création

NOR : *SOCU0611478A*

Le ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille,

Vu la directive 98/34/CE du 22 juin 1998 prévoyant une procédure d'information dans le domaine des normes et réglementations techniques, modifiée par la directive 98/48/CE du 20 juillet 1998 ;

Vu le code de la construction et de l'habitation ;

Vu l'avis du Conseil national consultatif des personnes handicapées en date du 20 juin 2006,

Arrêtent :

Art. 1er. – Les dispositions du présent arrêté sont prises pour l'application des dispositions des articles R. 111-19 à R. 111-19-3 et R. 111-19-6 du code de la construction et de l'habitation.

Les dispositions architecturales et les aménagements propres à assurer l'accessibilité des établissements et installations construits ou créés par changement de destination, avec ou sans travaux, doivent satisfaire aux obligations définies aux articles 2 à 19.

Art. 2. – *Dispositions relatives aux cheminements extérieurs.*

I. – Un cheminement accessible doit permettre d'accéder à l'entrée principale, ou à une des entrées principales, des bâtiments depuis l'accès au terrain. Le choix et l'aménagement de ce cheminement sont tels qu'ils facilitent la continuité de la chaîne du déplacement avec l'extérieur du terrain. Le cheminement accessible doit être le cheminement usuel, ou l'un des cheminements usuels.

Le cheminement accessible permet notamment à une personne ayant une déficience visuelle ou auditive de se localiser, s'orienter et atteindre le bâtiment en sécurité et permet à une personne ayant une déficience motrice d'accéder à tout équipement ou aménagement donné à l'usage. Les caractéristiques d'un cheminement accessible sont définies au II ci-après.

Lorsqu'il existe plusieurs cheminements, les cheminements accessibles sont signalés de manière adaptée. Les principaux éléments structurants du cheminement doivent être repérables par les personnes ayant une déficience visuelle.

Lorsque le cheminement courant se fait par un plan incliné, celui-ci doit offrir des caractéristiques minimales définies au II ci-après.

II. – Les cheminements extérieurs accessibles aux personnes handicapées doivent répondre aux dispositions suivantes :

1° Repérage et guidage :

Une signalisation adaptée doit être mise en place à l'entrée du terrain de l'opération, à proximité des places de stationnement pour le public, ainsi qu'en chaque point du cheminement accessible où un choix d'itinéraire est donné à l'usager. Les éléments de signalisation doivent répondre aux exigences définies à l'annexe 3.

Le revêtement du cheminement accessible doit présenter un contraste visuel et tactile par rapport à son environnement. A défaut, le cheminement doit comporter sur toute sa longueur un repère continu, tactile pour le guidage à l'aide d'une canne d'aveugle, et visuellement contrasté par rapport à son environnement pour faciliter le guidage des personnes malvoyantes.

2° Caractéristiques dimensionnelles :

a) Profil en long :

Le cheminement accessible doit être horizontal et sans ressaut.

Lorsqu'une dénivellation ne peut être évitée, un plan incliné de pente inférieure ou égale à 5 % doit être aménagé afin de la franchir. Les valeurs de pentes suivantes sont tolérées exceptionnellement :

– jusqu'à 8 % sur une longueur inférieure ou égale à 2 m ;
– jusqu'à 10 % sur une longueur inférieure ou égale à 0,50 m.

Un palier de repos est nécessaire en haut et en bas de chaque plan incliné, quelle qu'en soit la longueur. En cas de plan incliné de pente supérieure ou égale à 4 %, un palier de repos est nécessaire tous les 10 m.

Les caractéristiques dimensionnelles du palier sont définies à l'annexe 2.

Lorsqu'il ne peut être évité, un faible écart de niveau peut être traité par un ressaut à bord arrondi ou muni d'un chanfrein et dont la hauteur doit être inférieure ou égale à 2 cm. Cette hauteur maximale peut toutefois être portée à 4 cm si le ressaut comporte sur toute sa hauteur une pente ne dépassant pas 33 %.

Il est interdit de traiter un cheminement accessible par des ressauts successifs constituant des marches de faible hauteur avec un giron important, dits « pas d'âne ».

b) Profil en travers :

La largeur minimale du cheminement accessible doit être de 1,40 m libre de tout obstacle afin de faciliter les croisements.

Lorsqu'un rétrécissement ponctuel ne peut être évité, la largeur minimale du cheminement peut, sur une faible longueur, être comprise entre 1,20 m et 1,40 m de manière à conserver une possibilité de croisement entre un piéton et une personne en fauteuil roulant.

Le cheminement doit être conçu et mis en œuvre de manière à éviter la stagnation d'eau. Lorsqu'un dévers est nécessaire, il doit être inférieur ou égal à 2 %.

c) Espaces de manœuvre et d'usage pour les personnes circulant en fauteuil roulant :

Un espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour est nécessaire en chaque point du cheminement où un choix d'itinéraire est donné à l'usager.

Un espace de manœuvre de porte est nécessaire de part et d'autre de chaque porte ou portillon situé le long du cheminement.

Un espace d'usage est nécessaire devant chaque équipement ou aménagement situé le long du cheminement afin d'en permettre l'atteinte et l'usage.

Les caractéristiques dimensionnelles de ces différents espaces sont définies à l'annexe 2.

3° Sécurité d'usage :

Le sol ou le revêtement de sol du cheminement accessible doit être non meuble, non glissant, non réfléchissant et sans obstacle à la roue.

Les trous et fentes situés dans le sol du cheminement doivent avoir une largeur ou un diamètre inférieur ou égal à 2 cm.

Le cheminement accessible doit être libre de tout obstacle. Afin d'être repérables, les éléments éventuels qui ne peuvent pas être mis en dehors du cheminement doivent répondre aux exigences suivantes :

– s'ils sont suspendus au-dessus du cheminement, laisser un passage libre d'au moins 2,20 m de hauteur au-dessus du sol ;
– s'ils sont implantés sur le cheminement, quelle que soit leur hauteur, ou en saillie latérale de plus de 15 cm sur le cheminement, comporter un élément de contraste visuel par rapport à leur environnement immédiat et un rappel tactile ou un prolongement au sol.

Lorsque le cheminement est bordé à une distance inférieure à 0,90 m par une rupture de niveau d'une hauteur de plus de 0,40 m, un dispositif de protection doit être implanté afin d'éviter les chutes.

Lorsqu'un escalier est situé dans un espace de circulation, la partie située en dessous de 2,20 m, si elle n'est pas fermée, doit être visuellement contrastée, comporter un rappel tactile au sol et être réalisée de manière à prévenir les dangers de chocs pour des personnes aveugles ou malvoyantes.

Les parois vitrées situées sur les cheminements ou en bordure immédiate de ceux-ci doivent être repérables par des personnes de toutes tailles à l'aide d'éléments visuels contrastés par rapport à l'environnement immédiat.

Toute volée d'escalier comportant trois marches ou plus doit répondre aux exigences suivantes :

– une main courante répondant aux exigences définies au 3° du II de l'article 7.1 est obligatoire ;
– en haut de l'escalier, un revêtement de sol doit permettre l'éveil de la vigilance à une distance de 0,50 m de la première marche grâce à un contraste visuel et tactile ;
– la première et la dernière marches doivent être pourvues d'une contremarche d'une hauteur minimale de 0,10 m.
– les nez de marches doivent répondre aux exigences suivantes :
  – être de couleur contrastée par rapport au reste de l'escalier ;

– être antidérapants ;
– ne pas présenter de débord excessif par rapport à la contremarche.

Lorsqu'un cheminement accessible croise un itinéraire emprunté par des véhicules, il doit comporter un élément permettant l'éveil de la vigilance des piétons au droit de ce croisement. Un marquage au sol et une signalisation doivent également indiquer aux conducteurs des véhicules qu'ils croisent un cheminement pour piétons.

Le cheminement doit comporter un dispositif d'éclairage répondant aux exigences définies à l'article 14.

Art. 3. – *Dispositions relatives au stationnement automobile.*

I. – Tout parc de stationnement automobile intérieur ou extérieur à l'usage du public et dépendant d'un établissement recevant du public ou d'une installation ouverte au public doit comporter une ou plusieurs places de stationnement adaptées pour les personnes handicapées et réservées à leur usage. Les caractéristiques de ces places sont définies au II du présent article.

Ces places adaptées sont localisées à proximité de l'entrée, du hall d'accueil ou de l'ascenseur et reliées à ceux-ci par un cheminement accessible tel que défini selon les cas à l'article 2 ou à l'article 6.

Les emplacements adaptés et réservés sont signalés.

II. – Les places des parcs de stationnement automobile adaptées pour les personnes handicapées doivent répondre aux dispositions suivantes :

1° Nombre :

Les places adaptées destinées à l'usage du public doivent représenter au minimum 2 % du nombre total de places prévues pour le public. Le nombre minimal de places adaptées est arrondi à l'unité supérieure. Au-delà de 500 places, le nombre de places adaptées, qui ne saurait être inférieur à 10, est fixé par arrêté municipal.

2° Repérage :

Chaque place adaptée destinée au public doit être repérée par un marquage au sol ainsi qu'une signalisation verticale.

3° Caractéristiques dimensionnelles :

Une place de stationnement adaptée doit correspondre à un espace horizontal au dévers près, inférieur ou égal à 2 %.

La largeur minimale des places adaptées doit être de 3,30 m.

4° Atteinte et usage :

S'il existe un contrôle d'accès ou de sortie du parc de stationnement, le système doit permettre à des personnes sourdes ou malentendantes ou des personnes muettes de signaler leur présence au personnel et d'être informées de la prise en compte de leur appel. En particulier et en l'absence d'une vision directe de ces accès ou sorties par le personnel :

– tout signal lié au fonctionnement du dispositif d'accès doit être sonore et visuel ;
– les appareils d'interphonie sont munis d'un système permettant au personnel de l'établissement de visualiser le conducteur.

Qu'elle soit à l'extérieur ou à l'intérieur du bâtiment, une place de stationnement adaptée doit se raccorder sans ressaut de plus de 2 cm au cheminement d'accès à l'entrée du bâtiment ou à l'ascenseur. Sur une longueur d'au moins 1,40 m à partir de la place de stationnement adaptée, ce cheminement doit être horizontal au dévers près.

Les places adaptées, quelle que soit leur configuration et notamment lorsqu'elles sont réalisées dans un volume fermé, sont telles qu'un usager en fauteuil roulant peut quitter l'emplacement une fois le véhicule garé.

Art. 4. – *Dispositions relatives aux accès à l'établissement ou l'installation.*

I. – Le niveau d'accès principal à chaque bâtiment où le public est admis doit être accessible en continuité avec le cheminement extérieur accessible.

Tout dispositif visant à permettre ou restreindre l'accès au bâtiment ou à se signaler au personnel doit pouvoir être repéré, atteint et utilisé par une personne handicapée. L'utilisation du dispositif doit être la plus simple possible.

II. – Pour l'application du I du présent article, l'accès au bâtiment ou à des parties de l'établissement doit répondre aux dispositions suivantes :

1° Repérage :

Les entrées principales du bâtiment doivent être facilement repérables par des éléments architecturaux ou par un traitement utilisant des matériaux différents ou visuellement contrastés.

Tout dispositif visant à permettre ou restreindre l'accès au bâtiment ou à se signaler au personnel doit être facilement repérable visuellement par un contraste visuel ou une signalétique répondant aux exigences définies à l'annexe 3, et ne doit pas être situé dans une zone sombre.

2° Atteinte et usage :

Les systèmes de communication entre le public et le personnel ainsi que les dispositifs de commande manuelle mis à la disposition du public doivent répondre aux exigences suivantes :

– être situés à plus de 0,40 m d'un angle rentrant de parois ou de tout autre obstacle à l'approche d'un fauteuil roulant ;
– être situés à une hauteur comprise entre 0,90 m et 1,30 m.

Le système d'ouverture des portes doit être utilisable en position « debout » comme en position « assis ».

Lorsqu'il existe un dispositif de déverrouillage électrique, il doit permettre à une personne à mobilité réduite d'atteindre la porte et d'entamer la manœuvre d'ouverture avant que la porte ne soit à nouveau verrouillée.

Les éléments d'information relatifs à l'orientation dans le bâtiment doivent répondre aux exigences définies à l'annexe 3.

Tout signal lié au fonctionnement d'un dispositif d'accès doit être sonore et visuel.

S'il existe un contrôle d'accès à l'établissement, le système doit permettre à des personnes sourdes ou malentendantes ou des personnes muettes de signaler leur présence au personnel et d'être informées de la prise en compte de leur appel. En particulier et en l'absence d'une vision directe de ces accès par le personnel, les appareils d'interphonie sont munis d'un système permettant au personnel de l'établissement de visualiser le visiteur.

Art. 5. – *Dispositions relatives à l'accueil du public.*

I. – Tout aménagement, équipement ou mobilier situé au point d'accueil du public et nécessaire pour accéder aux espaces ouverts au public, pour les utiliser ou pour les comprendre, doit pouvoir être repéré, atteint et utilisé par une personne handicapée.

Lorsqu'il y a plusieurs points d'accueil à proximité l'un de l'autre, l'un au moins d'entre eux doit être rendu accessible dans les mêmes conditions d'accès et d'utilisation que celles offertes aux personnes valides, être prioritairement ouvert et être signalé de manière adaptée dès l'entrée. En particulier, toute information strictement sonore nécessaire à l'utilisation normale du point d'accueil doit faire l'objet d'une transmission par des moyens adaptés ou être doublée par une information visuelle.

Les espaces ou équipements destinés à la communication doivent faire l'objet d'une qualité d'éclairage renforcée.

II. – Pour l'application du I du présent article, les aménagements et équipements accessibles destinés à l'accueil du public doivent répondre aux dispositions suivantes :

Les banques d'accueil doivent être utilisables par une personne en position « debout » comme en position « assis » et permettre la communication visuelle entre les usagers et le personnel. Lorsque des usages tels que lire, écrire, utiliser un clavier sont requis, une partie au moins de l'équipement doit présenter les caractéristiques suivantes :

– une hauteur maximale de 0,80 m ;
– un vide en partie inférieure d'au moins 0,30 m de profondeur, 0,60 m de largeur et 0,70 m de hauteur permettant le passage des pieds et des genoux d'une personne en fauteuil roulant.

Lorsque l'accueil est sonorisé, il doit être équipé d'un système de transmission du signal acoustique par induction magnétique, signalé par un pictogramme.

Les postes d'accueil doivent comporter un dispositif d'éclairage répondant aux exigences définies à l'article 14.

Art. 6. – *Dispositions relatives aux circulations intérieures horizontales.*

Les circulations intérieures horizontales doivent être accessibles et sans danger pour les personnes handicapées. Les principaux éléments structurants du cheminement doivent être repérables par les personnes ayant une déficience visuelle.

Les usagers handicapés doivent pouvoir accéder à l'ensemble des locaux ouverts au public et en ressortir de manière autonome.

Les circulations intérieures horizontales doivent répondre aux exigences applicables au cheminement extérieur accessible visées à l'article 2, à l'exception des dispositions concernant :

– l'aménagement d'espaces de manœuvre avec possibilité de demi-tour pour une personne circulant en fauteuil roulant ;
– le repérage et le guidage ;
– le passage libre sous les obstacles en hauteur, qui est réduit à 2 m dans les parcs de stationnement.

Art. 7. – *Dispositions relatives aux circulations intérieures verticales.*

Les circulations intérieures verticales doivent répondre aux dispositions suivantes :

Toute dénivellation des circulations horizontales supérieure ou égale à 1,20 m détermine un niveau décalé considéré comme un étage. Lorsque le bâtiment comporte un ascenseur, tout niveau décalé doit être desservi.

Lorsque des marches sont situées entre le niveau principal d'accès au bâtiment et l'escalier desservant les étages, un revêtement de sol doit permettre, en haut des marches, l'éveil de la vigilance à une distance de 0,50 m de la première marche grâce à un contraste visuel et tactile. Ces marches doivent répondre aux exigences définies aux 1° et 2° du II de l'article 7.1.

Lorsque l'ascenseur, l'escalier ou l'équipement mobile n'est pas visible depuis l'entrée ou le hall du niveau principal d'accès au bâtiment, il doit y être repéré par une signalisation adaptée répondant aux exigences définies à l'annexe 3. Lorsqu'il existe plusieurs ascenseurs, escaliers ou équipements desservant de façon sélective les différents niveaux, cette signalisation doit aider l'usager à choisir l'ascenseur, l'escalier ou l'équipement mobile qui lui convient. Pour les ascenseurs, cette information doit figurer également à proximité des commandes d'appel.

7.1. *Escaliers*

I. – Les escaliers doivent pouvoir être utilisés en sécurité par les personnes handicapées y compris lorsqu'une aide appropriée est nécessaire. La sécurité des personnes doit être assurée par des aménagements ou équipements facilitant notamment le repérage des obstacles et l'équilibre tout au long de l'escalier.

II. – A cette fin, les escaliers ouverts au public dans des conditions normales de fonctionnement doivent répondre aux dispositions suivantes, que le bâtiment comporte ou non un ascenseur :

1° Caractéristiques dimensionnelles :

La largeur minimale entre mains courantes doit être de 1,20 m.

Les marches doivent répondre aux exigences suivantes :

– hauteur inférieure ou égale à 16 cm ;
– largeur du giron supérieure ou égale à 28 cm.

2° Sécurité d'usage :

En haut de l'escalier, un revêtement de sol doit permettre l'éveil de la vigilance à une distance de 0,50 m de la première marche grâce à un contraste visuel et tactile.

La première et la dernière marches doivent être pourvues d'une contremarche d'une hauteur minimale de 0,10 m, visuellement contrastée par rapport à la marche.

Les nez de marches doivent répondre aux exigences suivantes :

– être contrastés visuellement par rapport au reste de l'escalier ;
– être antidérapants ;
– ne pas présenter de débord excessif par rapport à la contremarche.

L'escalier doit comporter un dispositif d'éclairage répondant aux exigences définies à l'article 14.

3° Atteinte et usage :

L'escalier, quelle que soit sa conception, doit comporter une main courante de chaque côté. Toute main courante doit répondre aux exigences suivantes :

– être située à une hauteur comprise entre 0,80 m et 1,00 m. Toutefois, lorsqu'un garde-corps tient lieu de main courante, celle-ci devra être située pour des motifs de sécurité à la hauteur minimale requise pour le garde-corps ;
– se prolonger horizontalement de la longueur d'une marche au-delà de la première et de la dernière marche de chaque volée sans pour autant créer d'obstacle au niveau des circulations horizontales ;
– être continue, rigide et facilement préhensible ;
– être différenciée de la paroi support grâce à un éclairage particulier ou à un contraste visuel.

7.2. *Ascenseurs*

Tous les ascenseurs doivent pouvoir être utilisés par les personnes handicapées. Les caractéristiques et la disposition des commandes extérieures et intérieures à la cabine doivent, notamment, permettre leur repérage et leur utilisation par ces personnes. Dans les ascenseurs, des dispositifs doivent permettre de prendre appui et de recevoir par des moyens adaptés les informations liées aux mouvements de la cabine, aux étages desservis et au système d'alarme.

A cette fin, les ascenseurs doivent être conformes à la norme NF EN 81-70 relative à l'« accessibilité aux ascenseurs pour toutes les personnes y compris les personnes avec handicap », ou à tout système équivalent permettant de satisfaire à ces mêmes exigences.

Un ascenseur est obligatoire :

1. Si l'établissement ou l'installation peut recevoir cinquante personnes en sous-sol, en mezzanine ou en étage ;

2. Si l'établissement ou l'installation reçoit moins de cinquante personnes lorsque certaines prestations ne peuvent être offertes au rez-de-chaussée.

Le seuil de cinquante personnes est porté à cent personnes pour les établissements d'enseignement.

Un appareil élévateur ne peut remplacer un ascenseur que si une dérogation est obtenue dans les conditions fixées à l'article R. 111-19-6. Dans ce cas, l'appareil élévateur doit être d'usage permanent et respecter les réglementations en vigueur.

Un escalier mécanique ou un plan incliné mécanique ne peut en aucun cas remplacer un ascenseur obligatoire.

Art. 8. – *Dispositions relatives aux tapis roulants, escaliers et plans inclinés mécaniques.*

I. – Lorsque le cheminement courant se fait par un tapis roulant, un escalier mécanique ou un plan incliné mécanique, celui-ci doit pouvoir être repéré et utilisé par des personnes ayant une déficience visuelle ou des difficultés à conserver leur équilibre.

Un tapis roulant, un escalier mécanique ou un plan incliné mécanique doit être doublé par un cheminement accessible non mobile ou par un ascenseur.

II. – Pour l'application du I du présent article, ces équipements doivent répondre aux dispositions suivantes :

1° Repérage :

Une signalisation adaptée répondant aux exigences définies à l'annexe 3 doit permettre à un usager de choisir entre l'équipement mobile et un autre cheminement accessible.

