



HAL
open science

Nature et Handicap à La Réunion : le défi d'une accessibilité pour tous

Arthur Guenat

► **To cite this version:**

Arthur Guenat. Nature et Handicap à La Réunion : le défi d'une accessibilité pour tous. Géographie. Université de la Réunion, 2012. Français. NNT : . tel-01053818v1

HAL Id: tel-01053818

<https://theses.hal.science/tel-01053818v1>

Submitted on 2 Aug 2014 (v1), last revised 25 Feb 2016 (v2)

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 de La Réunion
UFR Lettres & Sciences Humaines

UMR Espace Dev - AIMS



Thèse pour l'obtention du grade de Docteur
Discipline : Géographie

NATURE ET HANDICAP À LA RÉUNION : le défi d'une accessibilité pour tous

Thèse de **Arthur GUENAT**, sous la direction du Professeur **Gilles LAJOIE**,
soutenue publiquement le 9 mai 2012

Membres du jury :

François **TAGLIONI**, Professeur, Université de La Réunion (Président du jury)

Michel **BUSSI**, Professeur, Université de Rouen (rapporteur)

Gilles **LAJOIE**, Professeur, Université de La Réunion

Franck **BODIN**, Maître de conférences, Université de Lille 1 (rapporteur)

Richard-Daniel **BOISSON**, Sous-Préfet chargé de mission cohésion sociale à La Réunion



UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION
École Doctorale Lettres et Sciences Humaines

Doctorat de Sciences Humaines
Discipline : Géographie

Arthur GUENAT

Nature et Handicap
à La Réunion :
le défi d'une accessibilité pour tous

Thèse dirigée par Gilles LAJOIE, Professeur

REMERCIEMENTS

Je tiens, en premier lieu, à remercier mes parents, sans qui je ne serais pas là (ce qui est une bien belle lapalissade). Doit-on ensuite forcément citer aïeux et animaux de compagnie ? Beaucoup savent déjà quelle part de l'édifice ils ont aidé à bâtir, durant ces années de recherche. Venons-en donc aux autres soutiens et contributeurs, plus ou moins directs, qui seront peut-être étonnés ou flattés d'être cités.

Il y a d'abord un formidable directeur de thèse, qui a toujours été disponible et concerné, compréhensif, enthousiaste, voire même chauffeur !

Puis des collègues chercheurs et doctorants dans les mêmes « promotions » ou d'autres contrées exotiques (le « Nord », la Normandie, etc.), pour partager expériences, angoisses « de la feuille blanche » et autre « blues du doctorant ». Je remercie tout particulièrement Emmanuel Marcadé pour son aide précieuse en matière de cartographie.

Enfin de nombreux professionnels, tout autant cadres qu'hommes de terrain : R.Dutel (ONF), N.Payet (Département), J.Massip (CIREST), F.Cocâtre (TCO) et bien d'autres fonctionnaires territoriaux, agents ONF, GCEIP, etc. ; ainsi que les responsables et bénévoles dévoués d'associations réunionnaises de personnes handicapées : SR et Délégation AFM, Saint-Paul Handisports, Comité Régional Sport Adapté, SCA, CLER...

Pour finir, une pensée affectueuse à : Aurélie, Ingrid, Maxime, Tida, Noël, Nathalie et mon fidèle compagnon de chaque instant : mon PC !

AVANT-PROPOS

Genèse de la thèse

Je tenais à apporter quelques précisions quant à l'existence même de cette thèse.

Atteint moi même d'une déficience motrice (maladie neuromusculaire), je suis arrivé à La Réunion, fraîchement diplômé d'un Master de géographie, sans objectif professionnel ou universitaire précis. Aussi, après quelques mois de découverte de l'île, il m'est très vite apparu qu'une certaine dynamique était en cours, au niveau touristique et patrimonial, ainsi que dans le développement des sports de nature. M'apercevant également d'une certaine dynamique associative locale, dans le monde du handicap (Téléthon local, handisports), l'idée de baser des recherches de niveau thèse sur ces phénomènes a germé. De plus, dans la continuité de la loi dite de « 2005 »¹, il apparaissait une large brèche à combler : l'étude de l'accès des personnes handicapées à la nature. Dans un deuxième temps, après avoir trouvé un directeur de thèse et avoir commencé à rencontrer les acteurs du terrain d'étude (handicap d'un côté, gestionnaires d'espace naturel de l'autre), j'ai ressenti un manque² évident de préconisations et de méthodes d'aménagement auxquelles tous ces acteurs pourraient se raccrocher.

D'où, au final, une thèse dont les travaux de recherche se situent à la fois dans le champ de la géographie sociale et dans le champ de l'opérationnel. Enfin, il faut souligner que cette thèse est donc faite par une personne handicapée dans le but d'améliorer le quotidien et l'intégration de toutes les personnes atteintes par une déficience. De ce fait, elle milite dans le sens d'une auto-prise en main des problématiques de vie sociale liées au handicap, voire d'une auto-détermination des personnes handicapées.

¹ Loi n°2005-102 du 11 février 2005, relative à *l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*.

² Les espaces naturels, non urbanisés, ne sont pas concernés par les obligations légales de mise en accessibilité.

Avant-propos sur le vocabulaire utilisé

« *Personne handicapée* », « *personne à mobilité réduite (PMR)* », *personne en situation de handicap*, etc. Aujourd'hui, coexistent dans le vocabulaire français de multiples façons de nommer une personne étant restreinte dans sa capacité à se mouvoir dans l'espace ou à communiquer. Cette multiplicité des termes est la cause d'un certain flou linguistique dans notre quotidien et au sein des instances publiques, voire d'abus de langage. De plus, les dénominations ont évoluées dans le temps et malgré une certaine clarification dans la loi française (depuis 2005), certaines imprécisions persistent. Il s'agit donc ici de définir le sens du vocabulaire utilisé dans ce mémoire de thèse. En effet, certains usages ont été conservés, par souci de compréhension du lecteur, alors que d'autres expressions ont été utilisées dans un sens plus large que ce qui est « habituellement » constaté. Voici donc les principales expressions concernées et leur définition dans ce mémoire (sauf précision et exception faite des passages où ces expressions sont justement critiquées et analysées) :

- « **Personne(s) handicapée(s)** » et « **personne(s) à mobilité réduite (PMR)** » sont mises au même niveau de définition : toutes les personnes ayant des difficultés ou des incapacités à se déplacer ou à effectuer un geste, une tâche, dans un environnement donné, suite à une déficience physique, physiologique ou mentale. « **Handicap** », « **déficients** » et leurs dérivés, se rapportent à cette définition.
- « **Personnes en situation de handicap** » est utilisé comme terme plus large : toute personne potentiellement ou momentanément gênée dans ses mouvements ou ses déplacements, dans un environnement donné. L'expression a donc une définition bien plus vaste que dans la loi de 2005.
- « **Accessible** » et « **accessibilité** » sous-entendent accessible au plus grand nombre mais avant tout aménagé ou adapté pour l'accès des personnes déficientes (toutes, si non précisé, ou certaines : moteur, visuel, etc.). « **Adapté** » est utilisé de la même manière : pour le plus grand nombre mais avant tout pour combler les manques de mobilité.
- « **Accessible à tous** » est utilisé dans le sens « d'accessibilité universelle », qui signifie un accès sans recours à aucune distinction (ni service spécifique, ni accès différencié) ou discrimination, même positive. Ce qui n'exclut pas un matériel adapté.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GÉNÉRALE	11
------------------------------	-----------