2° Atteinte et usage :

Les mains courantes situées de part et d'autre de l'équipement doivent accompagner le déplacement et dépasser d'au moins 0,30 m le départ et l'arrivée de la partie en mouvement.

La commande d'arrêt d'urgence doit être facilement repérable, accessible et manœuvrable en position « debout » comme en position « assis ».

L'équipement doit comporter un dispositif d'éclairage répondant aux exigences définies à l'article 14.

Le départ et l'arrivée des parties en mouvement doivent être mis en évidence par un contraste de couleur ou de lumière. En outre, dans le cas des tapis roulants et plans inclinés mécaniques, un signal tactile ou sonore doit permettre d'indiquer à une personne déficiente visuelle l'arrivée sur la partie fixe.

Art. 9. – *Dispositions relatives aux revêtements des sols, murs et plafonds.*

Les revêtements de sol et les équipements situés sur le sol des cheminements doivent être sûrs et permettre une circulation aisée des personnes handicapées. Sous réserve de la prise en compte de contraintes particulières liées à l'hygiène ou à l'ambiance hygrométrique des locaux, les revêtements des sols, murs et plafonds ne doivent pas créer de gêne visuelle ou sonore pour les personnes ayant une déficience sensorielle.

A cette fin, les dispositions suivantes doivent être respectées :

– qu'ils soient posés ou encastrés, les tapis fixes doivent présenter la dureté nécessaire pour ne pas gêner la progression d'un fauteuil roulant. Ils ne doivent pas créer de ressaut de plus de 2 cm ;
– les valeurs réglementaires de temps de réverbération et de surface équivalente de matériaux absorbants définies par les exigences acoustiques en vigueur doivent être respectées. Lorsqu'il n'existe pas de texte pour définir ces exigences, quel que soit le type d'établissement concerné, l'aire d'absorption équivalente des revêtements et éléments absorbants doit représenter au moins 25 % de la surface au sol des espaces réservés à l'accueil et à l'attente du public ainsi que des salles de restauration.

L'aire d'absorption équivalente A d'un revêtement absorbant est donnée par la formule :

$$A = S \times \alpha_w$$

où S désigne la surface du revêtement absorbant et α_w son indice d'évaluation de l'absorption, défini dans la norme NF EN ISO 11 654.

Art. 10. – *Dispositions relatives aux portes, portiques et sas.*

I. – Toutes les portes situées sur les cheminements doivent permettre le passage des personnes handicapées et pouvoir être manœuvrées par des personnes ayant des capacités physiques réduites, y compris en cas de système d'ouverture complexe. Les portes comportant une partie vitrée importante doivent pouvoir être repérées par les personnes malvoyantes de toutes tailles et ne pas créer de gêne visuelle.

Les portes battantes et les portes automatiques doivent pouvoir être utilisées sans danger par les personnes handicapées.

Les sas doivent permettre le passage et la manœuvre des portes pour les personnes handicapées.

Toutefois, lorsqu'un dispositif rendu nécessaire du fait de contraintes liées notamment à la sécurité ou à la sûreté s'avère incompatible avec les contraintes liées à un handicap ou à l'utilisation d'une aide technique, notamment dans le cas de portes à tambour, tourniquets ou sas cylindriques, une porte adaptée doit pouvoir être utilisée à proximité de ce dispositif.

II. – Pour satisfaire aux exigences du I, les portes et sas doivent répondre aux dispositions suivantes :

1° Caractéristiques dimensionnelles :

Les portes principales desservant des locaux ou zones pouvant recevoir 100 personnes ou plus doivent avoir une largeur minimale de 1,40 m. Si les portes sont composées de plusieurs vantaux, la largeur minimale du vantail couramment utilisé doit être de 0,90 m.

Les portes principales desservant des locaux pouvant recevoir moins de 100 personnes doivent avoir une largeur minimale de 0,90 m.

Les portiques de sécurité doivent avoir une largeur minimale de 0,80 m.

Un espace de manœuvre de porte dont les caractéristiques dimensionnelles sont définies à l'annexe 2 est nécessaire devant chaque porte, à l'exception de celles ouvrant sur un escalier.

Les sas doivent être tels que :

– à l'intérieur du sas, un espace de manœuvre de porte existe devant chaque porte, hors débattement éventuel de la porte non manœuvrée ;
– à l'extérieur du sas, un espace de manœuvre de porte existe devant chaque porte.

Les caractéristiques dimensionnelles de ces espaces sont définies à l'annexe 2.

2° Atteinte et usage :

Les poignées de porte doivent répondre aux exigences suivantes :

– être facilement préhensibles et manœuvrables en position « debout » comme « assis », y compris par une personne ayant des difficultés à saisir et à faire un geste de rotation du poignet ;
– leur extrémité doit être située à plus de 0,40 m d'un angle rentrant de parois ou de tout autre obstacle à l'approche d'un fauteuil roulant.

Lorsqu'une porte est à ouverture automatique, la durée d'ouverture doit permettre le passage de personnes à mobilité réduite. Le système doit être conçu pour pouvoir détecter des personnes de toutes tailles.

Lorsqu'une porte comporte un système d'ouverture électrique, le déverrouillage doit être signalé par un signal sonore et lumineux.

L'effort nécessaire pour ouvrir la porte doit être inférieur ou égal à 50 N, que la porte soit ou non équipée d'un dispositif de fermeture automatique.

En cas de dispositifs liés à la sécurité ou la sûreté de l'établissement ou de l'installation, les personnes mises en difficulté par ces dispositifs doivent pouvoir se signaler à l'accueil, repérer la porte adaptée et la franchir sans difficulté.

3° Repérage :

Les portes comportant une partie vitrée importante doivent être repérables ouvertes comme fermées à l'aide d'éléments visuels contrastés par rapport à l'environnement immédiat.

Art. 11. – *Dispositions relatives aux locaux ouverts au public, aux équipements et dispositifs de commande.*

I. – Les usagers handicapés doivent pouvoir accéder à l'ensemble des locaux ouverts au public et en ressortir de manière autonome.

Les équipements, le mobilier, les dispositifs de commande et de service situés dans les établissements recevant du public ou dans les installations ouvertes au public doivent pouvoir être repérés, atteints et utilisés par les personnes handicapées. La disposition des équipements ne doit pas créer d'obstacle ou de danger pour les personnes ayant une déficience visuelle.

Lorsque plusieurs équipements ou éléments de mobilier ayant la même fonction sont mis à la disposition du public, un au moins par groupe d'équipements ou d'éléments de mobilier doit pouvoir être repéré, atteint et utilisé par les personnes handicapées. Dans le cas d'équipements soumis à des horaires de fonctionnement, l'équipement adapté doit fonctionner en priorité.

II. – Pour satisfaire aux exigences du I, les équipements, le mobilier ainsi que les dispositifs de commande, de service et d'information fixes destinés au public, qu'ils soient situés à l'intérieur ou à l'extérieur, doivent respecter les dispositions suivantes :

1° Repérage :

Les équipements et le mobilier doivent être repérables grâce notamment à un éclairage particulier ou à un contraste visuel.

Les dispositifs de commande doivent être repérables par un contraste visuel ou tactile.

2° Atteinte et usage :

Au droit de tout équipement, mobilier, dispositif de commande et de service, doit exister un espace d'usage dont les caractéristiques dimensionnelles sont définies à l'annexe 2.

Un équipement ou un élément de mobilier au moins par groupe d'équipements ou d'éléments de mobilier doit être utilisable par une personne en position « debout » comme en position « assis ». Pour être utilisable en position « assis », cet équipement ou élément de mobilier doit comporter une partie présentant les caractéristiques suivantes :

a) Hauteur comprise entre 0,90 m et 1,30 m pour une commande manuelle ainsi que pour les dispositifs ayant trait à la sécurité des personnes et non réservés à l'usage exclusif du personnel ;

b) Hauteur comprise entre 0,90 m et 1,30 m pour les fonctions nécessitant de voir, entendre, parler ;

c) Hauteur maximale de 0,80 m et vide en partie inférieure d'au moins 0,30 m de profondeur, 0,60 m de largeur et 0,70 m de hauteur pour permettre le passage des pieds et des genoux d'une personne en fauteuil roulant, dans le cas de lavabos et de guichets d'information ou de vente manuelle et lorsque des usages tels que lire, écrire, utiliser un clavier sont requis.

Dans le cas de guichets d'information ou de vente manuelle, lorsque la communication avec le personnel est sonorisée, le dispositif de sonorisation doit être équipé d'un système de transmission du signal acoustique par induction magnétique signalé par un pictogramme.

Les éléments de signalisation et d'information doivent répondre aux exigences définies à l'annexe 3.

Lorsqu'il existe un ou plusieurs points d'affichage instantané, toute information sonore doit pouvoir être doublée par une information visuelle sur ce support.

Art. 12. – *Dispositions relatives aux sanitaires.*

I. – Chaque niveau accessible, lorsque des sanitaires y sont prévus pour le public, doit comporter au moins un cabinet d'aisances aménagé pour les personnes handicapées circulant en fauteuil roulant et comportant un lavabo accessible. Les cabinets d'aisances aménagés doivent être installés au même emplacement que les autres cabinets d'aisances lorsque ceux-ci sont regroupés. Lorsqu'il existe des cabinets d'aisances séparés pour chaque sexe, un cabinet d'aisances accessible séparé doit être aménagé pour chaque sexe. Les lavabos ou un lavabo au moins par groupe de lavabos doivent être accessibles aux personnes handicapées ainsi que les divers aménagements tels que notamment miroir, distributeur de savon, sèche-mains.

II. – Pour satisfaire aux exigences du I, les sanitaires ouverts au public doivent répondre aux dispositions suivantes :

1° Caractéristiques dimensionnelles :

Un cabinet d'aisances aménagé pour les personnes handicapées doit présenter les caractéristiques suivantes :

– comporter, en dehors du débattement de porte, un espace d'usage tel que défini à l'annexe 2, situé latéralement par rapport à la cuvette ;
– comporter un espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour dont les caractéristiques dimensionnelles sont définies à l'annexe 2, situé à l'intérieur du cabinet ou, à défaut, en extérieur devant la porte.

2° Atteinte et usage :

Un cabinet d'aisances aménagé pour les personnes handicapées doit présenter les caractéristiques suivantes :

– il comporte un dispositif permettant de refermer la porte derrière soi une fois entré ;
– il comporte un lave-mains dont le plan supérieur est situé à une hauteur maximale de 0,85 m ;
– la surface d'assise de la cuvette doit être située à une hauteur comprise entre 0,45 m et 0,50 m du sol, abattant inclus, à l'exception des sanitaires destinés spécifiquement à l'usage d'enfants ;
– une barre d'appui latérale doit être prévue à côté de la cuvette, permettant le transfert d'une personne en fauteuil roulant et apportant une aide au relevage. La barre doit être située à une hauteur comprise entre 0,70 m et 0,80 m. Sa fixation ainsi que le support doivent permettre à un adulte de prendre appui de tout son poids.

Les lavabos accessibles doivent respecter les exigences du *c* du 2° du II de l'article 11.

Lorsque des urinoirs sont disposés en batterie, ils doivent être positionnés à des hauteurs différentes.

Art. 13. – *Dispositions relatives aux sorties.*

Les sorties doivent pouvoir être aisément repérées, atteintes et utilisées par les personnes handicapées.

A cette fin, les sorties correspondant à un usage normal du bâtiment doivent respecter les dispositions suivantes :

Chaque sortie doit être repérable de tout point où le public est admis, soit directement, soit par l'intermédiaire d'une signalisation adaptée répondant aux exigences définies à l'annexe 3.

La signalisation indiquant la sortie ne doit présenter aucun risque de confusion avec le repérage des issues de secours.

Art. 14. – *Dispositions relatives à l'éclairage.*

La qualité de l'éclairage, artificiel ou naturel, des circulations intérieures et extérieures doit être telle que l'ensemble du cheminement est traité sans créer de gêne visuelle. Les parties du cheminement qui peuvent être source de perte d'équilibre pour les personnes handicapées, les dispositifs d'accès et les informations fournies par la signalétique font l'objet d'une qualité d'éclairage renforcée.

A cette fin, le dispositif d'éclairage artificiel doit répondre aux dispositions suivantes :

Il doit permettre d'assurer des valeurs d'éclairement mesurées au sol d'au moins :

– 20 lux en tout point du cheminement extérieur accessible ;

– 200 lux au droit des postes d'accueil ;
– 100 lux en tout point des circulations intérieures horizontales ;
– 150 lux en tout point de chaque escalier et équipement mobile.

Lorsque la durée de fonctionnement d'un système d'éclairage est temporisée, l'extinction doit être progressive. Dans le cas d'un fonctionnement par détection de présence, la détection doit couvrir l'ensemble de l'espace concerné et deux zones de détection successives doivent obligatoirement se chevaucher.

La mise en œuvre des points lumineux doit éviter tout effet d'éblouissement direct des usagers en position « debout » comme « assis » ou de reflet sur la signalétique.

Art. 15. – *Dispositions supplémentaires applicables à certains types d'établissements.*

Les dispositions architecturales et les aménagements des établissements recevant du public ou installations ouvertes au public et des équipements visés aux articles 16 à 19, en raison de leur spécificité, doivent en outre satisfaire à des obligations supplémentaires définies par ces articles.

Art. 16. – *Dispositions supplémentaires relatives aux établissements recevant du public assis.*

I. – Tout établissement ou installation accueillant du public assis doit pouvoir recevoir des personnes handicapées dans les mêmes conditions d'accès et d'utilisation que celles offertes aux personnes valides. A cet effet, des emplacements accessibles par un cheminement praticable sont aménagés. Dans les restaurants ainsi que dans les salles à usage polyvalent ne comportant pas d'aménagements spécifiques, ces emplacements doivent pouvoir être dégagés lors de l'arrivée des personnes handicapées. Le nombre, les caractéristiques et la disposition de ces emplacements est défini en fonction du nombre total de places offertes.

II. – Pour satisfaire aux exigences du I, les emplacements accessibles aux personnes en fauteuil roulant dans les établissements et installations recevant du public assis doivent répondre aux dispositions suivantes :

1° Nombre :

Le nombre d'emplacements accessibles est d'au moins 2 jusqu'à 50 places et d'un emplacement supplémentaire par tranche ou fraction de 50 places en sus. Au-delà de 1 000 places, le nombre d'emplacements accessibles, qui ne saurait être inférieur à 20, est fixé par arrêté municipal.

2° Caractéristiques dimensionnelles :

Chaque emplacement accessible doit correspondre à un espace d'usage dont les caractéristiques dimensionnelles sont définies à l'annexe 2.

Le cheminement d'accès à ces emplacements doit présenter les mêmes caractéristiques que les circulations intérieures.

3° Répartition :

Lorsque plusieurs places s'imposent et que la nature des prestations offertes par l'établissement présente des différences importantes selon l'endroit où le public est admis, les places adaptées doivent être réparties en fonction des différentes catégories de places offertes au public.

Art. 17. – *Dispositions supplémentaires relatives aux établissements comportant des locaux d'hébergement.*

I. – Tout établissement disposant de locaux d'hébergement pour le public doit comporter des chambres aménagées et accessibles de manière à pouvoir être occupées par des personnes handicapées.

Lorsque ces chambres comportent une salle d'eau, celle-ci doit être aménagée et accessible. Si ces chambres ne comportent pas de salle d'eau et s'il existe au moins une salle d'eau d'étage, elle doit être aménagée et être accessible de ces chambres par un cheminement praticable.

Lorsque ces chambres comportent un cabinet d'aisances, celui-ci doit être aménagé et accessible. Si ces chambres ne comportent pas de cabinet d'aisances, un cabinet d'aisances indépendant et accessible de ces chambres par un cheminement praticable doit être aménagé à cet étage.

II. – Pour satisfaire aux exigences du I, les établissements comportant des locaux d'hébergement pour le public, notamment les établissements d'hébergement hôtelier ainsi que tous les établissements comportant des locaux à sommeil, notamment les hôpitaux et les internats, doivent comporter des chambres adaptées aux personnes en fauteuil roulant, répondant aux dispositions suivantes :

1° Nombre :

Le nombre minimal de chambres adaptées est défini de la façon suivante :
– 1 chambre si l'établissement ne comporte pas plus de 20 chambres ;
– 2 chambres si l'établissement ne compte pas plus de 50 chambres ;
– 1 chambre supplémentaire par tranche ou fraction de 50 chambres supplémentaire au-delà de 50 ;
– pour les établissements d'hébergement de personnes âgées ou de personnes présentant un handicap moteur, l'ensemble des chambres ou logements, salles d'eau, douches et w.-c. doivent être adaptés.

Les chambres adaptées sont réparties entre les différents niveaux desservis par ascenseur.

2° Caractéristiques dimensionnelles :

Une chambre adaptée doit comporter en dehors du débattement de porte éventuel et de l'emprise d'un lit de 1,40 m × 1,90 m :

– un espace libre d'au moins 1,50 m de diamètre ;
– un passage d'au moins 0,90 m sur les deux grands côtés du lit ;
– un passage d'au moins 1,20 m sur le petit côté libre du lit.

Dans les établissements où les règles d'occupation ne prévoient qu'une personne par chambre ou couchage, le lit à prendre en compte est de dimensions 0,90 m × 1,90 m.

Lorsque le lit est fixé au sol, le plan de couchage doit être situé à une hauteur comprise entre 0,40 m et 0,50 m du sol.

Le cabinet de toilette intégré à la chambre ou l'une au moins des salles d'eau à usage collectif situées à l'étage doit comporter :

– une douche accessible équipée de barres d'appui ;
– en dehors du débattement de porte et des équipements fixes, un espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour dont les caractéristiques dimensionnelles sont définies à l'annexe 2.

Le cabinet d'aisances intégré à la chambre ou l'un au moins des cabinets d'aisances à usage collectif situés à l'étage doit offrir dès la livraison, en dehors du débattement de porte, un espace d'usage tel que défini à l'annexe 2, situé latéralement par rapport à la cuvette. Ce cabinet est équipé d'une barre d'appui latérale permettant le transfert de la personne depuis le fauteuil vers la cuvette et réciproquement. La barre doit être située à une hauteur comprise entre 0,70 m et 0,80 m. Sa fixation ainsi que le support doivent permettre à un adulte de prendre appui de tout son poids.

III. – Toutes les chambres doivent répondre aux dispositions suivantes :

Une prise de courant au moins doit être située à proximité d'un lit et, pour les établissements disposant d'un réseau de téléphonie interne, une prise téléphone doit être reliée à ce réseau.

Le numéro de chaque chambre figure en relief sur la porte.

Art. 18. – *Dispositions supplémentaires relatives aux douches et cabines.*

I. – Lorsqu'il y a lieu à déshabillage ou essayage en cabine, au moins une cabine doit être aménagée et accessible par une cheminement praticable. Lorsqu'il existe des douches, au moins une douche doit être aménagée et accessible par un cheminement praticable. Les cabines et les douches aménagées doivent être installées au même emplacement que les autres cabines ou douches lorsque celles-ci sont regroupées. Lorsqu'il existe des cabines ou des douches séparées pour chaque sexe, au moins une cabine ou une douche aménagée et séparée pour chaque sexe doit être installée.

II. – Pour satisfaire aux exigences du I, les cabines aménagées dans les établissements et installations comportant des douches, des cabines d'essayage, d'habillage ou de déshabillage, doivent respecter les dispositions suivantes :

Les cabines aménagées doivent comporter en dehors du débattement de porte éventuel :

– un espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour dont les caractéristiques dimensionnelles sont définies à l'annexe 2 ;
– un équipement permettant de s'asseoir et de disposer d'un appui en position « debout ».

Les douches aménagées doivent comporter en dehors du débattement de porte éventuel :

– un siphon de sol ;
– un équipement permettant de s'asseoir et de disposer d'un appui en position « debout » ;
– un espace d'usage situé latéralement par rapport à cet équipement ;
– des équipements accessibles en position « assis », notamment des patères, robinetterie, sèche-cheveux, miroirs, dispositif de fermeture des portes.

Art. 19. – *Dispositions supplémentaires relatives aux caisses de paiement disposées en batterie.*

Lorsqu'il existe des caisses de paiement disposées en batterie, un nombre minimum de caisses, défini en fonction du nombre total de caisses, doivent être aménagées, accessibles par un cheminement praticable et l'une d'entre elles doit être prioritairement ouverte. Lorsque ces caisses sont localisées sur plusieurs niveaux, ces obligations s'appliquent à chaque niveau.

Le nombre minimal de caisses adaptées est de une caisse par tranche de vingt, arrondi à l'unité supérieure.

Les caisses adaptées sont conçues et disposées de manière à permettre leur usage par une personne en fauteuil roulant. Elles sont munies d'un affichage directement lisible par l'usager afin de permettre aux personnes sourdes ou malentendantes de recevoir l'information sur le prix à payer.

Les caisses adaptées sont réparties de manière uniforme.

Art. 20. – L'arrêté du 17 mai 2006 relatif aux caractéristiques techniques relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées lors de la construction ou de la création d'établissements recevant du public ou d'installations ouvertes au public est abrogé.

Art. 21. – Le directeur général de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction et le directeur général de l'action sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 1er août 2006.

Le ministre de l'emploi,
de la cohésion sociale et du logement,
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général
de l'urbanisme, de l'habitat
et de la construction,
A. LECOMTE

Le ministre de la santé et des solidarités,
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général
de l'action sociale,
J.-J. TRÉGOAT

Le ministre délégué à la sécurité sociale,
aux personnes âgées,
aux personnes handicapées
et à la famille,
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général
de l'action sociale,
J.-J. TRÉGOAT

ANNEXE 1

Gabarit d'encombrement du fauteuil roulant

Les exigences réglementaires sont établies sur la base d'un fauteuil roulant occupé dont les dimensions d'encombrement sont de 0,75 m × 1,25 m.

ANNEXE 2

Besoins d'espaces libres de tout obstacle

Les personnes concernées par le handicap moteur (personnes en fauteuil roulant ou personnes avec des cannes) ont besoin d'espaces libres de tout obstacle pour trois raisons principales :

– se reposer ;
– effectuer une manœuvre ;
– utiliser un équipement ou un dispositif quelconque.

Ces espaces doivent être horizontaux au dévers près (2 %).

Caractéristiques dimensionnelles des différents espaces libres

TYPE D'ESPACE	CARACTÉRISTIQUES dimensionnelles
1. *Palier de repos* Le palier de repos permet à une personne debout mais à mobilité réduite ou à une personne en fauteuil roulant de se reprendre, de souffler.	Le palier de repos s'insère en intégralité dans le cheminement. Il correspond à un espace rectangulaire de dimensions minimales 1,20 m × 1,40 m.
2. *Espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour* L'espace de manœuvre permet la manœuvre du fauteuil roulant mais aussi d'une personne avec une ou deux cannes. Il permet de s'orienter différemment ou de faire demi-tour.	L'espace de manœuvre reste lié au cheminement mais avec une exigence de largeur correspondant à un ∅ 1,50 m.

TYPE D'ESPACE	CARACTÉRISTIQUES dimensionnelles
3. *Espace de manœuvre de porte*	
Qu'une porte soit située latéralement ou perpendiculairement à l'axe d'une circulation commune, l'espace de manœuvre nécessaire correspond à un rectangle de même largeur que la circulation commune mais dont la longueur varie selon qu'il faut pousser ou tirer la porte.	Deux cas de figure : – ouverture en poussant : la longueur minimum de l'espace de manœuvre de porte est de 1,70 m ; – ouverture en tirant : la longueur minimum de l'espace de manœuvre de porte est de 2,20 m.
Cas particulier des sas d'isolement : ils ont pour fonction d'éviter la propagation des effets d'un incendie provenant de locaux dangereux (parc de stationnement, celliers et caves regroupés, etc.) au reste du bâtiment. Les deux portes s'ouvrent à l'intérieur du sas : lorsqu'un usager handicapé franchit une porte un autre usager doit pouvoir ouvrir l'autre porte.	Sas d'isolement : – à l'intérieur du sas, devant chaque porte, l'espace de manœuvre correspond à un espace rectangulaire d'au moins 1,20 m × 2,20 m ; – à l'extérieur du sas, devant chaque porte, l'espace de manœuvre correspond à un espace rectangulaire d'au moins 1,20 m × 1,70 m.
4. *Espace d'usage*	
L'espace d'usage permet le positionnement du fauteuil roulant ou d'une personne avec une ou deux cannes pour utiliser un équipement ou un dispositif de commande ou de service.	L'espace d'usage est situé à l'aplomb de l'équipement, du dispositif de commande ou de service. Il correspond à un espace rectangulaire de 0,80 m × 1,30 m.

ANNEXE 3

Information et signalisation

Lorsque des informations permanentes sont fournies aux visiteurs par le moyen d'une signalisation visuelle ou sonore, celles-ci doivent pouvoir être reçues et interprétées par un visiteur handicapé.

Les éléments d'information et de signalisation doivent être visibles et lisibles par tous les usagers. En outre, les éléments de signalisation doivent être compréhensibles notamment par les personnes atteintes de déficience mentale. Seules les informations fournies de façon permanente aux usagers sont concernées.

Visibilité	Les informations doivent être regroupées. Les supports d'information doivent répondre aux exigences suivantes : – être contrastés par rapport à leur environnement immédiat ; – permettre une vision et une lecture en position « debout » comme en position « assis » ; – être choisis, positionnés et orientés de façon à éviter tout effet d'éblouissement, de reflet ou de contre-jour dû à l'éclairage naturel ou artificiel ; – s'ils sont situés à une hauteur inférieure à 2,20 m, permettre à une personne mal voyante de s'approcher à moins de 1 m.
Lisibilité	Les informations données sur ces supports doivent répondre aux exigences suivantes : – être fortement contrastées par rapport au fond du support ; – la hauteur des caractères d'écriture doit être proportionnée aux circonstances : elle dépend notamment de l'importance de l'information délivrée, des dimensions du local et de la distance de lecture de référence fixée par le maître d'ouvrage en fonction de ces éléments. Lorsque les informations ne peuvent être fournies aux usagers sur un autre support, la hauteur des caractères d'écriture ne peut en aucun cas être inférieure à : – 15 mm pour les éléments de signalisation et d'information relatifs à l'orientation ; – 4,5 mm sinon.
Compréhension	La signalisation doit recourir autant que possible à des icônes ou à des pictogrammes. Lorsqu'ils existent, le recours aux pictogrammes normalisés s'impose.

Annexe 6
Exemples de fiche critique de diagnostic accessibilité

accèsmétrie

Saint-Brice sous-Forêt

MAITRE D'OUVRAGE **VILLE DE SAINT BRICE SOUS FORET**	Site **01.1 - Hôtel de ville**
	Localisation **14 rue de Paris**
	Obstacle critique n° **C15.1**

Fonction Accueil
SNTR (SANITAIRE) - Du public

Description
La cuvette n'est pas conforme à la règlementation **htr 41cm**

Principe

Remplacer la cuvette existante par une cuvette conforme (htr entre 46 et 50cm)

POSE D'UNE CUVETTE ADAPTEE PMR	qtés 1	estim.unit	détails HT	TOTAL € HT
dépose cuvette actuelle				
fourniture et pose d'une cuvette conforme				
			TOTAL	300

Source : Saint-Brice-Sous-Forêt/www.saintbrice95.fr

Annexe 7
Exemples de fiche de synthèse évaluant le niveau d'accessibilité en %

Les niveaux d'accessibilité sont illustrés par des couleurs qui obéissent à un code simple, inspiré de celui utilisé pour les pistes de ski alpin :

Indice	Type d'accès	couleur
Entre 0 et 24%	Totalement inaccessible	Noir
Entre 25 et 49%	Non accessible	Rouge
Entre 50 et 74%	Accessible accompagné	Bleu
Entre 75 et 100%	Accessible en autonomie	Vert

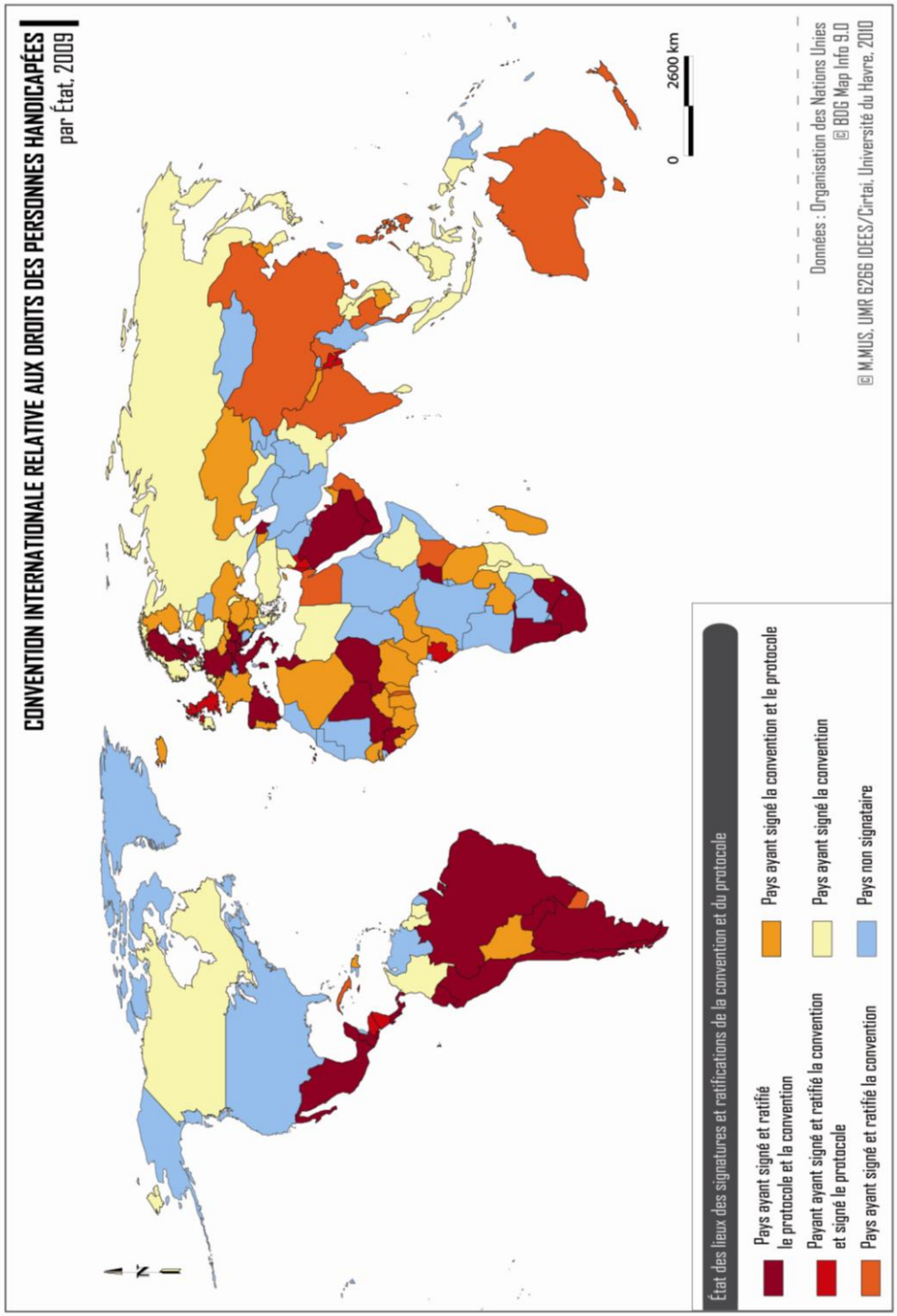
accèsmétrie

Saint-Brice sous-Forêt

17.2 - Crèche familiale

MODULE	ACCESSIBILITE	OBSTACLE
Fonction : Abord		
CHEX (CHEMINEMENT EXTERIEUR) - Piéton	0%	C1.1 C1.2
PRKG (PARKING) - Personnel	0%	C2
CHEX (CHEMINEMENT EXTERIEUR) - Parking vers entrée	100%	
	33%	
Fonction : Entrée		
PRTE (PORTE EXTERIEURE) - Personnel	0%	C3
PRTE (PORTE EXTERIEURE) - Public	0%	C4
	0%	
Fonction : Accueil		
CHIN (CHEMINEMENT INTERIEUR) - Hall	100%	
RCPT (RECEPTION)	100%	
CHIN (CHEMINEMENT INTERIEUR) - Vers sanitaires	0%	C5
SNTR (SANITAIRE)	0%	C6
	50%	
Fonction : Direction		
CHIN (CHEMINEMENT INTERIEUR) - Couloir	0%	C7
BURE (BUREAU) - Direction	100%	
BURE (BUREAU) - Educatrice	100%	
PACA (SALLE DE PAUSE ET CAFE)	100%	
	75%	
Fonction : Salle de jeux		
CHIN (CHEMINEMENT INTERIEUR) - Vers la salle de jeux	100%	
CHIN (CHEMINEMENT INTERIEUR) - Salle de jeux	0%	C8
	50%	
Fonction : Récréation		
PRTE (PORTE EXTERIEURE) - Vers récréation	100%	
RECR (COUR DE RECREATION)	100%	
	100%	
NOTE GLOBALE DE CE SITE :	57%	

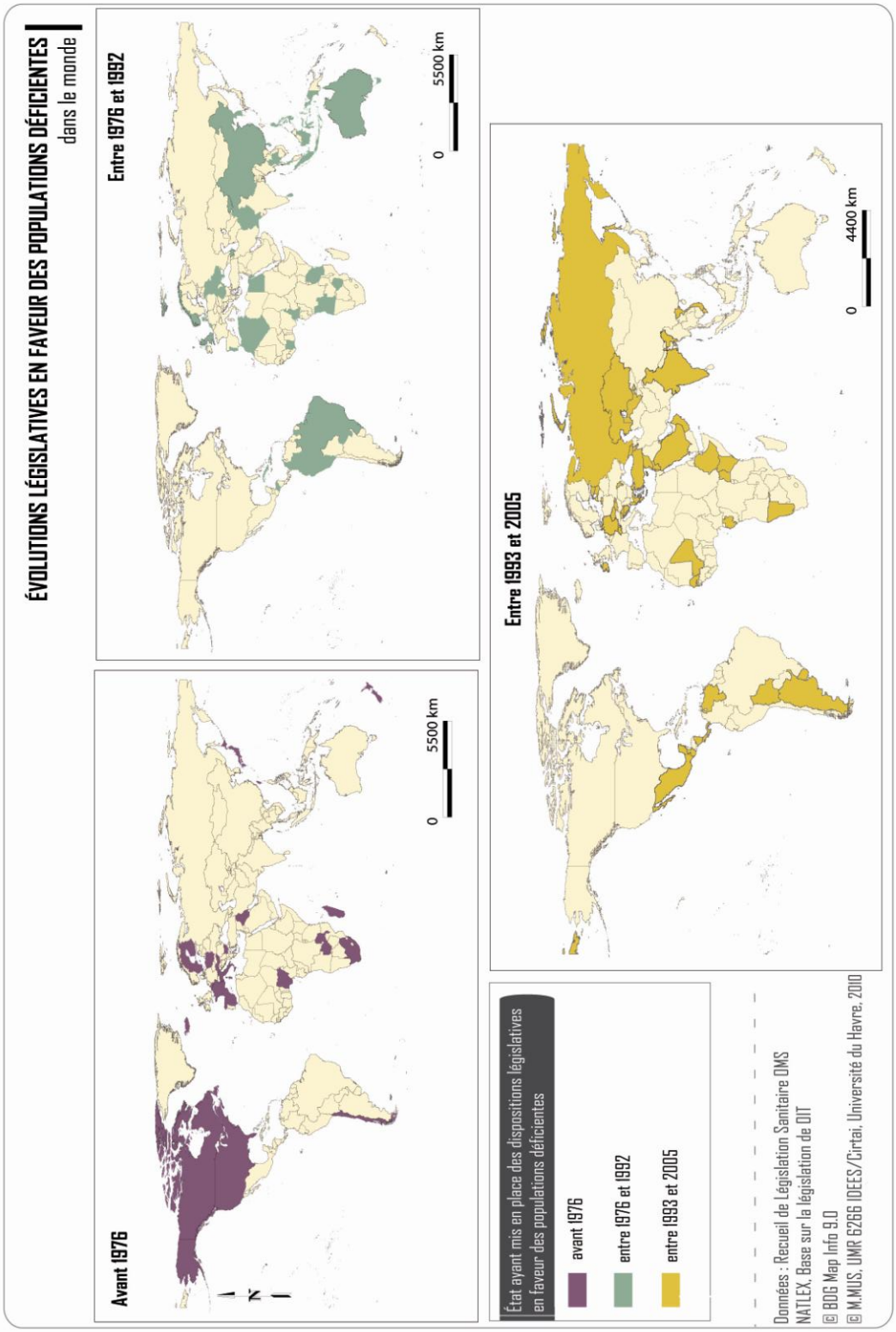
Source : Saint-Brice-Sous-Forêt/www.saintbrice95.fr


CONVENTION INTERNATIONALE RELATIVE AUX DROITS DES PERSONNES HANDICAPÉES
par État, 2009
N
0
2600 km
État des lieux des signatures et ratifications de la convention et du protocole
Pays ayant signé et ratifié le protocole et la convention
Pays ayant signé la convention et le protocole
Payant ayant signé et ratifié la convention et signé le protocole
Pays ayant signé la convention
Pays ayant signé et ratifié la convention
Pays non signataire
Données : Organisation des Nations Unies
© BDG Map Info 9.0
© M.MUS. UMR 6266 IDEES/Cirtai. Université du Havre, 2010

Annexe cartographique

Carte 3-4

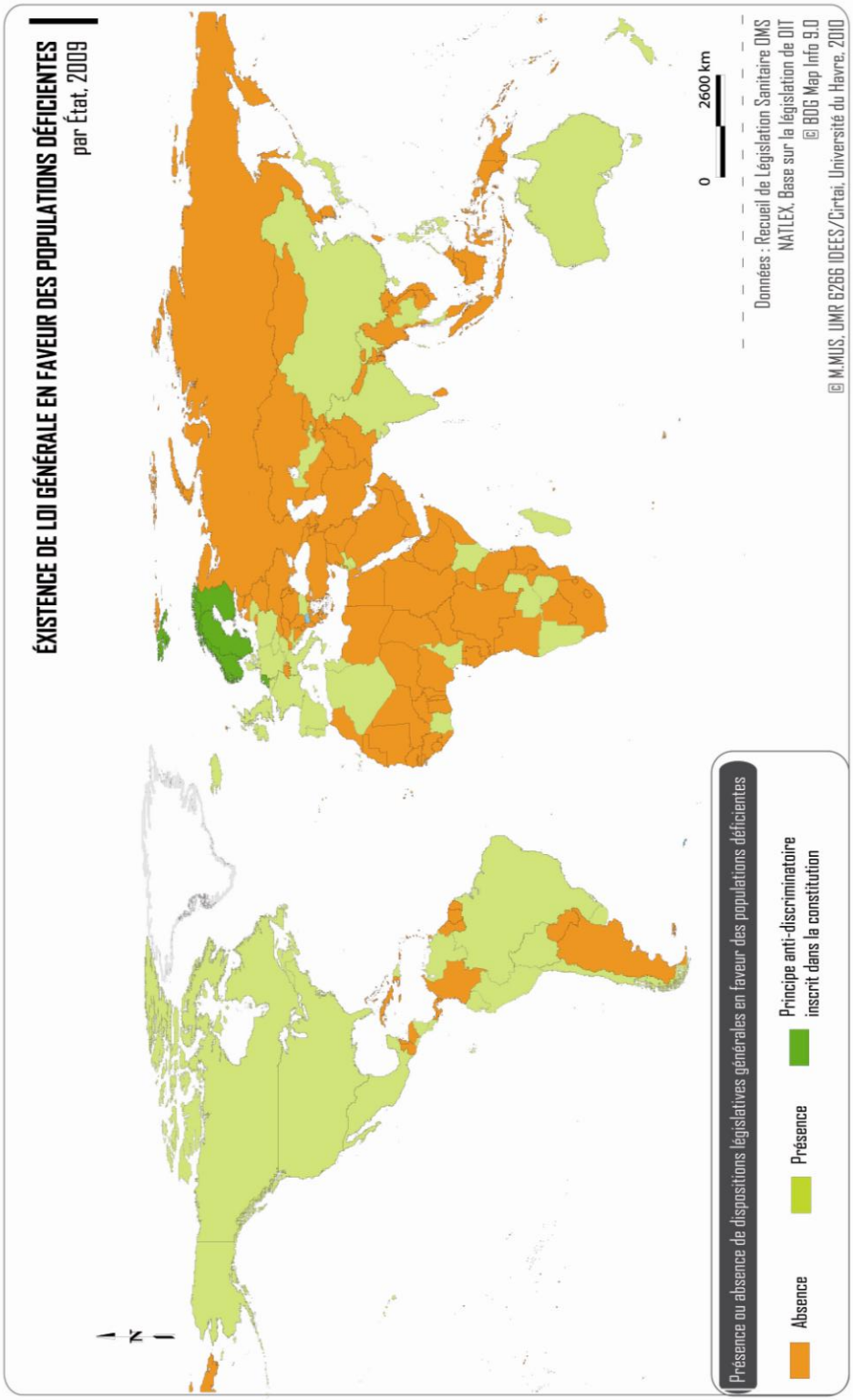
Evolutions législatives en faveur des populations déficientes dans le monde



Annexe cartographique

Carte 3-5

Existence de loi générale en faveur des populations déficientes- par État, en 2009



Bibliographie générale

Etant donné la diversité des sources mobilisées, une bibliographie thématique est apparue adaptée afin de guider le lecteur. Certains articles ou ouvrages peuvent apparaître plusieurs fois selon les thèmes abordés.