PARTIE 1 : LA CONSTRUCTION RÉCENTE D'UNE FIGURE DU SOCIAL : LE HANDICAP

INTRODUCTION	19
---------------------	-----------

CHAPITRE 1 – REGARDS CROISÉS SUR LES ÉVOLUTIONS RÉCENTES

1) AU NIVEAU INTERNATIONAL : ÉVOLUTION DANS LA CONSIDÉRATION DE LA PERSONNE HANDICAPÉE

1.1 Handicaps, déficiences, infirmité : des notions changeantes au fil des siècles	20
1.2 Les principes d'intégration au niveau international	28
1.3 Les principes d'intégration au niveau européen	37

2) NATURE, LOISIRS ET HANDICAP : LE DÉVELOPPEMENT D'UN IDÉAL DE VIE ACTIVE

2.1 L'accès aux loisirs sportifs : une revendication parallèle à l'accessibilité universelle	42
2.2 L'essor des pôles de loisir ou touristiques, adaptés, de pleine nature	46

3) DU XX^{ÈME} SIÈCLE À 2005 : VERS UN MODÈLE FRANÇAIS D'INTÉGRATION ET D'ÉGALITÉ DES CHANCES

3.1 La reconnaissance de la personne handicapée en France (1918 - 2005)	51
3.2 Loi de 2005 : le modèle d'égalité des chances et de pleine participation français	58

CHAPITRE 2 – LE PRINCIPE « D'ACCESSIBILITÉ GÉNÉRALISÉE POUR TOUS LES DOMAINES DE LA VIE SOCIALE » : CONSTATS, LIMITES ET FREINS

1) LE HANDICAP AUJOURD'HUI EN FRANCE : CONSTATS ET PRATIQUES

1.1 Politique du handicap : connaissance statistique, gouvernance et information	65
1.2 Les constats actuels par champ de la vie sociale	71

2) DE L'INTÉGRATION À L'INCLUSION DES PERSONNES HANDICAPÉES, OU DE LA DISCRIMINATION POSITIVE À LA NON DISCRIMINATION

2.1 Les limites et « effets pervers » de la loi 2005	80
2.2 L'accès aux loisirs, au sport, au tourisme et à la nature : sur le chemin de l'inclusion ?	86

CONCLUSION	90
-------------------	-----------

PARTIE 2 : VIVRE AVEC UNE DÉFICIENCE À LA RÉUNION

INTRODUCTION	95
---------------------	-----------

CHAPITRE 1 – LA SOCIÉTÉ RÉUNIONNAISE : ÉLÉMENTS DE CONTEXTE GÉNÉRAL ET ÉVOLUTION SOCIO-HISTORIQUE DEPUIS LA DÉPARTEMENTALISATION

1) UNE SOCIÉTÉ AUX MUTATIONS ACCÉLÉRÉES

1.1 La sortie d'un colonialisme exacerbé : progrès social et boom démographique	96
1.2 Modernisation structurelle et bouleversements économiques	98

2) LES FONDAMENTAUX DE LA SOCIÉTÉ RÉUNIONNAISE

2.1 Démographie et caractéristiques de la population réunionnaise	102
2.2 La vie familiale et les ménages de La Réunion	103
2.3 Revenus des foyers réunionnais et prestations sociales	104
2.4 Le logement sur l'île de La Réunion	105
2.5 Emploi, niveau de diplôme et formation	106
2.6 Economie et consommation	108

CHAPITRE 2 – PRISE EN CHARGE ET RECHERCHE D'ÉGALITÉ SOCIALE : UNE CONSTRUCTION SOCIO-POLITIQUE RÉCENTE DU HANDICAP À LA RÉUNION 110

<u>1) LA POPULATION HANDICAPÉE DE LA RÉUNION</u>	110
1.1 Situation sanitaire à la Réunion : risques, maladies et séquelles handicapantes	111
1.2 La population handicapée réunionnaise, selon les données « officielles »	118
<u>2) VIVRE EN SITUATION DE HANDICAP À LA RÉUNION : QUELLE RÉALITÉ ?</u>	126
2.1 Scolarisation et études des personnes en situation de handicap à La Réunion	126
2.2 Quelle insertion professionnelle pour les travailleurs handicapés Réunionnais ?	129
2.3 L'accès aux autres domaines de la vie sociale	131
2.4 La loi de 2005 à La Réunion : le point sur la mise en accessibilité des espaces	134
2.5 Le handicap à La Réunion, vu du monde associatif	143
CONCLUSION	150

PARTIE 3 : L'ACCESSIBILITÉ DES ESPACES NATURELS TOURISTIQUES ET DE LOISIRS : UNE NOUVELLE DIMENSION DES POLITIQUES PUBLIQUES – L'EXEMPLE RÉUNIONNAIS 151

INTRODUCTION 153

CHAPITRE 1 – RENDRE ACCESSIBLE LES ESPACES NATURELS : LES TENDANCES ACTUELLES SUR L'ÎLE DE LA RÉUNION 154

<u>1) LES ESPACES NATURELS TOURISTIQUES ET DE LOISIR RÉUNIONNAIS : POTENTIELS D'ACCESSIBILITÉ ET OPPORTUNITÉS ASSOCIÉES</u>	154
1.1 Accéder aux sites naturels : une opportunité pour améliorer l'accessibilité globale de l'île	155
1.2 Adapter les sites touristiques : une démarche de développement durable et un intérêt pour l'ensemble de la filière tourisme	155
1.3 Activités Physiques et Sportives de Nature Adaptées et sites touristiques à La Réunion	159
<u>2) VERS DE NOUVELLES POLITIQUES D'ACCUEIL DES PMR POUR LES INSTANCES PUBLIQUES ET COLLECTIVITÉS TERRITORIALES RÉUNIONNAISES</u>	162
2.1 Les nouvelles conceptions de l'accueil du public PMR, en pleine nature, à La Réunion	162
2.2 Des initiatives inédites à La Réunion	169

CHAPITRE 2 – LA PRISE EN COMPTE DES PMR DANS LES ESPACES NATURELS ET TOURISTIQUES RÉUNIONNAIS : ÉTUDE DE PUBLIC, PROSPECTIVE ET AIDE A LA DÉCISION 179

<u>1) ENQUÊTE SUR LES PRATIQUES ET LES DÉPLACEMENTS DU PUBLIC HANDICAPÉ</u>	179
1.1 Présentation de l'enquête	180
1.2 Résultats et analyse	183
1.3 L'accessibilité des sites naturels réunionnais : résultats des enquêtes « cartes »	192
1.4 Les principaux enseignements de l'enquête	197
<u>2) RÉPONDRE AUX BESOINS D'ACCÈS À LA NATURE DES PERSONNES HANDICAPÉES SUR L'ÎLE : INFORMATION, OUTILS D'ÉVALUATION ET AIDE À LA DÉCISION</u>	198
2.1 Un premier accès aux espaces naturels : celui à l'information	198
2.2 L'accessibilité de sites touristiques naturels, de parcs et réserves naturelles : ce qui ce fait en matière d'information (on-line)	201
2.3 Des outils pour évaluer et hiérarchiser les sites naturels de La Réunion	203
2.4 Proposition d'une cartographie novatrice, pour l'aide à la décision	214
CONCLUSION	226

CONCLUSION GÉNÉRALE 228

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Cadre et inscription épistémologique

Au contraire de la géographie anglo-saxonne, la géographie française est peu productive en études et recherches sur les rapports entre l'espace social ou physique et « l'homme déficient ». Au mieux, on trouve des chercheurs posant leur réflexion à mi-chemin entre la sociologie pure et la géographie dite « humaine » ou des rapports d'ingénieurs et d'élus sur un pan précis des problèmes d'accessibilité actuels. Pourtant, depuis la « Loi 2005¹ », la France est censée être parmi les pays en avance sur l'intégration des personnes handicapées. Une loi qui, justement, remet l'environnement inadapté au cœur du phénomène de production, non pas « d'hommes déficients » mais de situations de handicap.