APPROCHE GÉNÉRALE p441

Dictionnaires
Géographie humaine
Différence et l'altérité
Mobilité

ESPACE URBAIN ET GOUVERNANCE DES TERRITOIRES p444

Le projet urbain
La présence de la différence sur la scène urbaine
Aménagement du territoire, acteurs et gouvernance

LE "HANDICAP" p448

Ouvrages et articles de références
Le "handicap" dans les sciences sociales
Approche culturelle
Les disability studies, geography of disabiliy
Le "handicap" dans les politiques publiques

LES POPULATIONS DÉFICIENTES ET LE TERRITOIRE p452

Approche géo-historique
Corps, architecture et urbanisme
Gouvernance internationale, européenne concernant les populations déficiences
Accessibilité territoriale et population déficientes

RESSOURCES DOCUMENTAIRES MOBILISÉES p462

Références législatives
Ressources statistiques
Base de données utilisées
Villeneuve d'Ascq et les villes nouvelles

WEBOGRPAHIE p466

Ressources institutionnelles
Ressources documentaires en ligne
Ressources sur l'accessibilité

DICTIONNAIRES

ANDRIEU (B), 2006, *Le dictionnaire du corps en sciences humaines et sociales*, CNRS Editions, 552p.

BAILLY (A), FERRAS (R), PUMAIN (D), 1995, *Encyclopédie de la géographie*, Editions Economica, 1167p.

BERQUE (A), 1987, *Écoumène, Introduction à l'étude des milieux humains*, Belin, 446p.

BRUNET (R), 2005, *Les mots de la géographie, 3ème édition*, Reclus-la documentation française, 518p.

CHOAY (F), MERLIN (P), 1996 (2nd édition), *Dictionnaire de l'urbanisme et de l'aménagement*, PUF, 863p.

LUSSAULT (M), LEVY (J), 2003, *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*, Belin, 1033p.

SMELSER (N), BALTES (P), 2001, *International encyclopedia of the social & behavioral sciences*, Elsevier, Paris, Amsterdam, New York.

ZRIBI (G), POUPEE-FONTAINE (D), 2002, *Dictionnaire du handicap*, Editions Ecole Nationale de la santé publique, Rennes, 327p.

GÉOGRAPHIE HUMAINE

ALEXANDRE (F), GENIN (A), 2008, *Continu et discontinu dans l'espace géographique*, Presses Universitaires François-Rabelais, Coll Villes et Territoires n°16, 442 p.

BAILLY (A), SCARIATI (R), 1999, *Voyages en géographie*, Anthropos, 104p.

BILLARD (G), CHEVALIER (J), MADORE (F), 2005, *Villes fermées, villes surveillées*, Presses Universitaires de Rennes, 230p.

BULEON (P), DI MEO (G), 2005, *L'espace social, une lecture géographique des sociétés*, Armand Colin, 303p.

BRUNET (R), FRANÇOIS (J-C), GRASLAND (C), 1997, *La discontinuité en géographie : origines et problèmes de recherche*, in L'espace géographique, Vol 26, n°4, pp297-308

DAVIS (M), 2006, *Le pire des mondes possibles*, La Découverte, 250p.

DI MEO (G), 1998, *Géographie sociale et territoire*, Paris, Nathan, 317p.

DUVIGNAUD (J), 1977, *Lieux et non lieux*, Editions Galilée, 153p.

FOURNIER (J-M), 2001, *Faire la géographie sociale aujourd'hu*i, Actes du colloque de géographie sociale de Caen, 18-19 novembre 1999, Caen, Presses Universitaires de Caen, 255p.

GAY (J-C), 2004, *Les discontinuités spatiales*, Economica, 112p.

GERVAIS-LAMBONY (Ph), DUFAUX (F), 2009, *Justice…spatial!*, in Annales de Géographie, n°665-666, pp3-15.

GIBLIN (B), 1999, *Pourquoi la santé publique est devenue une question géopolitique*, in Hérodote, n°92, pp 3-11.

GROSJEAN (M), THIBAUD (J-P), 2001, *L'espace urbain en méthodes*, Edition Parenthèses, 217p.

KNAFOU (R), 1998, *Vers une géographie du rapport à l'autre*, in *La planète nomade* KNAFOU (R) Paris, Belin, 247p.

LACOSTE (Y), 2002, *Géopolitique des religions*, in Herodote, Vol 3, n°106, pp 3-14.

LACOSTE (Y), 2008, *Hérodote a vingt cinq ans*, Ecologie et géopolitique en France, in Herodote, Vol 3, n°130, pp 3-12.

LUSSAULT (M), 2007, *L'homme spatial. La construction sociale de l'espace humain*, Seuil, 366p.

LUSSAULT (M), 2008, *L'harmonie des contraires : pour relativiser le dualisme continu/discontinue*, in ALEXANDRE (F), GENIN (A), 2008, *Continu et discontinu dans l'espace géographique*, Presses Universitaires François-Rabelais, Coll Villes et Territoires n°16, 442 p

LUSSAULT (M), 2009, *De la lutte des classes à la lutte des places*, Grasset, 220p.

MONGIN (O), 2005, *La condition urbaine*, Seuil, 326p.

MOSER (G), WEISS (K), 2003, *Espaces de vie. Aspects de la relation homme-environnement*, Armand Colin, 396p.

PAQUOT (T), 2006, *Terre urbaine. Cinq défis pour le devenir urbain de la planète*, La Découverte, 221p.

PITTE (J-R), 2009, *La géographie, une science pour mieux habiter la planète*, Conférence pour Canal Académie, Radio académique francophone sur internet, http://www.canalacademie.com/La-geographie-reste-un-savoir.html

DIFFÉRENCE ET ALTERITÉ

DE GAULEJAC (V), TABOADA-LEONETTI (I), 1997, *La lutte des places*, Desclée de Brouwer, 286p.

COURTEIX (M-C), 2004, *La place des personnes handicapées dans la société*, in ADSP, n°49, pp44-47.

FOUCAULT (M), 1999, *Les anormaux. Cours au Collège de France (1974-1975)*, Seuil, 351p.

HANCOCK (C), 2009, *La justice au risque de la différence : faire une « juste place » à l'autre*, in Annales de Géographie, n°665-666, pp61-75.

HERITIER (F), 1996, *Masculin/Féminin, La pensée de la différence*, Odile Jacob, 332p.

JODELET (D), 2005, *Figures et Formes de l'altérité*, pp 23-45 in SANCHEZ-MAZAS (M), LICATA (L), *L'autre : regards psychosociaux*, Presses Universitaires de Grenoble, 415p.

SANCHEZ-MAZAS (M), LICATA (L), *L'autre : regards psychosociaux*, Presses Universitaires de Grenoble, 415p.

WIEVIORKA (M), 2000, *La différence*, Paris, Balland, 200p.

MOBILITÉ

ALLEMAND (S), 2004, *La mobilité comme capitale*, in Sciences Humaines, n°145, pp 20-23.

ALLEMAND (S), ASCHER (F), LEVY (J), 2004, *Les sens du mouvement*, Belin, 336p.

BEAUCIRE (F), 2007, *Ville, mobilité et accessibilité*, in Ville en développement, n°78, pp2-3.

BONNET (M), AUBERTEL (P), 2006, *La ville aux limites de la mobilité*, Paris, PUF, 316p.

BRÈS (A), 1998, *Le système des voies urbaines : entre réseau et espace*, in Flux Cahiers scientifiques internationaux Réseaux et Territoires, Vol 14, n°34, pp 4-20.

GRINBERG (E), 2001, *Mobilité restreinte, mobilité étendue*, L'harmattan, 142p.

KAPLAN (D), LAFONT (H), 2004, *Mobilités.net : Villes, transports, technologies face aux nouvelles mobilités*, L.G.D.J, 380p.

LE BRETON (E), 2004, *Mobilité, exclusion, marginalité*, pp117-123 in ALLEMAND (S), ASCHER (F), LEVY (J), 2004, Les sens du mouvement, Belin, 336p.

LE BRETON (E), 2005, *Bouger pour s'en sortir. Mobilité quotidienne et intégration sociale*, Armand Colin, 247p.

LE BRETON (E), 2006, *Homo mobilis*, pp23-31 in BONNET (M), AUBERTEL (P), 2006, La ville aux limites de la mobilité, Paris, PUF, 316p.

LEBRETON (E), 2006, *Mobilité et inégalités sociales*, Conférence de l'Université de Tous les Savoirs, 7 janvier 2006.

LEVY (J), 2004, *Modèle de mobilité, modèle d'urbanité*, pp157-169 in ALLEMAND (S), ASCHER (F), LEVY (J), 2004, Les sens du mouvement, Belin, 336p.

MARZLOFF (B), 2004, *La mobilité, c'est la mobilisation des accessibilités* in KAPLAN (D), LAFONT (H), 2004, *Mobilités.net : Villes, transports, technologies face aux nouvelles mobilités*, L.G.D.J, 380p.

MIGNOT (D), ROSALES-MONTANO (S), 2006, *Vers un droit à la mobilité pour tous. Inégalités, territoires et vie quotidienne*, La documentation française, Paris, 97p.

ORFEUIL (J-P), 2008, *Mobilités urbaines - L'âge des possibles*, Les carnets de l'info, 256p.

REMY (J), 2004, *Culture de la mobilité et nouvelles formes de territorialité*, pp13-42 in VODOZ (L), 2004, VODOZ (L), PFISTER-GIAUQUE (B), JEMELIN (L), 2004, *Les territoires de la mobilité*, Presses Polytechniques et Universitaires Romandes, 398p.

RIVIER (R)), 2004, *Approches fonctionnelles et techniques de la mobilité*, in VODOZ (L), 2004, VODOZ (L), PFISTER-GIAUQUE (B), JEMELIN (L), 2004, *Les territoires de la mobilité*, Presses Polytechniques et Universitaires Romandes, 398p.

STOCK (M), 2005, *Les sociétés à individus mobiles : vers un nouveau mode d'habiter ?*", in Espaces Temps.net, Textuel, 25.05.2005.

VODOZ (L), PFISTER-GIAUQUE (B), JEMELIN (L), 2004, *Les territoires de la mobilité*, Presses Polytechniques et Universitaires Romandes, 398p.

ESPACE URBAIN ET GOUVERNANCE DES TERRITOIRES

LE PROJET URBAIN

ASCHER (F), 2001, *Les nouveaux principes de l'urbanisme. La fin des villes n'est pas à l'ordre du jour*, Editions de L'aube, 123p.

BASSAND (M), 2001, *Les espaces publics en mouvements*, in Villes en parallèle, n°32-33-34, pp36-49.

BASSAND (M), 2007, *Cités, villes, métropoles. Le changement irréversible de la ville*, Presses polytechniques et universitaires romandes, 234p.

BAUDUIN (R), FAURE (A), FOURCAUT (A), MOREL (M), VOLDMAN (D), 1990, *Écrire une histoire contemporaine de l'urbain*, in Revue d'histoire Vingtième Siècle, n°27, pp97-105.

BERGER (P), NOUHAUD (J-P), 2004, Formes cachées. La ville, Presses polytechniques et universitaires romandes, 219p.

BETIN (C), *La construction de l'espace public. Le cas de Lyon*, in Geocarrefour, Vol 76, n°1, pp47-54.

BLANQUART (P), 1997, *Une histoire de la ville pour repenser la société*, La Découverte, 193p.

BOURDIN (A), 2005, *La métropole des individus*, Editions de l'Aube,250p.

BOURDIN (A), LEFEUVRE (M-P), MELE (P), 2006, *Les règles du jeu urbain*, Descartes et Compagnie, 316p

BOURDIN (A), 2009, *Du bon usage de la ville*, Descartes et Compagnie, 174p.

BRUN (J), 1994, *La ségrégation dans la ville*, L'harmattan,257p.

CHARBIT (Y), 2002, *La cité platonicienne : histoire et utopie*, in Population, n°2, pp231-260.

CHEMETOV (P), 1986, *Le grand laboratoire*, in Espaces-Temps, *Voyage au centre de la ville. Eloge de l'urbanité,* n°33, 74p.

CLEMENT (S), MANTOVANI (J), MEMBRADO (M), 1998, *Expériences du vieillissement et formes urbaines*, in HAUMONT (N), L'urbain dans tous ses états, L'harmattan, 396p.

CUTHBERT (A), 2006, *The forms of cities. Political Economy and urban design*, Blackwell Publishing, 304p.

DREYFUS (J), 1976, *La ville disciplinaire*, Editions Galilée, 215p.

FOURCAUD (A), 1996, *La ville divisée. Les ségrégations urbaines en question*, Editions Créaphis, 478p.

GHORRA-GOBIN (C), 2001, *Les espaces publics. Capital Social*, in Geocarrefour, Vol 76, n°1, pp5-11.

HEURGON (E), 2001, *Les espaces publics urbains : un enjeu majeur pour les villes*, in Villes en parallèle, n°32-33-34, pp49-58.

JOSEPH (I), 1998, *La ville sans qualités*, Editions de l'Aube, 209p.

LE GOIX (R), 2002, *Les gated communities à Los Angeles : morceaux de ville ou territoires à part entière ?*, Texte de la conférence du samedi 5 octobre, Salon géomatique du FIG de Saint Dié.

MONGIN (O), 2000, *Les rythmes urbains : de la ville à la non ville*, Conférence de l'Université de Tous les Savoirs, 19 avril 2000.

MUMFORD (L), 1964, *La cité à travers l'histoire*, Editions du Seuil, 781p.

PAQUOT (T), LUSSAULT (M), 2000, *La ville et l'urbain, l'état des savoirs,* Editions La découverte, 441p.

PINSON (D), 2000, *L'usager de la ville*, pp233-243 in PAQUOT (T), LUSSAULT (M), 2000, *La ville et l'urbain, l'état des savoirs*, Editions La découverte, 441p.

POULET (H), 2009, *Le vieillissement de la société : un défi pour la vie collective locale*, in Pouvoirs locaux, n°82, pp 5-9.

REMY (J), 1988, *La ville, vers une nouvelle définition* ?, L'harmattan, 173p.

ROBIC (M-C), 2003, *La ville, objet ou problème ? La géographie urbaine en France*, in Sociétés contemporaines, n°49-50, pp107-138.

RONCAYOLO (M), 1990, *La ville et ses territoires*, Folio Essais, 285p.

TOPALOV (C), 2002, *Les divisions de la ville*, Editions de la Maison des Sciences de l'homme, 469p.

WIEL (M), 2005, *Ville et mobilité : un couple infernal ?*, Editions de l'Aube, 90p.

WIRTH (1984), *Le phénomène urbain comme mode de vie*, in GRAFMEYER (Y), JOSEPH (I), *L'école de Chicago : Naissance de l'écologie urbaine*, Aubier, pp. 255-281.

BOQUET (M), 2008, *Les banlieues entre ouverture et fermeture : realites et représentations de l'enclavement dans les quartiers urbains défavorisés*, Thèse pour obtenir le grade de Docteur de l'Université du Havre, sous la direction de B. Steck, UMR CNRS 6266 I.D.E.E.S / CIRTAI, 454p.

BUSSI (M), 1999, *Recensement en continu… Découpages figés. Quelques précisions pour recentrer et élargir le débat*, in Cybergeo, *Recensement de la population en continu : choisir le temps et l'espace ?*, mis en ligne le 17 août 1999, modifié le 22 mars 2007.

CANETTI (E), 1966, *Masse et puissance*, Gallimard, 526p.

CHELKOFF (G), THIBAUD (J-P), 1992, *L'espace public, modes sensible: le regard sur la ville, in Les annales de la recherche urbaine*, n°57-58, pp 7-16.

COMBESSIE (P), 1996, *Prison des villes et des campagnes. Etude d'écologie sociale*, L'atelier, 238p.

FOUCAULT (M), 1975, *Surveiller et punir*, Gallimard, 360p.

HALL (E), 1959, *Le langage silencieux*, Editions du Seuil, 237p.

HALL (E), 1971, *La dimension cachée*, Editions du Seuil, 254p.

GOFFMAN (E), 1973, *La mise en scène de la vie quotidienne. Les relations en public*, Les Editions de minuit, 372p.

LAZZAROTTI (O), 2006, *Habiter La condition géographique*, Belin, 287p.

LAZZAROTTI (O), 2006, *Habiter : aperçus d'une science géographique*, in Cahiers de Géographie du Québec, Vol 50, n°139, avril 2006.

MOLES, 1986, *Labyrinthe ou nébuleuse, tiré de Voyage au centre de la ville. Eloge de l'urbanité*, in Espace Temps, n°33, 74p.

SAILLANT (F), FOUGEYROLLAS (P), 2007, *L'icône du handicap*, in Reliance, Vol 3, n°25, pp 81-87.

SELIMANOVSKI (C), 2008, *L'inscription spatiale de la pauvreté : entre rupture et continuité*, in ALEXANDRE (F), GENIN (A), 2008, *Continu et discontinu dans l'espace géographique*, Presses Universitaires François-Rabelais, Coll Villes et Territoires n°16, 442 p.

SENNETT (R), 1990, *La conscience de l'œil*, Editions de la Passion, 221p.

STECK (B), 1998, *L'exclusion ou le territoire du repli progressif*, in L'information géographique, n°2, p 66- 71.

ZENEIDI-HENRY (D), 2002, *Les SDF et la ville, géographie du savoir-survivre*, Bréal, 288p.

DE BRIANT (V), 2007, *Des territoires en quête de (meilleure) gouvernance*, in Pouvoirs locaux, n°75, pp 6-7.

DEBARBIEUX (B), VANIER (M), 2002, *Ces territorialités qui se dessinent*, Edition de l'Aube, 267p.

DEGRON (R), 2007, *État, départements et communes : une géoalliance sociale exclusive* in Pouvoirs locaux n°75, pp 25-33.

DEGRON (R), 2009, *De la rénovation en douceur d'un monument historique*, in Pouvoirs locaux, n°82, pp23-29.

DI MEO (G), 1987, Objectivation *et représentation des formations socio-spatiales : de l'acteur au territoire*, in Annales de Géographie, Vol 96, n°537, pp564-594.

DI MEO (G), 1996, *Les territoires du quotidien*, L'harmattan, 207p.

DUPUY (G), 2000, *L'aménagement du territoire vu par un aménageur*, in Territoire 2020, n°1, pp11-12.

FREMONT (A), 2000, *L'aménagement du territoire et les disciplines universitaires*, in Territoire 2020, n1, pp 9-10.

GUILLAUME (Y), 2010, P*ouvoirs locaux et réforme territoriale : changer pour ne pas changer*, in Pouvoirs locaux n°84, pp 13-18.

GUMUCHIAN (H), 1991, *Représentations et aménagements du territoire*, Paris, Economica, 143p.

GUMUCHIAN (H), PECQUEUR (B), 2007, *La ressource territoriale*, Economica, 252p.

GUMUCHIAN (H). GRASSET (E), LAJARGE (R), ROUX (E), 2003, *Les acteurs ces oubliés du territoire*, Paris, Economica, 186p.

LEFEBVRE (R), 2010, *Les impensés de la démocratie locale dans le projet de réforme territoriale*, in Pouvoirs locaux n°84, pp 19-23.

LEGRAND (Ch), 2007, *De la HQE à la HQU*, in Techni.Cités, n°134 du 8 septembre, pp 25-26.

MOINE (A), 2007, *Le territoire : comment observer un système complexe ?*, L'harmattan, 176p.

NEMERY (C), 2000, *L'aménagement du territoire vu par un juriste*, in Territoire 2020, n°1, pp9-10.

ROCHEFORT (R), 1962, *Problèmes humains de l'aménagement du territoire*, in Revue de Géographie de Lyon, Vol 37, n°4, pp 287-311.

SEDJARI (A), 2006, *Les politiques de la ville : intégration urbaine et cohésion sociale*, L'Harmattan, 360p.

SUBRA (P), 2007, *Géopolitique de l'aménagement des territoires*, Armand Colin, 326p.

SUBRA (P), 2008, *L'aménagement, une question géopolitique !*, in Hérodote, Vol 3, n°130, pp 222-250.

VANIER (M), 2005, *L'interterritorialité : pistes pour hâter l'émancipation spatiale*, in ANTHEAUME (B), GIRAUT (F), *Le territoire est mort, Vive les territoires*, IRD Editions, pp 317-336.

VANIER (M), 2008, *Le pouvoir des territoires. Essai sur l'interterritorialité*, Anthropos, 159p.

LE "HANDICAP"

OUVRAGES ET ARTICLES DE RÉFERENCE

ASSANTE (V), 2000, *Situation de handicap et cadre de vie*, Paris, Les Editions des journaux officiels, 103p.

BARDEAU (J-M), 1982, *Voyage à travers l'infirmité*, Editions du Scarabée, 188p.

BLANC (A), 2006, *Le Handicap ou le désordre des apparences*, Armand Colin, coll : Sociétales, Paris, 255p.

BORILLO (D), 2003, *Lutter contre les discriminations. Handicap et discriminations : genèse des ambiguïtés d'une inflexion de l'action publique*, La Découverte, 208p.

CELLOT (Y), 2008, *Et si c'était la personne lourdement handicapée qui prenait soin de nous… !*, in EMPAN, Vol 2, n°70, pp71-78.

HAMONET (Cl), 2002, *Lettre à Monsieur Jacques Chirac à propos du handicap et des personnes qui vivent des situations de handicap*, Connaissances et savoir, Paris, 42p.

HAMONET (Cl), 2004, *Les personnes handicapées*, PUF, Coll. Que-sais-je ?, 4ème édition, Paris, 127p.

HAMONET (Cl), JOUVENCEL (M), 2005, *Handicap : des mots pour le dire, des idées pour agir*, Connaissances et savoir, Paris, 170p.

KORFF-SAUSSE (S), 2005, *Un exclu pas comme les autres*, in Cliniques méditerranéennes, n°72, pp133-138.

KRISTEVA (J), 2003, *Lettre au Président de la République sur les citoyens en situation de handicap, à l'usage de ceux qui le sont et de ceux qui ne le sont pas*, Paris, Fayard, 95p.

MINAIRE (P), 1981, *L'approche du handicap doit être différente* in Handicaps et inadaptations, Les cahiers du CTNERHI, n°14.

MURPHY (R), 1987, *Vivre à corps perdu*, Plon, 391p.

PAICHELER (H), BEAUFILS (B), EDREI (C), 1981, *Des comportements vis-à-vis des handicapés physiques*, in Handicaps et réadaptation – Les cahiers du CTNERHI, n°16, pp5-14.

STIKER (H-J), 2007, *L'infirmité est le miroir de notre monde*, in Reliance, Vol 4, n°26, pp7-10.

STIKER (H-J), 2009, *Comment nommer les déficiences ?*, in Ethnologie française, Vol 3, Tome 39, pp463-470.

WINANCE (M), 2004, *Handicap et normalisation. Analyse des transformations du rapport à la norme dans les institutions et les interactions*, in Politix, Vol 17, n°66, pp201-227.

LE HANDICAP DANS LES SCIENCES SOCIALES

BOUCHER (N), 2003, *Handicap, recherche et changement social. L'émergence du paradigme émancipatoire dans l'étude de l'exclusion sociale des personnes handicapées*, in Lien social et Politiques, Automne 2003, pp147-164.

CALVEZ (M), 1994, *Le handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité*, in Sciences sociales et santé, Vol Xii, n°1, pp61-89.

CALVEZ (M), 2000, *La liminalité comme cadre d'analyse du handicap*, in Revue Prévenir, n°39, 2nd Semestre, pp 83-89.

COOK (J), 2000, *Le handicap est culture*, in Prévenir, n°39, pp 61-69.

DESSAULLE (P-S), 2005, *La personne en situation de handicap : usager ou citoyen ?*, in Gérontologie et Société, n°115, décembre, pp 63-74.

GOFFMAN (E), 1975, *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, Paris, Edition de minuit, 180p.

JODELET (D), 1989, *Folies et représentations sociales*, Presses Universitaires de France, 398p.

LANG (G), 2003, *De la « personne handicapée » à la personne en « situation de handicap »*, in Education permanente, n°156, pp 123-129.

LE BRETON, 2003, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, Presses Universitaires de France, 263p.

MURPHY (R), 1987, *Vivre à corps perdu*, PLON, 374p.

RAVAUD (J-F), 1999, *Modèle individuel, modèle médical, modèle social : la question du sujet*, in Handicap-Revue de sciences humaines et sociales, n°81, pp64-75.

RAVAUD (J-F), STIKER (H-J), 2000, *Les modèles de l'inclusion et de l'exclusion à l'épreuve du handicap. Typologie des différents régimes d'exclusion repérables dans le traitement social du handicap*, in Handicap, Revue des sciences humaines et sociales, n°87, Juillet-Septembre, pp 1-19.

RAVAUD (J-F), VILLE (I), 2005, *Santé et société, le handicap comme nouvel enjeu de santé publique*, in Cahiers Français, n°324, pp 21-26.

STIKER (H-J), 1997, *Corps infirmes et sociétés*, Paris, Dunod, 217p.

STIKER (H-J), 2003, *Les enjeux d'une approche situationnelle du handicap*, n°156, pp115-121.

STIKER (H-J), 2007, *Approche anthropologique des images du handicap. Le schème du retournement*, in ALTER, Revue européenne de recherche sur le handicap, Vol 1, pp10-22.

STIKER (H-J), 2007, *Pour une nouvelle théorie du handicap. La liminalité comme double*, in Champ Psychosomatique, Vol 1, n°45, pp7-23.

STIKER, (H-J), 1996, *Handicap et exclusion. La construction sociale du handicap* in *L'exclusion, l'État des savoirs*, PAUGAM (S), Paris, La découverte, pp311-320.

VILLE (I), 2004, *Le sentiment d'appartenance des personnes tétraplégiques françaises à la « communauté handicapé »*, in Handicap, Revue des sciences humaines et sociales, n°101-102, Janvier-Juin, pp79-99.

VILLE (I), RAVAUD (J-F), 2003, *Personnes handicapées et situations de handicap*, in Problèmes économiques et Sociaux, n°892, La documentation Française, 124p.

APPROCHE CULTURELLE

COOK (J), 2000, *Le handicap est culture*, in Prévenir, n°39, pp 61-69.

DELAROQUE (M), 2007, *Les représentations et pratiques sociales du handicap moteur à travers les systèmes de croyance au Sénégal*, Mémoire de Master 2, sous la direction de Steck (B), Université du Havre, 79p.

GARNIER (R), 1997, *Médecine traditionnelle en pays Akyé de Côte d'Ivoire. Etude d'une catégorie de thérapeutes et leurs techniques*, Ecole pratique des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 30p.

KOMARDJAJA (I), 2001, *New cultural geographies of disability : Asian values and the accessibility ideal*, in Social and Cultural Geography, Vol 2, n°1, pp 77-85.

POIZAT (D), 2009, *Le Handicap dans le monde*, Edition Eres, 215p.

REAL (I), 2002, *Représentations transculturelles du handicap : d'un savoir à l'autre*, in Contraste, n°115-116, pp 251-267.

SQALLI-HOUSSAINI (F), ACHARKI (M), 2008, *L'islam et les personnes en situation de handicap*, in Journal de Réadaptation médicale, Vol 28, n°4, pp 148-152.

TALL (E.K), 1992, *L'anthropologue et le psychiatre face aux médecines traditionnelles. Récit d'une expérience,* in Cahiers des sciences humaines, Vol 1, n°28, pp 67-81.

ZAMBE (J), HAMONET (C), 2005, *L'ordre social et les situations de handicap chez les Betis au Cameroun*, in Journal de Réadaptation médicale, Vol 25, n°3, pp 147-153.

LES DISABILITY STUDIES, GEOGRAPHY OF DISABILITY

ALBRECHT (G), RAVAUD (J-F), STIKER (H-J), 2001, *L'émergence des disability studies : état des lieux et perspectives*, in Sciences sociales et santé, n°19, volume 4, pp43-73.

ANDERSON (C-A), 2001, *Claiming disability in the field of geography: access, recognition and integration*, in Social & Cultural Geography, Vol 2,n°1, pp87-93.

BARNES (C), BARTON (L), OLIVER (M), 2002, *Disability studies today*, Polity Press, 280p.

BROMLEY (R), MATTHEWS (D), THOMAS (C), 2007, *City centre accessibility for wheelchair users. The consumer perspective and the planning implications*, in Cities, Vol 24, n°3, p 229-241.

CHURCH (R), MARSTON (J), 2003, *Measuring accessibility for people with disability*, in Geographical Analysis, n°1, volume 35, Janvier 2003, p83-96.

CURTIS (S), 2004, *Health and inequality*, London, Sage Publications, Coll: Geographical Perspectives, 329p.

DEVLIEGER, (P), 2006, *Blindness and the multi-sensorial city*, Garant Publisher, 372p.

GESLER (W-M), KEARNS (R-A), 2002, *Culture, Place, Health*, London, Routledge, Coll: Critical Geographies, 182p.

GLEESON (B), 1999, *Geography of disability*, New Yrok, Routledge, 242p.

GLEESON (B), février 2001, Disability and the open city, in Urban Studies, Vol 38, Février, n°2, pp 251-265.

GLEESON (B-J), 1996, *A geography for disabled people?*, in Transactions of the Institute of British Geographers, Vol 21, n°2, pp387-396.

HASTINGS (J), THOMAS (H), 2005, *Accessing the Nation: Disability*, Political Inclusion and Built Form, in Urban Studies, Vol 42, n°3, p 527-544.

IMRIE (R), 1996, *Ableist geographies, disablist spaces:towards a reconstruction of Golledge's geography and the disabled*, Royal Geographical Society, pp 397-403.

IMRIE (R), 1996, *Disability and the city. International Perspectives*, London, Paul Chapman Publishing, 200p.

IMRIE (R), 2001, *Barriered and bounded places and the spatialities of disability*, in Urban Studies, Vol 38, n°2, pp231-236.

PARK (C), RADFORD (J), VICKERS (H), 1998, *Disability studies in human geography*, in Progress in Human Geography, Volume 22, n°2, pp 208-233.

STASZAK (J-F) et alii, 2001, *Géographie anglo-saxonnes. Tendances contemporaines*, Paris, Editions Belin, Mappemonde, 311p.

SWAIN (J), FRENCH (S), BARNES (C), THOMAS (C), 2004, *Disabling barriers-Enabling environnements*, Sage publications, 320p.

LE « HANDICAP » DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES

ASSANTE (V), 2004, *Évolution législative. De 1975 à 2004*, in Gérontologie et Société, n°110, pp75-93.

ASSANTE (V), 2007, *Situations de handicap et réponses politiques*, in Reliance Vol1, n°23, pp82-96.

BEAUDOUIN (P), 2007, *Le handicap, de la réalité à la loi*, in Reliance, Vol 1, n°23, pp38-41.

CAMBERLEIN (P), 2008, *Quelle politique publique pour les personnes handicapées et quelle place pour celles-ci à travers la loi du 11 février 2005*, in Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence, n°56, pp249-251.

COMPTE (R), 2008, *De l'acceptation à la reconnaissance de la personne handicapées en France : un long et difficile processus d'intégration*, in EMPAN, n°70, pp115-122.

DESSAULE (M-S), 2005, *La personne en situation de handicap : usager ou citoyen ?*, in Gérontologie et Société, n°115 pp63-74.

GUCHER (C), 2008, *Des fondements aux enjeux contemporains des politiques publiques du handicap et de la vieillesse : divergences et convergences*, in EMPAN, n°70, pp105-114.

HEYRMANN (E), 2005, *Rendre la cité accessible aux personnes handicapées*, in Pouvoirs Locaux n°67, pp27-32.

KERROUMI (B), 2007, *Les politiques publiques en direction des personnes handicapées dans l'espace citoyen et juridique commun*, in Reliance, vol 1, n°23, pp28 à 32.

LEON (M-G), 2009, *Accessibilité : encore des lacunes à combler*, in Ville Rail et Transports, n° du 18 novembre, pp38-49.

PRINGENT (M-A), 1981, *L'accessibilité de la cité pour les personnes à mobilité réduite*, in Handicaps et Réadaptations – Les cahier du CTNERHI, n°16, pp31-35.

LES POPULATIONS DÉFICIENTES ET LE TERRITOIRE

APPROCHE GÉO-HISTORIQUE

ALLEMANDOU (B), 2001, *Histoire du handicap. Enjeux scientifiques, enjeux politiques*, in Les études hospitalières, 382p.

AVAN (L), 2002, *Regards sur le handicap*, Scéren/CNDP, 6p.

BERTOMEU (A), 2006, *Exils de l'asile, Asile de l'exil*, in Vie Sociale et traitements, n°90, pp 79-86.

BRISSON (L), PRADEAU (J-F), 2006, *Traduction des Lois de PLATON*, Edition GF FLAMMARION, *Les Lois*, Livres VII à XII, 426p ; Les Lois, Livres I à VI, 456p.

DANET (F), 2008, *Où va l'hôpital ? Quelques réflexions pour sortir du catastrophisme*, Desclée de Brouwer, 222p.

DASEN (V), 2006, *Nains et pygmées. Figures de l'altérité en Égypte et Grèce ancienne*, pp 95-113, in PROST (F), WILGAUX (J), *Penser et représenter le corps dans l'Antiquité*, Actes du colloque international de Rennes, 1-4 septembre 2004, Presses Universitaires de Rennes, 412p.

DUCLOS (F), 1995, *L'évolution et l'organisation de l'asile d'aliénés des Alpes-Maritimes à la Belle époque 1878-1913*, Mémoire de maitrise d'histoire, soutenu à l'Université de Nice, 163p.

FAUVEL (A), 2002, *Le crime de Clermont et la remise en cause des asiles*, in Revue d'histoire moderne et contemporaine, n°49, pp 195-216.

FOUCAULT (M), 1972, *Histoire de la folie à l'âge à classique*, Edition Gallimard, 2nd édition (1-1961), 583p.

FOUCAULT (M), 1975, *Les anormaux. Cours au collège de France*, Paris, Seuil, 351p.

GAUCHET (M), SWAIN (G), 1980, L*a pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Editions Gallimard, Coll Bibliothèque des Sciences humaines, 519p.

GLEESON (B), 1999, *Geographies of disability*, Routledge, 253p.

JEHANNO (C), *Un hôpital au cœur de la ville : inscription spatiale et insertion sociale de l'Hôtel-Dieu de Paris au Moyen-âge*, pp35-49, in MONTAUBIN (P), 2002, *Hôpitaux et maladreries au Moyen-âge : Espace et environnement*, Actes du colloque international d'Amiens-Beauvais, 22-24 novembre, 362p.

KRISTEVA (J), 2005, *Handicap ou le droit de l'irrémédiable*, in Études, Vol 5, Tome 402, pp619-629.

LAGET (P-L), SALAUN (F), 2004, *Hôpital & Europe. Aux origines de l'Hôpital moderne, une évolution européenne*, in Sève, été 2004, pp19-28.

LAHARIE (M), 1995, *Les infirmes au Moyen Âge (XIe – Xve siècles). Approche iconographique*, in GUYOTJEANNIN (O), Population et démographie au Moyen Âge, CTHS, 348p.

MAREC (Y), 2007, *Accueillir ou soigner ? L'hôpital et ses alternatives du Moyen âge à nos jours*, Publications des Universités de Rouen et du Havre, Coll Histoire et patrimoines, 450p.

MASSÉ (G), 1992, *La psychiatrie ouverte*, École des Hautes Études en Santé Publique, 329p.

MEYNEN (N), 2004, *L'asile des aliénés de Lafond à La Rochelle* in Livraisons d'histoire de l'architecture, n°7, pp71-84.

STIKER (J-H), 1982, *Corps infirmes et sociétés*, Editions Aubier, Coll Présence et Pensée, 250p.

SWAIN (G), 1982, *Une logique de l'inclusion : les infirmes du signe*, in Esprit, Vol 5, n°65, mai, pp 61-75.

STIKER (H-J), 1995, *Itinéraire d'une définition*, in Informations sociales, n°42, pp8-19.

STIKER (H-J), 1996, *Handicap et exclusion. La construction sociale du handicap*, pp311-320, in PAUGAM (S), L'exclusion, l'état des savoirs, La Découverte, 582p.

BARRAL (C), VIAL (M), STIKER (H-J), 1996, *Handicaps et inadaptations, fragments pour une histoire : notions et acteurs*, ALTER, 185p

STIKER (H-J), 2002, *Aspects socio-historiques du handicap moteur*, in APF, Déficiences motrices et situations de handicaps, Editions APF, 504p.

STIKER (H-J), 2004, *De quelques moments d'histoire sur les corps extrêmes*, in Champ Psychosomatique, n° 35, pp7-21.

TABUTEAU (B), *La léproserie, un marqueur d'identité dans l'espace périurbain médiéval. Le cas d'Evreux en Normandie*, pp145-157, in MONTAUBIN (P), 2002, *Hôpitaux et maladreries au Moyen-âge : Espace et environnement*, Actes du colloque international d'Amiens-Beauvais, 22-24 novembre, 362p.

TENON (J), 1788, *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, Imprimés par ordre du roi, 472p.

TOUATI (F-O), *La géographie hospitalière médiévale (Orient-Occident, IV e – XVI e siècles) : des modèles aux réalités*, pp7-20, in MONTAUBIN (P), 2002, *Hôpitaux et maladreries au Moyen-âge : Espace et environnement*, Actes du colloque international d'Amiens-Beauvais, 22-24 novembre, 362p.

VAN MEERBECK, 2001, *Comment penser les folies actuelles*, 49ème journées Nationales de la formation continue : le temps de soigner, le temps de revivre, 18-20 septembre, Biarritz, 23p.

VIGARELLO (G), 1999, *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen-âge*, Editions du Seuil, 389p.

WERMESTER (C), 1999, *Des mutilés et des machines. Images de corps mutilés et rationalisation industrielle sous la république de Weimar*, in Revue d'histoire Vingtième siècle, n°61, pp 3-13

WEYGAND (Z), 2003, *Les aveugles dans la société française du Moyen Age au siècle de Louis Braille*, Éditions de CREAPHIS, 374p.

WOLFF (C), 2007, *Les exclus dans l'Antiquité*, Diffusion de BOCARD, Actes de colloque, 23-24 septembre, Université Jean Moulin Lyon 3, Centre d'Etudes Romaines et Gallo-Romaines, 284p.

ZERBIB (M), 2004, *La représentation des nains et des bouffons dans l'œuvre de Velasquez*, in Champ Psychosomatique, n° 35, pp41-59.

BARDEAU (J-M), 1982, Voyage à travers l'infirmité, Editions du Scarabée, 188p.

BERNARD (M), 1995, *Le corps*, Editions du Seuil, 163p.

BREITLING (S), 2005, *Histoire de l'architecture. De l'Antiquité à nos jours*, Editions Place des Victoires, 120p.

CERDÀ (I), 1867, *La théorie générale de l'urbanisation*, Éditions de l'imprimeur (1979), 234p.

CHANUT (J-M), MICHAUDON (H), 2004, *Difficulté à se déplacer, et problème d'accessibilité. Approche à partir de l'enquête HID*, in Etudes et Résultats, n°306, 12p.

CHOAY (F), 1965, *L'urbanisme, utopies et réalités*, Editions du Seuil, 445p.

CHOAY (F), 1980, *La règle et le modèle*, Editions du Seuil, 378p.

CHOAY (F), MERLIN (P), 1996 (2nd édition), *Dictionnaire de l'urbanisme et de l'aménagement*, PUF, 863p.

CLEMENT (S), MANTOVANI (J), MEMBRADO (M), 1998, *Expériences du vieillissement et formes urbaines*, pp231-243 in HAUMONT (N), *L'urbain dans tous ses états*, L'harmattan, Coll Habitat & Sociétés, 396p.

COURTINE (J-J), 2006, *Le corps anormal. Histoire et anthropologie culturelle de la difformité*, pp201-262 in CORBIN (A), COURTINE (J-J), VIGARELLO (G), 2006, *Histoire du corps. Les mutations du regard. Le XXème siècle*, Editions du Seuil, 522p

CREMNITZER (J-L), 2005, *Architecture et santé. Le temps du sanatorium en France et en Europe*, Editions Picard,161p.

DE MONCAN (P), 2003, *Villes utopiques, villes rêvées*, Les Editions du Mécène, 354p.

DOUVILLE (O), 2004, *Exclusions et corps extrêmes*, in Champ Psychosomatique, n°35, pp 89-104.

FREY (J-P), 2000, *La ville des architectes et des urbanistes*, in PAQUOT (T), LUSSAULT (M), *La ville et l'urbain, l'état des savoirs*, Editions La découverte, 441p.

GIOVANNONI (G), 1998, *L'urbanisme face aux villes anciennes*, Seuil, 349p.
GYMPEL (J), 2005, *Histoire de l'architecture de l'Antiquité à nos jours*, Editions Place des victoires, 120p.

LE BRETON (D), 1990, *Anthropologie du corps et modernité*, Presses Universitaires de France, 263p.

LE CORBUSIER, 1925, *Urbanisme*, Flammarion, 320p.

LE CORBUSIER, 1948, *L'habitation moderne*, in Population, n°3, pp 417-440.

LE CORBUSIER, 1950, *Le Modulor* (2 volumes), Architecture d'aujourd'hui, 243/336p.

LE CORBUSIER, 1971, *La Charte d'Athènes*, Editions du Seuil, 192p.

LEBRETON (D), 1990, *Anthropologie du corps et modernité*, PUF, 208p.