Aussi, cette thèse s'inscrit en premier lieu, à la fois idéologiquement et théoriquement, dans le champ des « *disability studies* », au sens où les a définies Simi Linton² : « *les disability studies restructurent l'approche du handicap en se centrant sur lui en tant que phénomène social, construction sociale, métaphore et culture, utilisant un modèle de groupe minoritaire. [...] Les disability studies tout à la fois émanent du, et soutiennent le, mouvement pour les droits des personnes handicapées [Disability Rights Movement], qui plaide pour les droits civiques et l'autodétermination. Ce point de vue détourne l'attention portée au paradigme prévention \ traitement \ remède en faveur du paradigme social \ politique \ culturel.* ». Cependant, il faut préciser de suite que, comme l'explique Mathilde Mus dans une récente thèse³ : « *établie 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.* ». Cela fait également oublier qu'il y a d'autres

¹ Loi n°2005-102 du 11 février 2005, relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

² LINTON S., 1998, *Claiming Disability: Knowledge and Identity*, New York University Press.

³ MUS M., 2010, *Populations déficientes, territoires en mutation : de nouvelles dynamiques spatiales ?*, Thèse de doctorat, ss la dir. de B.Steck et F.Bodin, UMR Idées / CIRTAI, Université du Havre.

environnements que le monde urbain, qui peuvent s'avérer inadaptés, donc d'autres contextes « d'oppression », du moins d'exclusion. En deuxième lieu, cette thèse propose donc de reconsidérer le phénomène social qu'est le « handicap » face à un environnement non urbain, en l'occurrence les espaces de loisir en pleine nature, en analysant les relations d'interdépendance entre personne handicapée (ou « à mobilité réduite »), environnement naturel et instances publiques. Par là même, cette thèse sera constamment au carrefour de la sociologie, de la géographie et de l'aménagement du territoire.

Un axe de recherche inédit dans le domaine de l'accessibilité

Ce caractère inédit s'appuie en fait sur un constat de départ très simple : en France, le cadre légal concernant l'accessibilité n'évoque qu'un environnement urbain et tout au plus l'accès à la culture, au sport, etc. Aucune mention de l'environnement naturel, non urbanisé du moins, d'un quelconque besoin, d'une quelconque obligation d'aménagement hors la ville. Partant de ce constat, ce travail de recherche pose un postulat ou plutôt une théorie à développer, qui appelle d'autres réflexions sur les personnes handicapées et la considération qu'en a l'ensemble de notre société occidentale contemporaine. Ce postulat est le suivant : alors que notre société actuelle prône d'un côté l'accessibilité universelle et l'intégration de tous et de l'autre la mise en avant et l'ouverture au public des espaces naturels les plus remarquables comme enjeux sociétaux, les personnes à mobilité réduite (PMR) ont elles aussi, en tant que citoyen, le droit d'accéder à ces espaces, pour ne pas être exclues de ces enjeux.

Cependant, dans l'optique des questions d'équilibre entre protection et accueil du public (qui découlent de cette défense d'un droit d'accès à la nature pour tous), cette posture de départ doit s'entendre dans le sens d'un droit d'accès « réfléchi ». Ceci pour deux raisons : éviter une remise en cause de la préservation de ces espaces (aménagements lourds, « bétonnage »...) et répondre efficacement aux spécificités du public PMR, suivant leurs pratiques et attentes. Aussi dans la mesure où ces pratiques sont récentes et encore mal cernées, ce travail aura comme axe parallèle de recherche l'étude de ces nouvelles pratiques spatiales des personnes à mobilité réduite.

Le but n'est donc pas tellement de déterminer comment les pouvoirs publics doivent aménager de façon spécifique pour les PMR mais, bien plus

globalement, de définir et d'analyser les pratiques, la prise en compte sociétale, et l'accueil des PMR, dans des environnements non urbanisés, à très fort enjeu de développement touristique, récréatif et patrimonial. Ainsi, même si des propositions en termes de méthode et d'aide à la décision (en amont des aménagements) seront également faites, la problématique générale de la thèse est de savoir si l'on peut observer de nouvelles formes de politiques publiques de mise en accessibilité (ou du handicap) des espaces naturels. Pour se faire, l'axe de recherche et le cadre spatial choisis (les espaces naturels touristiques de l'île de La Réunion, Département français d'Outre-Mer) sont tout à fait originaux, puisque très peu de travaux ont porté sur le « public » handicapé réunionnais (tourisme, culture, emploi, déplacements...etc.), et sur le handicap en espace non-urbanisé.

Un travail sur plusieurs échelles de temps et d'espace

Comme le montre le schéma de la figure 1, une progression décroissante d'échelle de temps, mais aussi d'espace, sera opérée au fil de l'affinement des questions traitées.

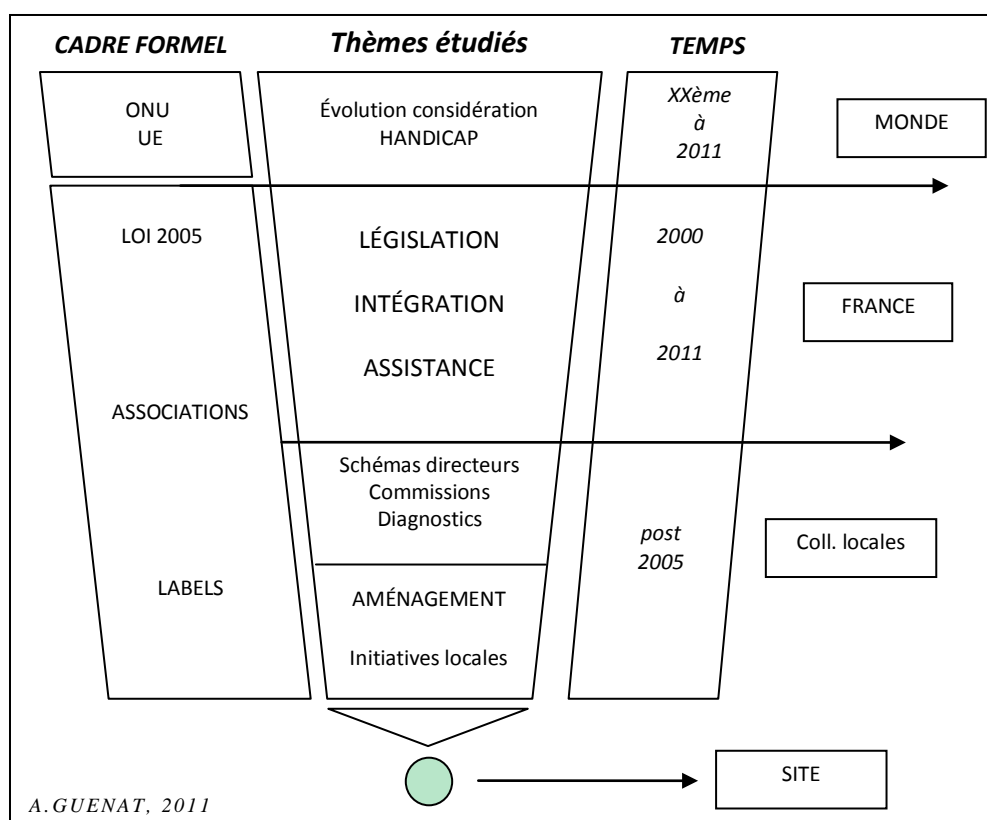


Fig.1 *Les échelles de temps et d'espace de la thèse.*

D'un assistanat compassionnel à une accessibilité universelle inclusive

Pendant des siècles la considération des personnes handicapées, ou plus généralement des gens « anormaux », a oscillé entre miséricorde, charité et à l'inverse indifférence, voire rejet. Or, au cours du seul XX^{ème} siècle, tout a évolué beaucoup plus rapidement, avec une progression d'un assistanat, tout à fait dans l'esprit de la compassion judéo-chrétienne, vers une intégration réelle dans la société. Cette évolution a aussi été celle des instances publiques mondiales et nationales, dont le rapport à l'homme et à la santé a profondément changé.

Que signifie aujourd'hui « personne handicapée » ? Comment s'est déroulé ce « glissement » vers l'intégration des personnes handicapées ? Pourra-t-on un jour parler d'inclusion ?

Dans cette première partie de thèse, il s'agira avant tout d'utiliser des ressources documentaires et de faire appel à une méthodologie proche de l'histoire et de la sociologie – voire des emprunts à l'anthropologie – afin de faire un point précis sur les concepts clés de ce travail de thèse.

Le handicap comme construction socio-politique à l'épreuve d'une société aux mutations récentes et accélérées : le cas de l'Ile de La Réunion

Après avoir détaillé ce qu'est « le handicap » et expliqué en quoi il est une « figure du social », il sera décrit face à une société réunionnaise que l'on pourrait qualifier de jeune et aux mutations très concentrées. Là encore les ressources documentaires auront la part belle, mais il sera aussi question d'entretiens et d'observations visant à comprendre les spécificités de la population handicapée de l'île.

La nature pour tous : de l'ouverture sémantique et conceptuelle sur les loisirs adaptés aux applications concrètes

Dans la dernière partie, le thème de l'accessibilité universelle sera abordé par l'accès de tous à l'environnement naturel, le but étant de montrer en quoi l'on est passé ces vingt dernières années du discours aux actes concrets⁴ en matière d'accès et d'aménagement des sites naturels touristiques et de loisir.

⁴ « concret » = *qui se rapporte à la réalité considérée dans sa totalité* (dictionnaire TLF informatisé).

Dans ce cadre, le contexte actuel de l'Île de la Réunion en matière de politique publique d'accueil des PMR sera étudié en détails, tout étant parfois comparé à des exemples significatifs des contextes mondial et national. Dans ce contexte réunionnais, celui de « l'île intense » au patrimoine naturel exceptionnel mondialement reconnu, trois interactions sociales et environnementales seront mises en avant (voir fig.2) :

- le public handicapé avec les espaces naturels réunionnais (1)
- les instances de gestion des espaces protégés avec le public handicapé (2)
- les aménageurs avec les espaces naturels mis en accessibilité (3)

Cette partie aura aussi pour finalité d'apporter des éléments de compréhension des pratiques spatiales de la population handicapée de l'île (grâce à des techniques d'enquête), ainsi que de proposer des outils d'aide à la décision, pour la mise en accessibilité des espaces naturels.

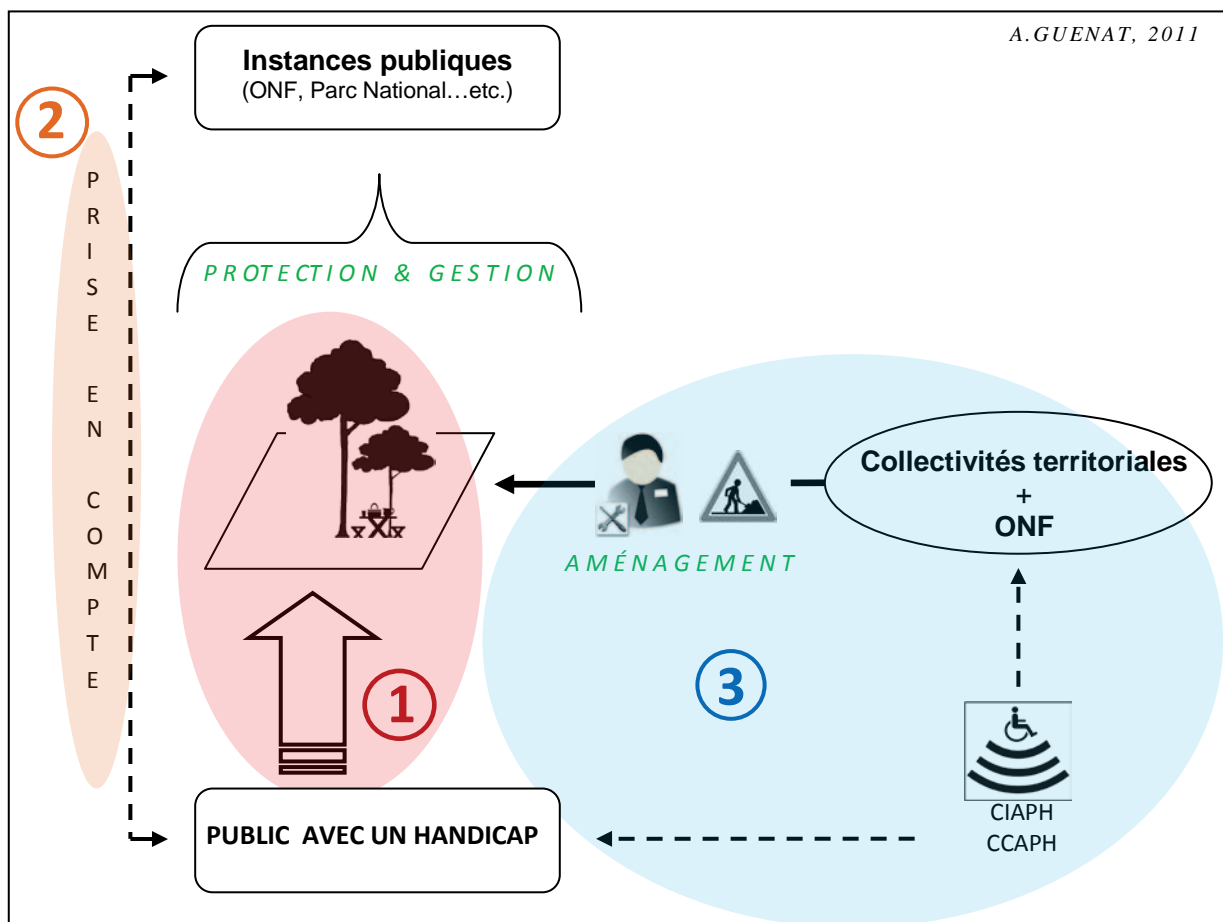


Fig.2 Les interactions homme / environnement traitées.