MERLEAU-PONTY (M), 1945, *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, 531p.

MILLIN (A), 1806, *Dictionnaire des Beaux-Arts*, Tome III, Desray, 826p.

MURPHY (R), 1987, *Vivre à corps perdu*, PLON, 391p.

PAQUOT (T), 2006, *Des corps urbains. Sensibilités entré béton et bitume*, Autrement, 134p.

PAQUOT (T), 2007, *Éloge de la rue ou quand l'art urbain soigne les dehors*, in Flux Cahiers scientifiques internationaux Réseaux et Territoires, n°66-67, pp 127-133.

PERELMAN (M), 1994, *Construction du corps. Fabrique de l'architecture*, Les Editions de la passion, 222p.

PRINGENT (M-A), 1979, *Les barrières architecturales*, in Handicaps et Réadaptations – Les cahiers du CTNERHI, n°7, pp35-39.

RAGON (M), 1986, *Histoire de l'architecture et de l'urbanisme modernes. Naissance de la cité moderne (1900-1940)*, Casterman, 348p.

ROULLEAU-BERGER (L), 2004, *La rue, miroir des peurs et des solidarités*, Presses Universitaires de France, 128p.

SENNETT (R), 1990, *La conscience de l'œil*, Les Editions de la passion, 221p.

SITTE (C), 1889, *L'art de bâtir les villes*, Editions du Seuil, 1er éditions françaises 1980, 188p.

STIKER (H-J), 2005, *Nouvelle perception du corps infirme*, pp279-297 in CORBIN (A), COURTINE (J-J), VIGARELLO (G), 2005, Histoire du corps. De la Révolution à la Grande guerre, Editions du Seuil, 442p.

STIKER (J-H), 1982, *Corps infirmes et sociétés*, Éditions Aubier, Coll Présence et Pensée, 250p.

THOMAS (M-P), 2009, *Le cadre bâti : les formes face à la norme*, in Espace-Temps.net, http://esâcestemps.net/document7313.html.

THOMAS (R), 2003, *Quand le pas fait corps et sens avec l'espace. Aspects sensibles et expressifs de la marche en ville*, in *Cybergeo*, 3ème colloque du Groupe de Travail Mobilités spatiales et fluidité sociale (GT23) : Offre urbaine et expériences de la mobilité, Strasbourg, France 20-21 et 22 mars 2003.

VIGARELLO (G), 2001, *Le corps redressé*, Armand Colin, 231p

VITRUVE, *L'architecture*, traduit par De Bioul en 1816, 564p.

WUNENBURGER (J-J), 2007, *Apprendre le corps*, in BOETSCH (G), HERVE (C), ROZENBERG (J), 2007, Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé, Edition De Boeck, 359p.

YANNI (C), 2007, *The architecture of madness*, University of Minnesota Press, 191p.

GOUVERNANCE INTERNATIONALE, EUROPEENNE CONCERNANT LES POPULATIONS DEFICIENTES

ALLOH (A.D), *et al.*, 2006, *Approche anthropologique du handicap en Côte d'Ivoire : cas de l'hémiplégie en pays Tchaman*, in Journal de réadaptation médicale, Vol 26, n°3, pp 63-66.

ALVERGNE (C), TAULELLE (F), 2002, *Du local à l'Europe. Les nouvelles politiques d'aménagement du territoire*, PUF, 320p.

AZEMA (B), 1999, *La personne handicapée, l'associatif et le politique : esquisse d'une géopolitique du handicap en France*, in Hérodote, n°92, pp 161-186.

BAISNEE (O), PASQUIER (R), 2007, *L'Europe telle qu'elle se fait. Européanisation et sociétés politiques nationales*, CNRS Edition, 317p.

BARRAL (C), 2000, *ONG de personnes handicapées et politiques internationales : l'expertise des usagers*, in Revue Prévenir, n°39, 2nd semestre, pp 185-190.

BARRAL (C), 2008, *Reconfiguration internationale du handicap et loi du 11 février 2005*, in la Lettre de l'enfance et de l'adolescence, vol 3, n°73, pp 95-102.

BARRAL (C), CHAUVIERE (M), PATERSON (F), STIKER (H-J), 2000, *L'institution du handicap. L'État et les associations, fin XIXe- XXe*, Presses Universitaires de Rennes, 415p.

BEADLE-BROWN (J), KOZMA (A), *et alii*, 2008, *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs*, Report of a European Study, Vol 3, 600p.

BITSCH (M-T), 2001, *Histoire de la construction européenne*, Editions Complexe, 357p.

CHAPIREAU (F), 1998, *Les débats et enjeux de la Classification Internationale des Handicaps* in Handicaps et inadaptations – Les cahiers du CTNERHI, n°79-80, pp67-84.

CHAPIREAU (F), 1998, *Modèle, processus et stratégie en santé selon Philip Wood*, in Handicaps et inadaptations – Les cahiers du CTNERHI, n°79-80, pp77-92.

CHAUVIERE (M), WINANCE (M), 2009, *Editorial : Les politiques du handicap en Europe*, in Alter European Journal of Disability, Vol 3, pp 1-7.

COHU (S), LEQUET-SLAMA (D), 2004, *Les politiques en faveur des personnes handicapées, en Espagne, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Suède*, in Etudes et Résultats, n°305, 12p.

COMMISSION EUROPEENNE, 2009, *Garantir l'accessibilité et la non-discrimination aux personnes handicapées. Guide d'information sur l'utilisation du Fonds de cohésion et des Fonds structurels européens*, Direction générale de l'emploi, des affaires sociales et de l'égalité des chances, 52 p.

DORIGUZZI (P), HUARD (P), 1994, *L'histoire politique du handicap : de l'infirme au travailleur handicapé*, L'harmattan, 223p.

DUPRE (D), KARJALAIEN (A), 2003, *L'emploi des personnes handicapées en Europe en 2002*, in Statistiques en bref : Populations et conditions de vie – Thème 3, n°26, 8p.

FARDEAU (M), 2003, *Personnes handicapées: analyse comparative et prospective du système de prise en charge*, Rapport au Ministre de l'Emploi et de la Solidarité et au Secrétaire d'État à la Santé, à l'Action Sociale et aux Handicaps, 126p.

FOUGEYROLLAS (P), 2001, *Le processus de production du handicap : l'expérience québécoise* in DE RIEDMATTEN (R), *Une nouvelle approche de la différence. Comment repenser le handicap*, Editions Médecine et Hygiène, 313p.

HAMONET (C), 2004, *Le handicap et l'enjeu européen de vivre. La déclaration de Madrid, un événement pour la construction de l'Europe sociale*, in Journal de la réadaptation médicale, Vol 24, n°4, pp149-151.

JAHIEL (R), 2008, *Évaluation de l'American with disabilities Act*, in Revue Française des Affaires sociales, n°4, pp137-162.

LATRAVERSE (S), 2005, *Tradition française et politique européenne de lutte contre les discriminations. A la lumière de trois directives européennes récentes*, in Informations Sociales, Vol 5, N°125, pp 94-102.

MAUDINET (M), 2000, Non-*discrimination et droit des personnes handicapées ; enjeux sociaux et politiques*, in Prévenir, n°39, pp 191-196.

MOHANU (V-A), 2007, *L'espace européen d'action publique dans le domaine du handicap*, in BAISNEE (O), PASQUIER (R), 2007, *L'Europe telle qu'elle se fait. Européanisation et sociétés politiques nationales*, CNRS Edition, 317p.

MOHANU (V-A), 2008, *L'européanisation de la question du handicap à travers le forum européen des personnes handicapées*, in Alter European Journal of Disability, Vol 2, pp 14-31.

NOURY (D), SEGAL (P), 2003, *Étude d'administration comparée sur les dispositifs de compensation du handicap en Europe : rapport thématique sur la politique du handicap en Europe*, Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, 88p

NOURY (D), SEGAL (P), 2003, *Rapport thématique sur la politique du handicap en Europe*, Inspection générale des affaires sociales, 89p.

OCDE, 2003, *Transformer le handicap en capacité. Promouvoir le travail et la sécurité des personnes handicapées*, Organisation de Coopération et de Développement économique, 231p.

OMS-INSERM, 1998, *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies*, CTNERHI, 203p.

ONU, 2005, *Mise en œuvre du programme d'action mondial concernant les personnes handicapées : vers une société pour tous au 21ème siècle*, Rapport du secrétaire général, 12p.

ONU, Octobre 2006, *Global Survey on Government Action on the Implementation of the Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*, Résults Analysis, 141p.

PASQUIER (R), 2009, *Politiques territoriales : les paramètres européens qui font bouger les lignes*, in Pouvoir Locaux, Vol 11, n°81, pp 37-40.

PASQUIER (R), WEISBEIN (J), 2004, *L'europe au microscope du local. Manifeste pour une sociologie politique de l'intégration communautaire,* in Politique européenne, Vol 5, n°12, pp 5-22.

PRIESTLEY (M), 2007, *In search of European disability policy : between national and global*, in Alter European Journal of Disability, Vol 1, pp 61-74.

ROSSIGNOL (C), 1998, *Classification internationale des altérations du corps, invalidités et handicaps : "modèles" et enjeux du processus de révision* in Handicaps et inadaptations -Les cahiers du CTNERHI, n°79-80, pp49-65.

SIMON (J-L), 2000, *Le mouvement international des personnes handicapées*, in Revue Prévenir, n°39, 2nd semestre, pp 239-245.

STIKER (H-J), 2009, *La Fracture du champ, des associations aux instances publiques*, in Les métamorphoses du handicap de 1970 à nos jours, Chapitre 5, pp 163-171.

VIROL (S), 2005, *Espace communautaire européen: unité ou morcellement*, Thèse pour le Doctorat ES Sciences Economiques, Université Montesquieu-Bordeaux IV, sous la direction de C.LACOUR, 454p.

WALDSCHMIDT (A), 2009, *Disability policy of the European Union : The supranational level*, in Alter European Journal of Disability, Vol 3, pp 8-23.

ACCESSIBILITE TERRITORIALE ET POPULATIONS DEFICIENTES

BASTOS (C), 2001, *Lisbonne sans les sens : traversée de la ville par les handicapés*, in Recherches en anthropologie au Portugal, n°7, pp71-84.

BERTRAND (J), 2009, *Les commissions locales pour l'accessibilité aux personnes* handicapées, Institut d'Aménagement et d'Urbanisme d'Ile-de-France, 48p.

BLANCHARD (N), 2007, *La convergence handicap-dépendance : un nouvel enjeu pour les collectivités locales*, in Pouvoirs Locaux, n°75, pp 35-40.

BODIN (F), 2000, *Handicaps et sociétés : l'aménagement de l'espace comme concept d'intégration*, Lille, Thèses de géographie physique et humaine régionale, Université de Caen, 562p.

BODIN (F), 2000, *Une ville qui accueille*, in Urbanisme, n°311, mars/avril, pp79-81

BODIN (F), *et alii.*, 2003, *Populations, handicaps et aménagements durables: perspectives internationales*, in Hommes et Terres du Nord, Tome 1 et 2.

BODIN (F), BONNET (E), DUFAY (S), 2005, *Aménagements, handicaps et accessibilité urbaine : un système d'informations géographiques pour un diagnostic territorial*, Actes du colloque international Développement urbain durable, gestion des ressources et gouvernance, Lausanne, 10p.

BODIN, (F) *et alii, 2003, Accessibilités, mobilités, handicaps et aménagement durable*, Actes de colloque 30/31 octobre 2003, Université de Lille.

BONNET (E), BODIN (F), 2005, *SIG et accessibilité : l'aide à la réalisation d'un aménagement durable*, Colloque international Villes durables, Lausanne, Septembre 2005, 10p.

BORIOLI (J), LAUB (R), 2006, *Le handicap entre nature et processus. Applications au milieu urbain*, in Les cahiers du développement urbain durable, Observatoire Universitaire de la ville et du développement durable, Institut de géographie, Université de Lausanne, n°2, pp83-94.

CERTU, 2003, *Ville accessible à tous : des principes aux pratiques. Diagnostic communal d'accessibilité,* Ministère de l'équipement, Des Transports, Du Logement, Du Tourisme Et De La Mer et Centre d'études Techniques de l'Equipement de l'Ouest, 20p.

CERTU, 2003, *Ville accessible à tous et activités commerciales*, Actes de la journée d'échange du 21 mai 2003, Lyon, Ministère de l'Équipement, des Transports, du Logement, du Tourisme et de la Mer et Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques, 92p.

CERTU, 2003, *Ville accessible à tous. Réflexion préalable à l'élaboration d'un outil de diagnostic communal d'accessibilité*, Ministère de l'équipement, des Transports, Du Logement, Du Tourisme et de la Mer, Certu, 20p.

CERTU, 2005, *Ville accessible à tous : quels outils de diagnostic*, Actes de la journée d'échange du 16 juin 2005, Ministère de l'équipement, des Transports, Du Logement, Du Tourisme et de la Mer, 61p.

CERTU, 2006, *Ville accessible à tous : Comment aborder tous les handicaps ?*, Actes de la journée d'échanges du 20 juin 2006, Ministère de l'équipement, des Transports, Du Logement, Du Tourisme et de la Mer, 59p.

CERTU, 2007, *Élaborer un plan de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics. Expérimentation à Valenciennes*, Ministère de l'équipement, des Transports, Du Logement, Du Tourisme et de la Mer, Certu, 118p.

CHAUDET (B), 2009, *Handicaps, vieillissement et accessibilité. Quelques exemples en France et au Québec*, Thèse pour obtenir le grade de Docteur de l'Université d'Angers, sous la direction de C.Pihet, UMR ESO 6590 / Centre Angevin de Recherche sur le Territoire et l'Aménagement, 470p.

CROSSAY (G), 2002, *Concept « ville accessible à tous »*, Lyon, Ministère de l'Équipement, des Transports, du Logement, du Tourisme et de la Mer et Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques, 16p.

DARD (P), 2004, *L'accessibilité : de quoi parle-t-on ?*, pp112-120, in LABBE (B) et Alii, 2004, Villes et vieillir, Paris, La documentation française, Institut des villes, collection Villes et société, 383p.

GRELLIER (A), 2007, sous la direction de BODIN (F), *Transports collectifs accessible à tous : un objectif intégré aux nouveaux outils de planification urbaine : Exemple du schéma*

directeur d'accessibilité des transports collectifs de la communauté d'agglomération du pays de Vannes, Mémoire de Master 2, Université de Lille 1, 31p.

GROSBOIS (L-P), 1991, *Handicap et construction*, Paris, Edition Le Moniteur, 380p.

GROSBOIS (L-P), SAUTET (P), JOSEPH (I), 2002, *Habiter une ville accessible, des usages à la conception*, Paris-La Défense : Plan Urbanisme construction architecture, 188p.

HAUET (E), RAVAUD (J-F), 2002, *Handicap, gênes ou difficultés ressenties dans le cadre de leurs déplacements en dehors du domicile*, Rapport Association des Paralysés de France, 130p.

HEYRMAN (E), 2007, *L'aménagement de la voirie et des espaces publics, facteur d'intégration des personnes handicapées*, in Les annales de la Voirie, n°118, pp115-119.

INRETS, 2004-2006, *Entre demande sociétale, volonté politique, contraintes techniques et culture locale, la mise en accessibilité des réseaux de transports collectifs de Lyon et de Stuttgart*, PREDIT – INRETS/LESCOT, 7p.

LABBE (B) *et alii*, 2004, *Villes et vieillir*, Paris, La documentation française, Institut des villes, collection Villes et société, 383p.

LAMARCHE (J-P), 2009, *Accessibilité : osons le pragmatisme !*, in Pouvoirs locaux, n°82, pp15-17.

LAURENT (S), 1998, *Pour une ville accessible à tous*, Lyon, CERTU, 140p.

LEVY (G), 2003, *L'accessibilité des transports aux personnes handicapées et à mobilité réduite*, Paris, Secrétariat d'État aux personnes handicapées, Secrétariat d'État aux transports et à la mer, Rapport au premier ministre, 132p.

LEWAN (H), 2007, *Un voyage avec…Gérard Masson*, in Ville et Transport, n°31, octobre, pp36-41.

MEYER (A), 2004, *L'accessibilité dans les transports publics*, in Réadaptation, n°506, p29-33.

NUSS (M), 2007, *Du rêve à la réalité. Bilan de la mise en place de la loi du 11 février 2005*, Rapport établi à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat, 154p.

PIERRON (J), 1987, *L'accessibilité, clés de la communication pour les handicapés dans la vie quotidienne*, Thiers, Éd. Lis-moi une histoire, Thèse de 3ème cycle, 441p.

RAVAUD (J-F), 2005, *Handicap et environnement. De l'adaptation du logement à l'accessibilité de la cité*, Paris, Edition Frison-Roche, 261p.

SAHMI (N), 2004, *Concevoir un espace public accessible à tous : voirie, logements collectifs, ERP, IOP, Lieux de travail*, Paris, CSTB, 77p.

SANCHEZ (J), 1989, *L'accessibilité comme support concret et symbolique de l'intégration*, CTNERHI, 159p.

SANCHEZ (J), 1994, *Accessibilité et handicap, in* Le courrier du CNRS, n°81, pp 159-160.

THOMAS (R), 2005, *Les trajectoires de l'accessibilité*, Bernin, Edition A la croisée, 183p.

VILEYN (M), 1999, *Ville et handicap visuel : ville invisible mais lisible*, *in* Villes en parallèle, n°28-29, pp301-317.

YERPEZ (J), 1998, *La ville des vieux. Recherche sur une cité à humaniser*, Paris, Edition de l'aube, Acte du Colloque Villes et vieillissement, aménagements urbains et personnes âgées, Arles, octobre 1997, 502p.

RESSOURCES DOCUMENTAIRES MOBILISÉES

REFERENCES LÉGISLATIVES

TEXTES INTERNATIONAUX

ONU, 1945, *Chartes des Nations Unies*

ONU, 1971, *Déclaration des droits du déficient mental*

ONU, 1975, *Déclaration des droits des personnes handicapées*

ONU, 1982, *Programme d'action mondial concernant les personnes handicapées*

OIT, 1983, *Convention sur la réadaptation professionnelle et l'emploi des personnes handicapées*

ONU, 1993, *Règles Universelles pour l'Egalisation des Chances des personnes handicapées*

ONU, 1994, *Résolution pour la pleine intégration des handicapés dans la société*

OMS, 1980, *Classification International du Handicap*

OMS, 2001, *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*

ONU, 2006, *Convention relative aux droits des personnes handicapées*

ONU, 2009, *Conférence des États Parties à la Convention relative aux droits des personnes handicapées*

TEXTES, COMMUNICATION, RESOLUTIONS, DECISIONS, RECOMMANDATIONS EUROPEENNES

Résolution du Conseil, 27 juin *1974*, portant établissement du premier programme d'action communautaire pour la réadaptation professionnelle des handicapés.

Résolution du 11 mai 1981 sur l'intégration économique, sociale et professionnelle des handicapes de la communauté européenne.

Résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil, du 21 décembre 1981, concernant l'intégration sociale des handicapés.

Communication de la Commission sur L'insertion sociale des handicapés Lignes directrices d'une action communautaire, 31 décembre 1981.

Recommandation du Conseil du 24 juillet 1986 sur l'emploi des handicapés dans la Communauté Journal officiel n° L 225 du 12/08/1986.

Résolution sur le transport des handicapés et des personnes âgées, Journal officiel n° C 281 du 19/10/1987.

Résolution sur la montée de la violence contre les handicapés, Journal officiel n° C 150 du 31/05/1993.

Résolution portant avis du Parlement européen sur une proposition de décision relative à une initiative technologique communautaire en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées, Journal officiel n° C 255 du 20/9/1993.

Résolution sur l'intégration scolaire des enfants handicapés à l'école européenne de Bruxelles, Journal officiel n° C 151 du 19/06/1995.

Résolution sur les droits de l'homme des handicapés, Journal officiel n° C 017 du 22/01/1996.

Résolution sur les attaques contre le droit des handicapés à la vie, Journal officiel n° C 166 du 10/06/1996.

Résolution sur les droits des personnes handicapées, Journal officiel n° C 020 du 20/01/1997.

Communauté européenne, 1997, *Traité d'Amsterdam*

Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des Régions, *Vers une Europe sans entraves pour les personnes handicapées* du 12 mai 2000

UE, 2000, *Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne*

UE, 2002, *Déclaration de Madrid*

UE, 2001, *Décision du Conseil du 3 décembre 2001 relative à l'Année européenne des personnes handicapées*

Communication de la commission, au Conseil, au Parlement européen, au Comite économique et social européen et au Comité des régions, 2003, *Egalité des chances pour les personnes handicapées: un plan d'action européen du 30 Octobre 2003.*

Commissions européennes, Directions de l'emploi et des Affaires sociales, 2004, *Définitions du handicap en Europe, analyse comparative*, Bruxelles, 276p.