LA CONSTRUCTION RÉCENTE D'UNE
FIGURE DU SOCIAL :
LE HANDICAP



Les mendiants, 1568, de Pieter Bruegel dit « Bruegel l'Ancien » (1525-1569)
Le Louvre, Paris.

« L'histoire sociale enseigne qu'il n'y a pas de politique sociale sans un mouvement social capable de l'imposer. »

Pierre Bourdieu (2001)

« Plus qu'un simple instrument de communication, le langage illustre la façon dont on se représente mentalement une réalité. Il n'est donc pas étonnant que les mots employés pour parler des personnes handicapées aient fait l'objet d'une remise en question parallèle à l'évolution de leur place dans la société. »

Patrick Fougeyrollas

Introduction

En quoi le handicap est-il, au-delà de la définition clinique¹, un phénomène social ?

Cette première partie sera essentiellement consacrée à expliquer comment une approche sociale et politique du handicap s'est développée depuis le début du XX^{ème} siècle. L'objectif étant de définir en quoi le handicap apparaît désormais comme un véritable pan du champ social ou, pour reprendre Roy Compte, « une figure du social ». Cette partie visera également une synthèse des avancées consenties par les instances internationales puis par l'État et la société française, dans la considération et la prise en charge des personnes invalides ou, plus largement, en « situation de handicap ».

Aussi par l'analyse des politiques successives (un temps inexistantes) de mise en accessibilité de notre environnement matériel et social, c'est le niveau d'intégration actuel des personnes handicapées dont il sera question *in fine*.

¹ en gros une incapacité résultant d'une déficience (définition pour l'instant retenue).

I/Regards croisés sur les évolutions récentes

Dans ce premier temps de réflexion, il s'agit de porter différents regards sur les évolutions d'une problématique qui touche au plus profond l'individu, les sociétés et l'Homme depuis le début de l'humanité : l'infirmité ou, comme plus communément appelé aujourd'hui, le handicap. Cette analyse va permettre ensuite d'introduire des réflexions quant à l'intégration de la personne handicapée dans nos sociétés occidentales modernes, l'exemple français étant exploré dans une perspective historique.

1) Au niveau international : évolution dans la considération de la personne handicapée

La considération des « valides » et de la société à l'égard de la personne déficiente ou infirme a évolué au fil du temps, cette personne étant reconnue « handicapée » très tardivement au regard de l'Histoire. Ainsi, après avoir été très peu considérés et même souvent rejetés pendant de nombreux siècles, les infirmes devenus « personnes en situation de handicap » se sont vu accorder des droits fondamentaux et ont commencé à être intégrés dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle.

1.1 Handicap, déficiences, infirmité : des notions changeantes au fil des siècles

Durant l'histoire de l'Humanité et suivant les civilisations, des êtres sont toujours apparus différents physiquement : déficients, frappés d'incapacités voire « monstrueux » au regard des autres « normaux ». Cependant, concernant notre civilisation occidentale, ces différences ou handicaps n'ont pas toujours été vus, vécus et définis de la même façon, d'où des conséquences très diverses.

1.1.1 De l'Antiquité à l'Âge Classique : infirmité et exclusion

Pendant de nombreux siècles, du moins dans les civilisations grecques, romaines puis de la « Vieille Europe », la notion de handicap ou de personne handicapée n'existait pas. Elle n'avait pas lieu d'être, puisque tout être humain différent, ou plutôt ayant un écart avec une

norme d'intégrité physique ou biologique, était considéré comme infirme (du latin *infirmus* : faible, physiquement ou moralement) alors que le handicap (voir plus loin) désigne un « *écart par rapport à une norme d'intégration sociale, écart provoqué par la possession d'une déficience.*¹ ». Ainsi, « *celui que l'on ne nomme pas encore handicapé, diminué physique ou mental, s'il conserve quelques chances de survie, est l'être inutile que l'on se contente d'abandonner quand on ne le supprime pas.*² ». Certes, suivant les cultures et les époques, ces infirmes sont plus ou moins exclus : si chez les Grecs puis les Romains ils étaient inutiles, « morts à la société » et pestiférés car porteurs du mauvais sort et de la colère des dieux, ils étaient déjà mieux considérés dans l'Égypte ancienne ou au début du christianisme. Malgré ces variations dans la considération de ces êtres différents (corps inutiles ou au mieux assistés par charité), il est une constante jusqu'à l'Âge Classique : c'est celle de l'exclusion. En effet le point commun à toutes les sociétés occidentales au fil de ces siècles fût « la mise au banc de la société » de tous ces infirmes. Au mieux ces derniers ont obtenu le droit d'être assisté mais pas d'être intégré à la vie sociale de la cité. Il faut noter que tout cet historique des corps socialement exclus a très bien été étudié par H.J. Stiker³ dans les années 1980.

Concernant l'histoire des « exclus » de la société à l'Âge Classique, il faut bien évidemment rappeler les nombreux travaux de Michel Foucault⁴ sur l'exclusion des malades, des condamnés et plus généralement des faibles et des déficients psychiques, par l'enfermement (précisons au passage qu'« infirme » vient remplacer l'ancien français *enferm* « malade, faible », dont justement l'homonymie avec les formes conjuguées du verbe enfermer gênait).

Dans sa thèse d'Etat intitulée *Folie et Dérailson. Histoire de la folie à l'âge classique*, M. Foucault a basé ses recherches (le traitement des « fous » de la fin du Moyen-âge au XVII^{ème} siècle, en France) sur l'étude des lieux servant à la fois à l'accueil et l'enfermement des malades mentaux, des pauvres et des plus faibles : autrement dit les « débiles⁵ ». Tout d'abord, il s'est penché sur le devenir des léproseries à la fin du Moyen-âge (une fois la lèpre disparue donc), des « *structures [qui] resteront (...) [et où] souvent les jeux de l'exclusion se retrouveront, étrangement semblables deux ou trois siècles plus tard.* ». Ensuite, M. Foucault a pris comme point de repère la création en 1656, par édit royal, de l'Hôpital général de Paris dans lequel il s'agissait d'accueillir – selon les termes mêmes de l'édit⁶ – les pauvres « *de tous sexes, lieux et âges, de quelques qualité et naissance, et en quelque état qu'ils puissent*

¹ 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, Deuxième trimestre, pp. 201-227.

² BODIN (F.), 1999, *Handicaps et sociétés, l'aménagement de l'espace comme concept d'intégration*, Thèse de géographie, Université de Caen, 519p.

³ STIKER (H.-J.), 1982, *Corps infirmes et sociétés*, éd. Aubier-Montaigne, Paris, 252p.

⁴ FOUCAULT (M.), 1972, *Histoire de la folie à l'âge classique. Folie et déraison*, éd. Gallimard, coll. « Tel », Paris, 2^e édition, 583p.

⁵ Emprunté du latin *debilis*, « infirme, estropié, faible ».