Communication de la commission au conseil, au parlement européen, au comité économique et social européen et au comité des régions, 2005, *La situation des personnes handicapées dans l'union européenne élargie : plan d'action européen 2006-2007.*

LÉGISLATION FRANÇAISE

Instruction sur la manière de gouverner les Insensés et de travailler à leur guérison dans les Asyles qui leur sont destinés, 1785

Loi sur les aliénés n° 7443 du 30 juin 1838

Loi n°57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés

Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

- *Décret n°78-109 du 1er février 1978* fixant les mesures destinées à rendre accessibles aux personnes handicapées à mobilité réduite les installations neuves ouvertes au public
- *Décret n°78-1167 du 9 décembre 1978* fixant les mesures destinées à rendre accessibles aux personnes handicapées à mobilité réduite les installations ouvertes au public existantes appartenant à certaines personnes publiques et à adapter les services de transport public pour faciliter les déplacements des personnes handicapées
- *Circulaire du 13 mars 1979* relative aux mesures à prendre pour faciliter des lieux publics, de la voirie et des transports aux personnes handicapées
- *Décret n°80-637 du 4 août 1980* modifiant le code de la construction et de l'habitation en vue de rendre accessibles et adaptables aux personnes handicapées à mobilité réduite les bâtiments d'habitation collectifs neufs et des logements qu'ils contiennent
- *Circulaire du 7 janvier 1983* relative à l'action en faveur des personnes handicapées (équipements et aménagements

Loi n°82-1153 du 30 décembre 1982 d'orientation des transports intérieurs

Loi n° 87-517du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés

Loi n°89-486 d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989

Loi n°91-663 du 13 juillet portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public

- *Décret n°94-86 du 26 janvier 1994* relatif à l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des établissements et installations recevant du public, modifiant et complétant le code de la construction et de l'habitation et le code de l'urbanisme
- *Décret n°99-756 du 31 août 1999* relatif aux prescriptions techniques concernant l'accessibilité aux personnes handicapées de la voirie publique ou privée ouverte à la circulation publique pris pour l'application de l'article 2 de la loi n°91-663 du 13 juillet 1991
- *Décret n°99-757 du 31 août 1999* relatif à l'accessibilité aux personnes handicapées de la voirie publique ou privée ouverte à la circulation publique devant faire l'objet des aménagements prévus par l'article 2 de la loi n°91-663 du 13 juillet 1991

Loi n°2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbain

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

- *Décret n°2006-138 du 9 février 2006* relatif à l'accessibilité du matériel roulant affecté aux services de transport public terrestre de voyageurs
- *Décret n°2006-555 du 17 mai 2006* relatif à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation et modifiant le code de la construction et de l'habitation
- *Décret n°2006-1657 du 21 décembre 2006* relatif à l'accessibilité de la voirie et des espaces publics
- *Décret n°2006-1089 du 30 août 2006* modifiant le décret n°95-260 du 8 mars 1995 relatif à la commission consultative départementale d'accessibilité et de sécurité

- *Décret n°2006-1658 du 21 décembre 2006* relatif aux prescriptions techniques pour l'accessibilité de la voirie et des espaces publics
- *Décret n°2007-436 du 25 mars 2007* relatif à l'accessibilité du cadre bâti aux personnes handicapées pris en application de l'article 41-V 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 et modifiant le code de l'éducation
- *Décret n°2009-500 du 30 avril 2009* relatif à l'accessibilité des établissements recevant du public et des bâtiments à usage d'habitation

RESSOURCES STATISTIQUES

BROUARD (C), 2004, *Le handicap en chiffres*, CTNERHI, 70p.

CHANUT (J-M), MICHAUDON (H), 2004, *Difficulté à se déplacer, et problème d'accessibilité. Approche à partir de l'enquête HID*, in Etudes et Résultats, n°306, 12p.

COUET (CH), 2002, *Enquête Handicap-Incapacité-Dépendance*, Insee Résultats Sociétés, n°10, 347p.

DREES, 2010, *Établissements et services pour adultes handicapés*, in Séries statistiques, n°141, janvier, Tome 1 et 2.

GAILLOT (C), MORMICHE (P), 2003, *Enquête Handicap-Incapacité-Dépendance*, Insee Résultats Sociétés, n°22, 229p.

MERMET (G), 2005, *Francoscopie, pour comprendre les français*, Paris, Larousse, 543p.

VANOVERMEIR (S), 2005, *L'implantation départementale des établissements pour adultes handicapés*, in Etudes et Résultats, DREES, n° 419, 8p.

BASES DE DONNEES UTILISÉES

- **NATLEX**

NATLEX est une base de données sur les législations nationales du travail, de la sécurité sociale et des droits de l'homme gérée par l'Organisation Internationale du Travail et plus précisément par le Département des normes Internationales du Travail du Bureau International du Travail.

Source : http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex_browse.home?p_lang=fr

- **Recueil de Législation sanitaire de l'OMS**

Le Recueil de Législation Sanitaire éditée par l'Organisation Mondiale de la Santé reprend les textes internationaux et nationaux concernant la législation sanitaire des États.

Source : http://apps.who.int/idhl-rils/frame.cfm?language=french

- **EUROSTAT**

Eurostat est l'annuaire statistique de l'Union Européenne regroupant un ensemble de d'indicateurs statistiques sur les États Membres.

Source : http://epp.eurostat.ec.europa.eu

- **BANATIC**

La Base Nationale sur l'Intercommunalité en France met en ligne des informations juridiques, démographiques et territoriales sur toutes les formes de coopération territoriale à différentes échelles du territoire : la France, la Région, le Département.

Source : http://www.banatic.interieur.gouv.fr

SUR VILLENEUVE D'ASCQ ET LES VILLES NOUVELLES

CRESSON-STEINAUER (G), 1985, *L'accessibilité d'une ville nouvelle évaluée par cinq responsables*, in Handicaps et Inadaptations-Les Cahiers du C.T.N.E.R.H.I, n°30, pp86-93.

CRESSON-STEINAUER (G), 1987, *Accessibilité et intégration sociale. Des handicapes moteur dans une ville nouvelle*, in Handicaps et Inadaptations-Les Cahiers du C.T.N.E.R.H.I, n°40, pp57-103.

JACQUEMONT (F), 1991, *Les villes nouvelle et les personnes à mobilité réduite*, Les Editions du Service Technique de l'Urbanisme (STU), Fiche de cas n°175, 6p.

LIEFOOGHE (Ch), DELMER (S), PREVOT (M), ESTIENNE (I), STACHOWSKI (K), 2006, *De Villeneuve d'Ascq Technopole à la métropole technopolitaine : espace, réseaux, gouvernance*, in Norois, Vol 3, n°200, pp51-76.

TELLIER (Th), 2003, *La mémoire politique de Villeneuve d'Ascq*, in Ethnologie française, Vol 2, Tome XXXVII, pp51-57.

WEBOGRPAHIE

RESSOURCES INSTITUTIONNELLES

ONU-Enable
http://www.un.org/french/disabilities/convention/convention_full.shtml
Site de la convention relative aux droits des personnes handicapées.

Organisation Mondiale de la Santé
http://www.who.int/topics/disabilities/fr/
Organisation Mondiale de la Santé.

Organisation Mondiale du Travail
http://www.ilo.org/public/french/employment/skills/disability/
Organisation Internationale du Travail et Handicap.

Banque Mondiale
www.worldbank.org/disability
Programme de la banque mondial sur le handicap.

L'europe et le handicap
http://ec.europa.eu/employment_social/disability/index_en.html
Site de la stratégie européenne en faveur des personnes handicapées.

L'Europe et l'accessibilité
www.eca.lu
European Concept for Accessibility.

Lex Europa
http://eur-lex.europa.eu/fr/index.htm
Le portail de l'accès au droit de l'Union Européenne, tous les traités, Directives, Résolutions…en ligne.

Texte de la Déclaration de Madrid
www.madriddeclaration.org

Assemblée Des Communautés de France
http://www.adcf.asso.fr
ADCF est une association d'élus d'Etablissement public de coopération intercommunale.
Leur site met en ligne un ensemble d'informations, d'enquêtes sur les différentes intercommunalités.

RESSOURCES DOCUMENTAIRES EN LIGNE

Publication de l'Université de Leeds dans le champ des Disability studies
http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/publish.htm
http://www.disability-archive.leeds.ac.uk/ (archives)
Archives en lignes du « Centre for disability studies » de l'Université de Leeds (UK).
De nombreux articles et ouvrages sont disponibles gratuitement en ligne

The Review of Disability studies- An International Journal
http://www.rds.hawaii.edu/
The review of disability studies (journal en cours en ligne gratuitement)

Dictionnaire de la réadaptation
http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/dico/
Dictionnaire mettant en ligne 4000 entrées et 250 articles sur la réadaptation, les aides techniques édité par le Laboratoire d'informatique et de terminologie de la réadaptation et de l'intégration sociale (LITRIS) de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ)

RESSOURCES SUR L'ACCESSIBILITÉ

Association Gamah-L'accessibilité au quotidien
http://www.ipp-online.org
Site internet de l'association belge Gamah et de l'indice passe-partout.

CERTU – Thématique Ville accessible à tous
http://www.certu.fr
Actualités de l'accessibilité des villes pour les populations atteintes de déficiences et nombreuses documentations techniques, rapports, actes des journées d'échanges en ligne.

COLIAC – Observatoire de l'accessibilité
http://www.coliac.cnt.fr/main.php3
Toute l'actualité, les informations pratiques, institutionnelles et législatives sur l'accessibilité de tous les domaines du quotidien pour les personnes atteintes de déficiences.

Délégation Ministérielle à l'Accessibilité
http://www.developpement-durable.gouv.fr/-Accessibilite-.html

Explication de la politique gouvernementale en matière d'accessibilité territoriale pour les personnes atteintes de déficiences. Informations législatives, publication de guide méthodologique et pratiques, rapports, études et enquêtes…

J'accède.com
http://www.jaccede.com
Guide collaboratif en ligne sur l'accessibilité des lieux publics.

Réglementations Accessibilité
http://www.accessibilite-batiment.fr
Mises en ligne des textes techniques (législatifs et réglementaires) concernant les normes d'accessibilité aux populations déficientes de la loi du 11 février 2005. Ce site internet est réalisé par le Ministère du logement et le Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire.

Tables des acronymes

A-B

AAH	Allocation Adulte Handicapé
AFM	Association Française contre les myopathies
AFNOR	Association Française de Normalisation
AFPAHPH	Association Française des Professionnels pour l'Accessibilité aux Personnes Handicapées
AGEFIPH	Association nationale pour la Gestion du Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées
AOT	Autorité Organisatrice des Transports
APF	Association des Paralysés de France
BEV	Bande d'Éveil et de Vigilance

C

CAL	Centre d'Accueil et de Loisirs
CAT	Centre d'Aide par le Travail
CCSUD	Communautés de Communes du Sud
CEE	Communauté Économique Européenne
CERTU	Centre d'Études sur les Réseaux, les Transports, l'Urbanisme et les constructions publiques
CETE	Centre d'Études Techniques de l'Équipement
CIAM	Congrès International d'Architecture Moderne
CIF	Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la santé
CIH	Classification Internationale des Handicaps
CIM	Classification Internationale des Maladies
CINORD	Communauté Intercommunale du Nord de la Réunion
CIREST	Communauté Intercommunale de la Réunion Est
CIVIS	Communauté Intercommunale des Villes Solidaires
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CODAH	Communauté d'Agglomération du Havre
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CQCIDIH	Comité québécois sur la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicap
CRIDEV	Centre de Recherche pour l'Intégration des Différences dans les Espaces de Vie
CUDL	Communauté Urbaine de Lille

D

DDE	Direction Départementale de l'Équipement
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

E

EPALE	Établissement Public d'Aménagement de Lille-Est
EPCI	Établissement Public de Coopération Intercommunale
ERP	Établissement Recevant du Public

F

FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FEPH	Forum Européen des Personnes Handicapées
FINESS	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

G

GIC	Grand Invalide Civil
GIG	Grand Invalide de Guerre
GIHP	Groupement pour l'Insertion des personnes Handicapées Physiques

H

HALDE	Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité
HQE	Haute Qualité Environnementale
HQU	Haute Qualité d'Usage

I

IDH	Indice de Développement Humain
IMC	Infirmes Moteurs Cérébraux
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IPP	Indice Passe-Partout

L

LFR	Loi des Finances Rectificative
LOTI	Loi d'Orientation sur les Transports Intérieurs

M

MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées

O

OIT	Organisation Internationale du Travail
OMPH	Organisation Mondiale des Personnes handicapées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONADA	Observatoire National de l'Aménagement Durable Accessible
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies

P

PIB	Produit Intérieur Brut
PIC URBAN	Programme d'Initiative Communautaire en zone urbaine
PMAVEP	Plan de Mise en Accessibilité de la Voirie et des Espaces Publics
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PPH	Processus de Production du Handicap

R

RIPPH	Réseau International sur le Processus de Production du Handicap
RUEC	Règle Universelle pour l'Egalisation des Chances des personnes handicapées

S

SDF	Sans Domicile Fixe
SISRAI	Service International Scientifique de Réadaptation sur l'Autoroute de l'Information
SIVOM	Syndicat Intercommunal à Vocation Multiple
SIVU	Syndicat Intercommunal à Vocation Unique

T

TCO	Territoire de la Côte Ouest
TVES	Territoires, Villes, Environnement, Société

U

UE	Union Européenne
UNTEC	Union National des Economistes de la Construction

TABLE DES CARTES

Carte 2-1	Localisation de l'hopital général d'Auxerre	*p84*
Carte 2-2	Localisation des structures hospitalières. Lille, 17ème siècle	*p86*
Carte 2-3	Rouen et le Mont aux malades, 18ème siècle	*p86*
Carte 2-4	Localisation des structures hospitalières à Paris, 18ème siècle	*p88*
Carte 3-1	Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées	*p163*
Carte 3-2	Existence de dispositions législatives en faveur des populations déficientes	*p168*
Carte 3-3	Indice de développement humain	*p169*
Carte 3-4	Evolutions législatives en faveur des populations déficientes	*p170*
Carte 3-5	Existence de loi générale en faveur des populations déficientes	*p172*
Carte 3-6	Politique de quota de travailleurs handicapés, par Etat membre en 2007	*p190*
Carte 3-7	Trois indicateurs relatifs à l'aide sociale dans l'Union Européenne	*p193*
Carte 4-1	Territorialisation des communes soumises à l'obligation de création d'une commission communale d'accessibilité par la loi du 11 février 2005	*p216*
Carte 4-2	Structures d'accueil spécialisé, par département en 2007	*p247*
Carte 4-3	Densité de population, par département en 1999	*p247*
Carte 6-1	Répartition des ERP, par quartier, à Villeneuve d'Ascq, 2009	*p317*
Carte 6-2	Villeneuve d'Ascq, quartier	*p318*
Carte 6-3	Handicateur maximum atteint dans les ERP - Cas des déficiences motrices	*p322*
Carte 6-4	Handicateur maximum atteint dans les ERP - Cas des déficiences visuelles	*p323*
Carte 6-5	Handicateur maximum atteint dans les ERP - Cas des déficiences cognitives	*p324*
Carte 6-6	Handicateur maximum atteint dans les ERP - Cas des déficiences auditives	*p324*
Carte 6-7	Indice de rupture des ERP – Cas des déficiences motrices	*p330*
Carte 6-8	Indice de rupture des ERP – Cas des déficiences visuelles	*p331*
Carte 6-9	Indice de rupture des ERP – Cas des déficiences auditives	*p332*
Carte 6-10	Indice de rupture des ERP – Cas des déficiences cognitives	*p333*
Carte 6-11	Catégorisation du cadre bâti- Exemple du quartier de l'Hôtel de ville	*p351*
Carte 7-1	Les catégories d'ERP de coopération intercommunale	*p363*
Carte 7-2	Population par commune- La réunion, 2006	*p365*
Carte 7-3	Commission communale d'accessibilité-La Réunion, 2009	*p366*

TABLE DES ENCADRES

Encadré 1-1	Le triangle de la différence	*p33*
Encadré 1-2	Logo symbolisant les « personnes handicapées »	*p65*
Encadré 2-1	Exemple de localisation de léproseries	*p83*
Encadré 2-2	Les proportions idéales de Vitruve. Illustrée par Léonard de Vinci	*p106*
Encadré 2-3	Chandigarh. Plan et voies de circulation	*p112*
Encadré 3-1	Trois exemples de fonctionnement de la CIF	*p159*
Encadré 3-2	Les actions en faveur des populations déficientes à l'échelle internationale	*p161*
Encadré 3-3	Exemple d'aménagement en Croatie	*p197*
Encadré 4-1	Accessibilité et documents d'aménagement à réaliser	*p212*
Encadré 4-2	Une action publique hiérarchisée	*p218*
Encadré 4-3	Une logique d'aménagement contradictoire	*p221*
Encadré 4-4	Des aménagements urbains incohérents. L'exemple d'une traversée piétonne au Havre	*p222*
Encadré 4-5	Des aménagements existant mal conçus	*p224*
Encadré 4-6	Les difficultés de déplacement en chiffres	*p227*
Encadré 4-7	Diriger les populations déficientes dans l'espace	*p236*
Encadré 4-8	Extraits d'articles de journaux	*p242*
Encadré 4-9	Extraits d'articles de journaux [2]	*p244*
Encadré 4-10	Localisation des structures d'accueil au Havre	*p252*
Encadré 4-11	Structure architecturale, MAS et Foyer de vie au Havre	*p253*
Encadré 4-12	Quand l'enfermement naît de l'inaccessibilité de l'environnement	*p255*
Encadré 5-1	Indice Passe-Partout	*p283*
Encadré 5-2	Indice Passe-Partout. Le principe du maillon faible	*p283*
Encadré 5-3	J'accède.com	*p285*
Encadré 5-4	Le Club Eco-Accessibilié	*p286*
Encadré 5-5	Exemples d'étude menées par le laboratoire TVES sur Villeneuve-d'Ascq	*p290*
Encadré 5-6	Villeneuve d'Ascq, un terrain d'étude particulier et ordinaire	*p292*
Encadré 5-7	Villeneuve d'Ascq, une commune engagée	*p296*
Encadré 5-8	Grille de diagnostic. Critères et types d'objets	*p300*
Encadré 5-9	Grille de diagnostic. Critères et types d'objets [2]	*p302*
Encadré 5-10	Mode d'investigation spatiale	*p306*
Encadré 5-11	Fiche d'identité du bâtiment. Le centre d'accueil et de loisirs Camus	*p310*
Encadré 5-12	Fiche d'identité du bâtiment	*p312*
Encadré 6-1	Exemples d'obstacles environnementaux	*p340*

Encadré 6-2 Structuration de l'espace public *p349*
Encadré 7-1 Question écrite n°2522 de Michel Bécot (UMP, Deux-Sèvres) *p359*
Encadré 7-2 Label tourisme handicap *p372*
Encadré 7-3 Coût de la mise en accessibilité *p373*
Encadré 7-4 Les différentes dimensions du confort d'usage *p378*
Encadré 7-5 La démarche Haute-Qualité d'Usage *p379*

TABLE DES GRAPHIQUES

Graphique 4-1 Proportion de personnes âgées déclarant des difficultés dans les déplacements à l'extérieur. Selon l'âge et le lieu de vie *p228*
Graphique 4-2 Proportion de personnes gênées dans leurs déplacements *p229*
Graphique 4-3 Caractéristique des différents groupes *p 231*
Graphique 4-4 Répartition des structures d'accueil selon la taille des communes, en France *p249*
Graphique 6-1 Répartition des bâtiments par indice de rupture selon les différents types de déficiences *p326*
Graphique 6-2 Répartition des bâtiments par indice de rupture selon les catégories d'ERP *p329*
Graphique 6-3 Type de bâtiment et niveaux de rupture *p335*
Graphique 6-4 Proportion de type d'objets audités selon le type de déficience *p337*

TABLE DES PHOTOGRAPHIES

Photo 1-1 La ségrégation spatiale pendant l'apartheid en Afrique du sud – Exemple 1 *p66*
Photo 1-2 La ségrégation spatiale pendant l'apartheid en Afrique du sud – Exemple 2 *p66*
Photo 1-3 L'assignation territoriale des populations déficientes –L'exemple du théâtre de l'Hôtel de ville du Havre *p67*
Photo 1-4 L'assignation territoriale des populations déficientes –L'exemple du casino du Havre *p67*
Photo 2-1 Le Modulor *p109*
Photo 5-1 Mètre *p307*
Photo 5-2 Luxmètre *p308*
Photo 5-3 Le niveau *p308*
Photo 5-4 Sonomètre *p309*
Photo 5-5 Dynamomètre *p309*