⁶ Édit du roi portant établissement de l'hôpital général, *Code de l'Hôpital général* : p 262.

être, valides ou invalides, malades ou convalescents, curables ou incurables ». Ce type d'asile n'est pas nouveau en soi à l'époque, mais c'est la première fois qu'un même lieu fait à la fois office de site d'internement et d'accueil des nécessiteux. En deçà des frontières culturelles, cette mise à l'écart des populations malades ou débiles trouvera d'ailleurs une inscription territoriale particulièrement symbolique. Ce sujet fut traité par Michel Foucault et repris plus récemment, notamment dans la thèse de M. Mus¹ dans laquelle on retrouve un chapitre intitulé « Le développement des hôpitaux : processus spatiaux ». Ainsi, comme l'explique M. Mus², « 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. ». S'appuyant sur les travaux de M. Foucault et de J. Tenon³ ainsi que sur les cartes de Cassini⁴, M. Mus démontre tout au long de ce chapitre comment ont été implantés les différents types de structures hospitalières dans les villes françaises aux XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles. Comme le montre la carte de Paris extraite de son étude (cf. carte.1), les bâtiments étaient construits intra-muros ou à l'extérieur de la cité en fonction du type de population accueilli.

Au-delà de ces démonstrations de phénomènes d'exclusion socio-spatiale, M. Foucault⁵ et E. Goffman⁶ ont montré que ces phénomènes sont avant tout l'expression d'un pouvoir coercitif. Développant le concept « d'institution disciplinaire » (un ensemble de lieux fermés accueillant fous, condamnés et déficients divers dans un but de contrôle et de normalisation de l'individu), M. Foucault décrit ces asiles, hôpitaux et prisons comme autant de dispositifs du pouvoir. E. Goffman – analysant non plus les institutions de l'Âge Classique mais les asiles des années 1950 – a quant à lui proposé un concept proche : celui « d'institution totale », c'est-à-dire « un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées. ».

¹ MUS (M.), 2010, *Populations déficientes, territoires en mutation : de nouvelles dynamiques spatiales ?*, Thèse de Doctorat, sous la direction de STECK (B.) et BODIN (F.), UMR Idées / CIRTAI, Université du Havre, pp84-101.

² *Ibid.* : p84-85.

³ TENON (J.), 1788, *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, Imprimés par ordre du roi, 472p.

⁴ Première cartographie précise du Royaume de France, réalisée par la famille Cassini au XVIII^{ème} siècle.

⁵ FOUCAULT (M.), 1975, *Surveiller et punir*, éd. Gallimard, 360p.

⁶ GOFFMAN (E.), 1968 (éd. française), *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Les Éditions de Minuit, Paris, 452p.

privé ou bien encore chez des particuliers (subsistance et hébergement)¹. ». Avec l'apparition de ces États providence (France, Angleterre) s'est opérée une sorte de normalisation de l'infirmité et la notion de handicap s'est peu à peu diffusée en désignant un écart par rapport à la norme sociale.

Pour autant, la personne atteinte par une déficience, une maladie ou tout autre problème incapacitant est toujours stigmatisée par rapport à la personne normale. Dans son ouvrage au nom évocateur – *Stigmates* – E. Goffman² analyse « *la situation de l'individu que quelque chose disqualifie et empêche d'être pleinement accepté par la société.* ». Pour le grand sociologue de l'École de Chicago, une personne est dite « *stigmatisée du fait de la possession d'une caractéristique jugée négativement par référence aux normes sociales.* ». Cependant, Goffman ne s'est pas penché spécifiquement sur le handicap, et le sous-titre « Les usages sociaux des handicaps » a été rajouté dans la réédition française de l'ouvrage datée de 1975. Ceci n'est pas dû au hasard mais au vote de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées la même année. D'ailleurs, en Europe, le terme de handicap, venant remplacer celui d'infirmité, n'est apparu que dans les années 1950, après être également apparu dans les textes et chartes des Nations-Unies après la Seconde guerre mondiale. En France, la « personne handicapée » apparaît qu'à partir de 1957 à l'occasion de la loi sur les travailleurs handicapés. Pour être complet sur cette apparition de la notion de handicap, il faut préciser que le mot *handicap* vient d'une contraction de l'expression anglaise *hand in cap* (littéralement « la main dans le chapeau ») qui fait référence à un jeu où l'on déposait des mises d'égale valeur dans un chapeau. Le mot fût ensuite repris dans le domaine sportif, notamment en hippisme où un désavantage est imposé aux concurrents les plus forts pour égaliser les chances de succès. Il est d'ailleurs intéressant de voir, en écho aux discours actuels, que cette apparition de la notion de handicap, comme normalisation de l'infirmité, vienne d'un terme ayant pour sens la compensation de l'inégalité des chances.

1.1.3 Vers l'intégration et la prise en compte des situations de handicap

Après la Seconde guerre mondiale, et alors que l'ONU a dans les 30 ans qui ont suivi produit des textes et des chartes pour prendre en considération cette population (voir 1.2), on commence à parler non plus d'infirmités mais des « personnes handicapées ». Cependant, au-delà de la diffusion de la notion de handicap, c'est celle de la « déficience » qui prévaut encore à cette époque. En effet, on évoque par « personne handicapée » une personne

¹ BODIN (F.), 1999, *op. cit.*

² GOFFMAN (E.), 1964 (trad. 1975), *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Éditions de Minuit, 180p.

déficiente, c'est-à-dire ayant « *une insuffisance organique ou mentale*¹ », par altération (provisoire ou définitive), lésion ou limitation. Cette déficience ou insuffisance provoquant chez l'individu concerné une impossibilité à réaliser une activité définie, on parle alors de « handicap ». Pendant des dizaines d'années, c'est cette conception très clinique qui fût retenue, notamment par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) qui, s'appuyant sur un projet expérimental de Philip Wood et sur la « Classification Internationale des Maladies » (CIM), publie la « Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps » (CIDIH) en 1980, sorte d'annexe à la CIM sur les conséquences des maladies. Dans cette classification, *le handicap y est défini comme le désavantage social résultant des déficiences et incapacités présentées par une personne*² (voir Fig.3) ; d'ailleurs la traduction française de l'INSERM, parue en 1988, titrait malencontreusement dans un premier temps : « *Classification des désavantages* » avant de passer à « *Classification Internationale des Handicaps* » (CIH). « *La prise en considération des conséquences sociales des problèmes de santé répondait à la demande de plus en plus pressante du mouvement international de personnes handicapées. Mais dès la publication de cette classification, ce mouvement a émis plusieurs critiques : les facteurs environnementaux étaient peu pris en compte, la terminologie restait négative, et surtout elle restait sous-tendue par une relation linéaire de cause à effet entre déficiences et désavantages, expliquant l'expérience sociale négative des personnes uniquement par leurs attributs personnels, sans tenir compte des facteurs contextuels*³. ». De plus, d'après Patrick Fougeyrollas⁴, « *en France, la volonté des décideurs en place d'imposer le "Système de Wood", sans le critiquer ni le modifier, a contribué à figer la discussion et à décourager, en la considérant comme déviante, toute innovation sur le thème. Ceci a eu un effet très négatif sur la recherche dans le domaine et sur les avancées sociales en matière de handicap, dans l'hexagone.* ». Il faut préciser aussi que cette conception médicale a permis de définir à qui s'adressait réellement les dispositions de la loi de 1975⁵, en permettant de classer les déficiences (moteurs, visuelles, auditives, cognitives) et de les mesurer (taux d'incapacité). Cela arrangeait donc effectivement les pouvoirs publics, comme par exemple la COTOREP (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel) créée par la loi de 1975 et chargée de définir les taux d'incapacités des personnes handicapées, demandeuses d'aides, d'un reclassement professionnel (accident de

¹ LE NOUVEAU PETIT ROBERT, 2009, définition du mot « *déficience* » p.647.

² RAVAUD (J-F.), 2009, Définition, classification et épidémiologie du handicap, in : *La Revue du praticien*, pp. 1067-1074.

³ RAVAUD (J-F.), 2001, Vers un modèle social du handicap: l'influence des organisations internationales et des mouvements de personnes handicapées, pp. 55-68, In : DE RIEDMATTEN (R.), *Une nouvelle approche de la différence : comment repenser le « handicap »*, éd. Médecine et Hygiène, Collection Cahiers médico-sociaux, 313p.

⁴ FOUGEYROLLAS (P.), 2006, *La définition du handicap*, PDF du module handicap, COFEMER, 6p.

⁵ Loi 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

travail) ou d'une carte de stationnement GIG-GIC. Face aux conceptions encore très stigmatisantes – car basées sur la définition du handicap comme conséquence d'un état pathologique – de ce courant médical, un courant que l'on peut qualifier de « médico-social » est apparu (courant « anthropologique » selon Fougeyrollas). Ce courant, composé essentiellement de professionnels de la réadaptation et d'associations, a vivement critiqué le courant médical le trouvant réducteur, stigmatisant et reléguant au second plan toute possibilité de réadaptation (médicale et surtout sociale) et a prôné une définition du handicap comme « *résultante de la confrontation d'un être humain avec ses capacités et de son environnement avec ses exigences*¹. ».



Fig.3 Principe de base de la CIDIH (source : d'après Programme mondial ONU).

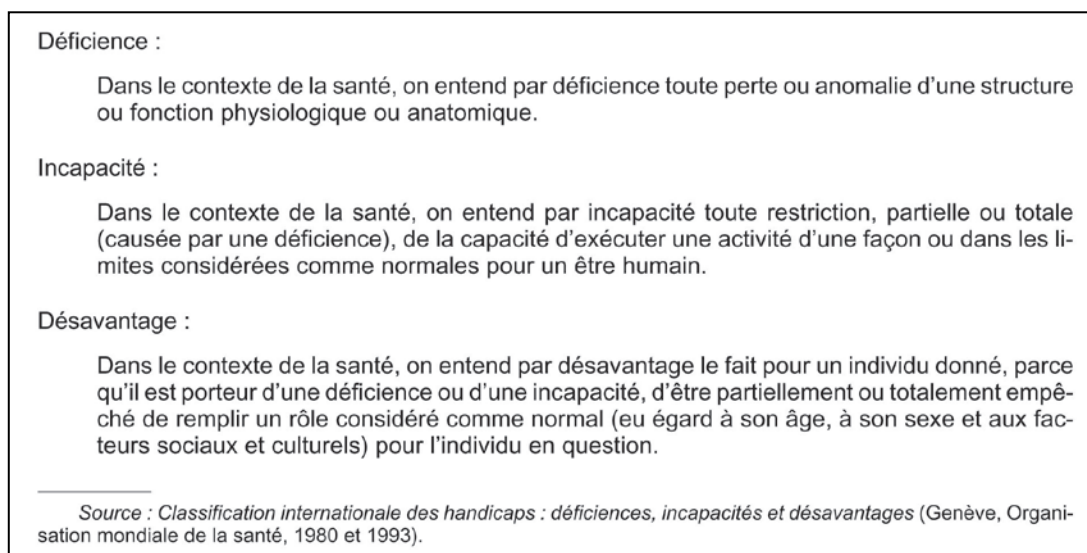


Fig.4 Définitions des notions de la CIDIH (source : d'après Programme mondial ONU).

En 2000, face à l'ampleur des critiques émises sur la CIDIH, l'OMS accepte de revoir sa classification et publie une CIDIH-2, très vite suivie en 2001, d'une « Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé » (CIF). Ce nouveau document, qui n'est plus voué à être une annexe mais bien une classification « centrale », met en avant d'autres facteurs que seul celui de la déficience et de l'insuffisance, en proposant une

¹ FOUGEYROLLAS (P.), 2006, *op. cit.*

classification selon cinq niveaux : les fonctions organiques, les structures anatomiques, les activités, les participations (ou « prendre part à une situation de la vie réelle ») et les facteurs environnementaux.

Dans le contexte de la santé :

- Les fonctions organiques désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques).
- Les structures anatomiques désignent les parties anatomiques du corps, telles que les organes, les membres et leurs composantes.
- Les déficiences désignent des problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique, tels qu'un écart important ou une perte importante.
- Une activité désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne.
- La participation désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle.
- Les limitations d'activité désignent les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution d'activités.
- Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer dans son implication dans une situation de vie réelle.
- Les facteurs environnementaux désignent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie.

Source : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), version finale et intégrale (Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001).

Fig.5 Définitions des notions de la CIF (source : d'après Programme mondial ONU).

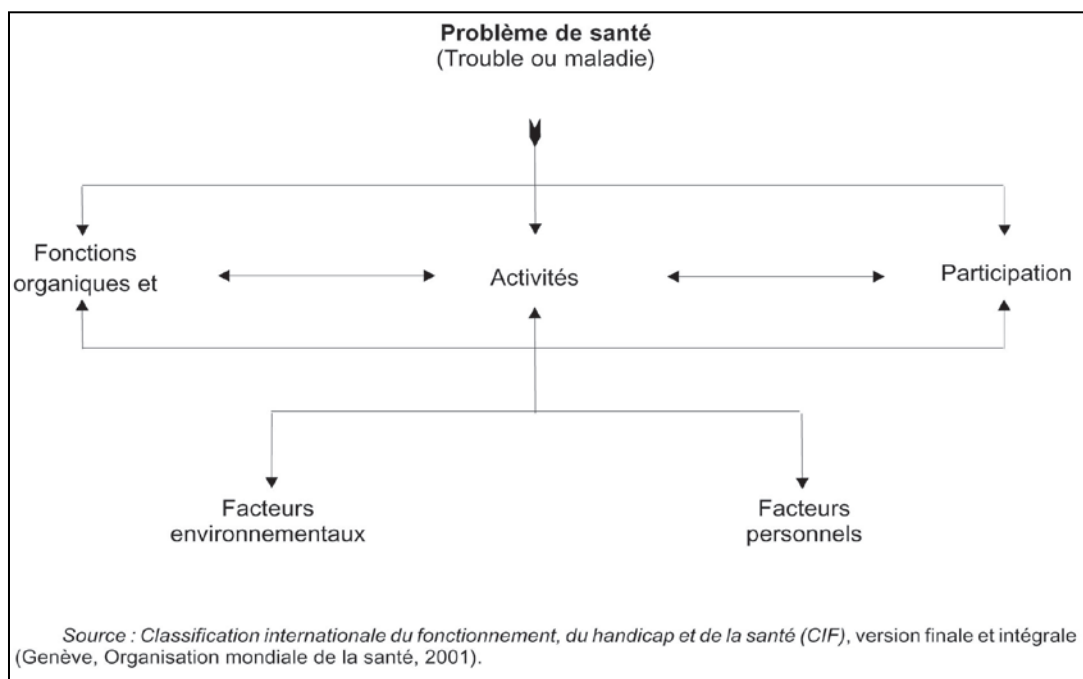


Fig.6 Principe de base de la CIF (source : d'après Programme mondial ONU).