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1-1	De la cité à l'urbaine	*p 44*
Tableau 1-2	Orientation des publics dès la page d'accueil des sites internet de 210 villes françaises	*p52*
Tableau 2-1	Les différents types d'hôpitaux parisiens, 18ème siècle	*p87*
Tableau 2-2	Populations accueillies dans quatre grands hôpitaux parisiens	*p89*
Tableau 3-1	Tableau comparatif CIH/CIF	*p158*
Tableau 3-2	Caractérisation des définitions du handicap dans une trentaine de législation	*p175*
Tableau 3-3	Présence de l'accessibilité dans une trentaine de législation	*p176*
Tableau 4-1	Approche du « handicap » dans la législation française	*p204*
Tableau 4-2	Termes employés pour nommer les personnes handicapées	*p205*
Tableau 4-3	Approche de l'accessibilité dans la législation française	p*210*
Tableau 4-4	Situation de la structure au moment de la parution de l'article	*p240*
Tableau 4-5	Sujet des articles de presses	*p241*
Tableau 4-6	Répartition des populations accueillies dans les MAS et les Foyer de vie, en% selon la taille des communes et par type de déficiences	*p250*
Tableau 4-7	Avantages et inconvénients des terrains proposés par la CODAH à la Fondation John Bost	*p259*

TABLE DES SCHEMAS

Schéma 1-1	Les échelles de l'homme	*p62*
Schéma 1-2	Du handicap comme pathologie individuelle aux handicaps comme pathologie spatiale	*p65*
Schéma 1-3	Le corps et l'espace dans les sciences humaines et sociales	*p69*
Schéma 1-4	Concepts mobilisés	*p71*
Schéma 2-1	La lèpre et la peste dans la cité : 2 modèles d'expression du pouvoir ?	*p95*
Schéma 2-2	Les dimensions de l'accessibilité	*p122*
Schéma 2-3	La place des populations déficientes, d'hier à demain	p*124*
Schéma 3-1	Le système territoire. Un ensemble de sous-système en interrelation	*p138*
Schéma 3-2	Les acteurs territoriaux	*p140*
Schéma 3-3	La Formation socio-spatiale du handicap	*p141*
Schéma 3-4	Le handicap selon Ph.Wood. Une approche linéaire de la maladie au désavantage	*p150*
Schéma 3-5	La norme dans le schéma de Ph.Wood.	*p152*
Schéma 3-6	Les niveaux de l'expérience de santé	*p153*
Schéma 3-7	Le processus de production du handicap	*p155*
Schéma 3-8	Les acteurs du « handicap » entre espace de la gouvernance et espace de vie	*p200*
Schéma 4-1	Typologie des situations	*p264*
Schéma 5-1	De la chaîne de déplacement à un espace de vie intégré	*p277*
Schéma 5-2	Les différentes étapes de l'étude	*p298*
Schéma 5-3	Périmètres d'investigation du terrain. Exemples de la Ferme Dupire	*p303*
Schéma 5-4	Exemples de l'identification d'un problème : un ressaut	*p304*
Schéma 6-1	Deux types d'obstacles environnementaux	*p338*
Schéma 6-2	Les différentes étapes de l'accès	*p341*
Schéma 6-3	Principaux obstacles rencontrés selon le type de déficience	*p343*
Schéma 6-4	Déployer les actions sur le territoire	*p346*
Schéma 6-5	Une nécessaire reconsidération des territoires d'actions	*p356*
Schéma 7-1	Démarche méthodologique	*p361*
Schéma 7-2	Les trois piliers du développement durable	*p380*
Schéma 7-3	Cycle de stagnation durable	*p381*
Schéma 7-4	Cycle de développement durable	*p382*
Schéma 7-5	Niveaux de ruptures et échelles d'action territoriale	*p385*
Schéma 7-6	Continuités et discontinuités au prisme des politiques publiques à l'égard des populations	*p386*

TABLES DES MATIERES

AVANT-PROPOS 3
REMERCIEMENTS 5
SOMMAIRE 7

INTRODUCTION GÉNÉRALE 9

PARTIE 1 -
LA DÉFICIENCE: EXPRESSION D'UNE CONDITION URBAINE NORMÉE 27

Chapitre 1 - L'ambigüité du projet urbain: corps, décors et désaccords urbains 31

1.1 Quelle présence de la différence sur la scène urbaine 32

1.1.1-La différence et l'altérité : premier angle d'approche du handicap

1.1.1.1 La différence: un processus interne? 32
1.1.1.2 Quelles formes l'altérité prend-elle dans les rapports spatiaux? 35
1.1.1.3 L'altérité dans les rapports spatiaux?: entre distance et proximité 38

1.1.2-"L'autre" et les formes urbaines

1.1.2.1 La ville, une construction territoriale favorisant l'échange? 40
1.1.2.2 De la cité à l'urbain sans limites 42

1.1.3-La coprésence au fondement de l'urbain

1.1.3.1 Une coprésence fonctionnelle : la spécialisation de l'espace 46
1.1.3.2 La ségrégation ou l'expression spatiale d'une difficile coprésence 47

1.2 Corps et décors urbains: le jeu du visible et de l'invisible 50

1.2.1-"Habiter" les espaces urbains

1.2.1.1 Quelles populations habitent les espaces urbains? 50
1.2.1.2 Les indésirables des espaces urbains 53

1.2.2-La diversité: entre idéal politique du projet urbain et une difficile exposition sur la scène urbaine

1.2.2.1 Où sont les corps différents dans la ville? 56
1.2.2.2 La crise des espaces publics ou les indésirables hors de la ville? 57

1.2.3-Le corps et l'espace

1.2.3.1 Les sens et la distance au coeur de l'interaction entre le corps et l'espace 59
1.2.3.2 L'espace urbain, le corps et la compétence de mobilité 61

1.2.4-Quand l'environnement fait obstacle

1.2.4.1 Du corps lieu du handicap à l'espace 63
1.2.4.2 L'icône du handicap comme forme d'assignation spatiale d'une catégorie de population 65

Conclusion: l'espace urbain, milieu sensible, milieu hostile? 69

Chapitre 2 - La différence a-t-elle droit de cité? 73

2.1 Approche géo-historique du "handicap" 75

2.1.1-De l'Antiquité au Moyen-âge: le règne de l'ordre social

2.1.1.1 Quand la différence n'a pas de droit de cité 75

2.1.1.2 Au coeur du Moyen-âge l'inclusion excluante 78

2.1.1.3 La charité chrétienne: entre accueil et désir de maintien de l'ordre social 80

2.1.1.4 La lèpre modifie la topologie des espaces d'accueil 81

2.1.2-Le basculement vers l'enfermement

2.1.2.1 Le développement des hôpitaux: processus spatiaux 84

2.1.2.2 Les hôpitaux parisiens et les populations accueillies 86

2.1.2.3 Des hôpitaux généraux et autres maisons de force à l'asile 90

2.1.2.4 La loi de 1838 et les structures asilaires 92

2.1.3-Le corps et le pouvoir : entre assujetissement et autonomie?

2.1.3.1 La lèpre et la peste dans la cité : 2 modèles d'expression contemporains du pouvoir 93

2.1.3.2 Le corps comme lieu d'expression du pouvoir 96

2.1.3.3 La naissance des droits des personnes handicapées expression d'un pouvoir providentiel? 98

2.1.3.4 Effacer le handicap par la réadaptation: une action ciblée sur le corps ou l'expression d'une dimension ambivalente du pouvoir? 100

2.2 Le corps, présent ou absent de la pensée architecturale et urbanistique? 102

2.2.1-L'architecture et l'urbanisme au secours du corps urbain

2.2.1.1 Les maladies du corps urbain 102

2.2.1.2 L'hygiénisme et le fonctionnalisme comme réponse à la ville malade 103

2.2.2-Quand le corps devient outil de l'architecte

2.2.2.1 Les dimensions du corps 105

2.2.2.2 Le Corbusier et le Modulor ou la base d'un urbanisme normé 107

2.2.3-Le corps et le mouvement dans la pensée architecturale et urbanistique

2.2.3.1 Les voies de circulation comme élément du devenir urbain? 110

2.2.3.2 La valeur du mouvement : "être mobile" et "corps immobile" 113

2.2.3.3 La ville normée : le validocentrisme, fondement d'une idéologie urbaine persistante 116

2.2.4-L'accessibilité au coeur de l'intégration des populations déficientes

2.2.4.1 Accessibilité et adaptabilité 118

2.2.4.2 Les dimensions de l'accessibilité 120

Conclusion 124

PARTIE 1 - CONCLUSION 126

PARTIE 2 -
LES ENJEUX TERRITORIAUX DE LA PRISE EN COMPTE DES POPULATIONS DÉFICIENTES 129

Chapitre 3 - Géopolitique des populations déficientes **133**

3.1 L'espace de la gouvernance de la déficience 135

3.1.1-L'imbrication du rôle des acteurs sur le territoire

3.1.1.1 Gouvernance et complexité 135

3.1.1.2 Comment appréhender la complexité territoriale? 137

3.1.2-Quels acteurs jouent un rôle en faveur des populations déficientes?

3.1.2.1 L'espace social du handicap: un système d'acteur spatialisé hierarchisé 139

3.1.2.2 Rôle des filtres historiques et culturels dans l'espace de la gouvernance 141

3.1.2.3 A l'interface des deux espaces : les associations 144

3.2 Un gouvernement mondial de la déficience 146

3.2.1-Les actions à l'échelle internationale

3.2.1.1 L'organisation des Nations Unis: déclaration d'intention 147

3.2.1.2 L'organisation Mondiale de la Santé et la première classification internationale des handicaps 149

3.2.1.3 Le Processus de Production du Handicap: un élément conceptuel majeur justifiant l'approche géographique 154

3.2.1.4 Vingt ans après, l'OMS reformule la classification internationale concernant les handicaps 156

3.2.1.5 L'organisation des Nations Unis fixe des contraintes 160

3.2.2-Quelles sont les répercussions territoriales des actions internationales

3.2.2.1 De l'ONU à l'UE : le niveau international comme levier aux politiques européennes 164

3.2.2.2 Impact des décisions internationales sur les dispositions législatives nationales 166

3.2.2.3 Les Etats ayant développé des politiques complètes du handicap 171

3.2.2.4 Les dispositions législatives sur l'accessibilité : application concrète ? 176

3.3 Quel transfert des politiques européennes à l'échelle des espaces locaux? 180

3.3.1-Vers un espace européen d'action en faveur des populations déficientes?

3.3.1.1 Les fondements d'une Europe sociale envers les populations déficientes 181

3.3.1.2 Quand l'Europe prend ses responsabilités en matière de lutte contre les discriminations 183

3.3.1.3 Renforcement de la coopération entre les différents acteurs: l'Europe et les gouvernements nationaux 186

3.3.2-L'unité européenne contre les spécificités nationales?

3.3.2.1 La prise en compte des populations déficientes : une diversité de réponses politiques 188

3.3.2.2 Une géopolitique des Etats membres fragmentée 192

3.3.2.3 La situation des nouveaux Etats membres et pays candidats à l'adhésion 195

Conclusion **198**

Chapitre 4 - Les implications territoriales de la législation française : entre distance et proximité 201

4.1 L'aménagement du territoire en faveur des opulations déficientes en France : lieu de la contradiction? 203

4.1.1-Le flou des notions "d'accessibilité" et de "personnes handicapées" : deux notions clés pour une prise en compte territoriale

4.1.1.1 Les personnes handicapées : une image aux contours flous 203

4.1.1.2 L'accessibilité dans les lois : une approche peu contraignante 207

4.1.2-L'accessibilité entre dans l'aménagement du territoire

4.1.2.1 Quelle intégration de la politique d'accessibilité dans les documents d'urbanisme? 210

4.1.2.2 Des actions publiques fragmentant le territoire? 213

4.1.3-L'ambigüité des aménagements urbains

4.1.3.1 Des aménagements contradictoires 219

4.1.3.2 La ville mal conçue : l'absence de cohérence et de continuité 223

4.1.4-Quelles sont les populations concernées?

4.1.4.1 Les difficultés de déplacement en chiffres 226

4.1.4.2 La nature des populations concernées par des problèmes de mobilité 229

4.2 Entre distance et proximité : les structures d'accueil spécialisé 233

4.2.1-La place des structures d'accueil : une question de société?

4.2.1.1 Le jeu de la distance et de la proximité 234

4.2.1.2 L'enfermement remis en question? 237

4.2.2-L'accueil des populations déficientes dans les structures d'accueil vu par la presse quotidienne

4.2.2.1 Approche méthodologique 239

4.2.2.2 Les problématiques nationales : le manque de structure d'accueil 240

4.2.2.3 L'échelle locale : une population hostile à l'implantation des centres d'accueil sur son territoire? 242

4.2.2.4 Les référents spatiaux : l'importance des centre-ville? 243

4.2.3-Une approche multi-scalaire de l'accueil des populations déficientes

4.2.3.1 Approche méthodologique 245

4.2.3.2 Au niveau national un taux d'équipements élevé dans les départements peu denses 247

4.2.3.3 La place des structures dans les grands espaces urbains aux marges des villes : l'exemple du Havre 251

4.2.3.4 Quand l'enfermement naît de l'inaccessibilité de l'environnement 254

4.2.4-Comment le choix de localisation d'une structures d'accueil se fait-il?

4.2.4.1 L'exemple de l'implantation d'une structure d'accueil spécialisé dans la Codah : méthodologie et contexte 257

4.2.4.2 Caractéristiques des terrains et critères de choix 258

4.2.4.3 Les petites communes : un choix volontaire ou imposé? 260

Conclusion 263

PARTIE 2 - CONCLUSION 266

PARTIE 3 -
CONTINUITÉS ET DISCONTINUITÉS EN GEOGRAPHIE AU PRISME DES POLITIQUES PUBLIQUES Á L'ÉGARD DES POPULATIONS DÉFICIENTES

269

Chapitre 5 - Les communes françaises face au défi de l'accessibilité urbaine **273**

5.1 Comment les communes font-elles face aux diagnostics de leur territoire? 275

5.1.1-Les diagnostics accessibilité : une prescription gouvernementale imprécise?

5.1.1.1 Le principe de "chaine du déplacement" 275

5.1.1.2 Les diagnostics accessibilité des ERP : enjeu et débat 278

5.1.1.3 Quels outils sont développés par les instances internationales? 279

5.1.2-L'offre associative et privée en matière de diagnostic accessibilité des ERP

5.1.2.1 Des initiatives associatives originales 280

5.1.2.2 L'offre privée au service des collectivités : des professionnels de l'accessibilité? 285

5.2 L'accessibilité des ERP à Villeneuve d'Ascq : contexte et méthodologie 289

5.2.1-Le choix du terrain

5.2.1.1 Une collaboration tripartite 289

5.2.1.2 Villeneuve d'Ascq : un terrain d'étude particulier et ordinaire 291

5.2.1.3 Une enquête, 4 étapes 297

5.2.2-Comment investir le terrain?

5.2.2.1 L'élaboration d'une grille réglementaire 299

5.2.2.2 Protocole d'étude 303

5.2.2.3 La boîte à outils du géographe de terrain 307

5.2.2.4 Comment visualiser les résultats? 310

Conclusion **314**

Chapitre 6 - D'une approche technique des ERP à l'intérêt d'une analyse territoriale **315**

6.1 Le niveau d'accessibilité des ERP : le cas de Villeneuve d'Ascq 316

6.1.1-Une première analyse spatiale

6.1.1.1 Répartition des ERP sur le territoire communal et types de quartiers 316

6.1.1.2 Des niveaux de gêne différents selon les types de déficiences 320

6.1.2-L'analyse territoriale et le jeu des corrélations

6.1.2.1 Quelles hypothèses pour diriger l'analyse de la base de données? 326

6.1.2.2 Des résultats locaux reflétant les difficultés nationales 328

6.2 Apports de la géographie pour la réalisation des "Diagnostics accessibilité" 336

6.2.1-Quels types d'obstacles environnementaux pour quels types de ruptures?

6.2.1.1 De l'état des lieux à l'analyse de la nature des obstacles environnementaux 336

6.2.1.2 Identifier les lieux de ruptures 341

6.2.1.3 Élaborer un plan de mise en accessibilité des ERP : quels paramètres prendre en compte? 344

6.2.2-Incohérences et discontinuités territoriales
6.2.2.1 La chaîne d'accessibilité remise en question? 348
6.2.2.2 Reconsidérer les territoires d'action? 352
Conclusion **355**

Chapitre 7 - L'interterritorialité à l'épreuve de l'accessibilité **357**
7.1 L'interterritorialité dans les politiques publiques en faveur des populations déficientes 358
7.1.1-Accessibilité et intercommunalité dans la loi de 2005
7.1.1.1 Les commissions intercommunales : l'histoire d'un flou juridique 358
7.1.1.2 Quelles réalités sur le terrain? 360
7.1.2-Le cas de la Seine-Maritime et de la Réunion
7.1.2.1 L'absence de commissions intercommunales : le cas de la Seine-Maritime 362
7.1.2.2 La coexistence des commissions : le cas du département de la Réunion 364

7.2 L'accessibilité des espaces publics aux populations déficientes : utopie urbaine ou réalité contemporaine? 369
7.2.1-Des difficultés techniques à surmonter
7.2.1.1 Des dispositifs techniques flous 369
7.2.1.2 Les ressources territoriales : une question théorique et technique, un nécessaire référentiel? 370
7.2.2-La mise en accessibilité des territoires en faveur des populations déficientes : idées reçues
7.2.2.1 L'accessibilité un coût pour la société? 372
7.2.2.2 Relativiser le coût de l'accessibilité 376
7.2.3-Inverser les regards
7.2.3.1 "L'usage" oublié de la législation et pourtant essentiel 377
7.2.3.2 Les populations déficientes : reflet d'une stagnation socio-spatiale ou support du développement durable des sociétés? 380
Conclusion **383**

PARTIE 3 - CONCLUSION **384**

CONCLUSION GÉNÉRALE **387**

ANNEXES 399
BIBLIOGRAPHIE 439
TABLES DES ACRONYMES 469
TABLES DES CARTES 471
TABLES DES ENCADRÉS 473
TABLES DES GRAPHIQUES 475
TABLES DES PHOTOGRAPHIES 475
TABLE DES SCHÉMAS 477
TABLES DES MATIÈRES 481
RÉSUMÉ - ABSTRACT 488

Résumé :

Populations déficientes, territoires en mutation : de nouvelles dynamiques spatiales ?

L'accessibilité des territoires aux populations atteintes de déficiences est un objectif désormais affiché des politiques publiques les concernant. Centrées pendant longtemps autour du corps, les conceptions du handicap ont évolué de considérations strictement médicales (réadaptation) à une démarche sociale (Etat-providence) puis vers l'émergence du rôle de l'environnement dans la production des situations de handicaps.

Les lois mises en place depuis 1975 en France sont porteuses de nouvelles pratiques urbaines axées sur l'accessibilité en particulier dans la conception des espaces et bâtiments publics. Cette pratique innovante est confrontée à une réalité de terrain : un espace urbain normé, historiquement conçu autour d'un corps standard. La multiplicité des acteurs intervenant sur le territoire fragmente l'espace en créant une multitude de ruptures et de discontinuités dans la chaîne d'accessibilité. Face à ce constat, la loi de 2005 impose aux collectivités territoriales le défi obligatoire pour 2015 de la mise en conformité du patrimoine public en réalisant des diagnostics d'accessibilité et les aménagements nécessaires aux besoins et aux usages des populations déficientes.

L'apport du géographe dans l'identification des discontinuités spatiales peut-elle être le point de départ d'une dynamique spatiale vecteur de développement économique et de lien social ? L'espace est appréhendé dans une double dimension en explorant le champ des actions et celui des pratiques des différents acteurs territoriaux. Cette lecture permet d'aborder les enjeux sociaux en dévoilant le processus relationnel que les acteurs nouent avec l'espace dans le partage de celui-ci entre les hommes.

Mots-clés : Accessibilité, populations déficientes, Etablissement Recevant du Public, handicap

Abstract :

Disability and changing territories: towards a renewed spatial dynamic?

Territorial accessibility for disabled people is officially deemed a primary concern in current public policies. If disability had been perceived as a physical issue, it is now not only considered in its medical repercussions such as rehabilitation, but is also approached as a social matter in the Welfare State. Moreover, the environment emerges today as a cause of disability.

Since 1975, French laws introduced a new urban practice of accessibility, which affects particularly the conception of public spaces and public buildings. This innovative practice faces a reality : the normed urban landscape was historically built for the able body. The considerable number of actors intervening on the territory leads to a fragmented space, and to gaps and discontinuities in the chain of accessibility. Taking this reality into account, a recent law enjoins local authorities to bring public equipments to legal standards by 2015 through prerequisite diagnostics and adjustments to match the needs and uses of the disabled population.

By pointing out the spatial discontinuities, could geography contribute to the renewal of the spatial dynamic and therefore participate to an economic growth and a social relationship? Space is investigated at once through its use by the different territorial actors and through their actions in this territory. This approach considers the social stakes by unveiling the relation between the actors and a space shared by men.

Key-words :Accessibility, disabled people, public institution, disability