Pour Fougeyrollas¹, qui fait partie du courant médico-social, « *cette nouvelle classification est une avancée mais apparaît [aussi] comme un instrument pesant, imprécis, difficile à manier par le plus grand nombre et peu utilisable en pratique quotidienne de la réadaptation, pour évaluer les situations de handicap d'une personne.* ». En somme ce serait, selon lui, un compromis « *évitant ou minimisant (au prix de l'imprécision) la stigmatisation.* ». Le courant médico-social préfère aller beaucoup plus loin dans une définition sociale et évoquer surtout des « situations de handicap » car si c'est la déficience corporelle ou pathologique qui rend les personnes handicapées, ce sont la société et le cadre de vie qui créent les situations de handicap. La réadaptation sociale, la reprise d'autonomie et la réduction des dépendances sont également des notions mises en avant. Depuis les années 2000, à l'image de la loi de 2005 en France, ce sont effectivement ces notions qui sont retenues et les concepts de « situation de handicap » et de « compensation » sont dorénavant ceux qui priment pour les pouvoirs publics (situation quasi-inconcevable si l'on en reste à une définition pathologique avec des déficiences qui seraient comme des symptômes à soigner).

1.2 Les principes d'intégration au niveau international

Au niveau international, l'affirmation d'une définition précise des notions de handicap et de déficience ont fait évoluer également le regard porté sur la personne handicapée. Son intégration comme personne ayant droit et à même de participer pleinement à la vie de la cité au même titre que les « valides » constitue évidemment une évolution majeure dans la considération sur le handicap. Aussi, comme le rappelle F. Bodin, « *les organisations internationales, à partir de 1945, vont (...) entamer un processus d'informations et de sensibilisation destiné d'une part, à faciliter la communication et la connaissance des handicaps, et d'autre part, à susciter la mise en place, dans chaque pays et chaque Etat membre, d'un dispositif juridique permettant de considérer l'intégration des personnes handicapées comme une obligation nationale, régionale et locale. L'instrument juridique devient donc un support de base à l'intégration effective de la personne déficiente.*² ». Pour comprendre et bien cerner ce travail des Nations Unies, mais aussi de l'Union européenne et de certains États membres de ces organisations, on peut se référer au remarquable travail de Marika Demangeon³ qui, dans ses recherches sur l'insertion et l'égalisation des chances des personnes handicapées, a fait la chronologie et la compilation des travaux, colloques et résolutions prises par ses organisations internationales, européennes et nationales.

¹ FOUGEYROLLAS (P.), 2006, *op. cit.*

² BODIN (F.), 1999, *op. cit.*

³ DEMANGEON (M.), 1997, *Insertion et égalisation des chances des personnes handicapées*, rapport de DEA Droits de l'homme et libertés publiques, Paris X Nanterre, 35p.

1.2.1 Les chartes et déclarations internationales, premiers instruments de droit

Il est possible de résumer le travail des Nations Unies visant à favoriser et à décrire quels doivent être les principes à l'intégration de la personne handicapée par une référence aux différents textes fondateurs de l'organisation ainsi qu'à certains plans, conventions et actes. Ainsi, selon F. Bodin, « *en matière de handicaps, les Nations Unies tracent les grands traits de l'intégration des personnes handicapées dans le monde, [et] ce sont les déclarations des Nations Unies qui vont constituer un cadre, une entrée en matière et permettre de construire progressivement les bases d'une prise de conscience collective de l'existence des personnes handicapées (...)*¹. ».

Deux textes fondateurs, qui renvoient à la fondation même de l'ONU, doivent être mentionnés :

- la Charte des Nations Unies, adoptée le 26 juin 1945, qui est le premier traité international imposant le respect des droits fondamentaux de l'Homme, prônant la dignité et la valeur humaine, sans distinction de race, de sexe, de langue ou de religion.
- la Déclaration universelle des droits de l'Homme, adoptée le 10 décembre 1948, qui énonce les principes fondamentaux d'égalité et de non-discrimination et affirme que les droits économiques, sociaux et culturels sont indispensables à la dignité de l'homme.



Photo.1 *Le président du Conseil, Vincent Auriol, prononce le discours d'ouverture de la troisième assemblée des Nations-Unies, le 22 septembre 1948 au Palais de Chaillot, à Paris (L'Express.fr).*

Si la Déclaration universelle des droits de l'homme fait bien référence à la question du handicap, puisqu'elle « *reconnait la nécessité d'une protection pour les personnes*

¹ BODIN (F.), 1999, *op. cit.*

handicapées (...) et proclame que toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et celui de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux, l'accès aux services sociaux nécessaires, mais aussi à la sécurité en cas d'invalidité ou de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté¹ », la Charte de 1945 n'y fait pas référence. De plus, ces textes ne créent de toute façon aucune obligation juridique et n'ont qu'une valeur déclarative. C'est la raison pour laquelle l'Assemblée générale de l'ONU a souhaité la rédaction des chartes qui auraient une portée juridique réelle, dite encore « force obligatoire ». Par la suite, sont apparus en 1966 le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et le Pacte international relatif aux droits civils et politiques. Malheureusement dans ces deux pactes, la problématique du handicap n'est pas expressément mentionnée et ce n'est qu'en 1994 lors de la 11^{ème} session du Comité des droits économiques, sociaux et culturels² que le rapporteur, Leandro Despouy, s'appuyant sur le paragraphe 165 du Programme d'action mondial, souligne le fait que les dispositions des pactes sont pleinement applicables aux personnes handicapées. En effet, les articles 22 et 23 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels stipulent que la coopération internationale doit contribuer à réduire les disparités liées au développement et donc par extension que la personne handicapée, déficiente, en situation difficile doit être aidée.

Au début des années 1970, l'ONU propose deux déclarations spécifiques : la Déclaration des droits des personnes handicapées³ et la Déclaration des droits du déficient mental⁴. Sur le même principe que la Déclaration universelle des droits de l'homme, il s'agit de considérer les acquis des précédents textes internationaux pour définir des droits à la personne handicapée en tant que telle (et non une « simple » référence au problème du handicap). Cependant on reste là dans le déclaratif et il est d'ailleurs dit dès l'introduction aux articles, que « *l'Assemblée générale (...) proclame la présente Déclaration des droits des personnes handicapées et demande qu'une action soit entreprise, sur les plans national et international, afin que cette Déclaration constitue une base et une référence communes (...)*⁵. ». De plus, si les articles évoquent bien les droits des personnes handicapées et leur égalité vis-à-vis de tout

¹ DEMANGEON (M.), 1997, *Insertion et égalisation des chances des personnes handicapées*, rapport de DEA Droits de l'homme et libertés publiques, Paris X Nanterre, 35p.

² CES/CDESC (d'après DEMANGEON M), 1994, *application du Pacte International relatif aux droits économique, sociaux et culturels*, Observations générale n°5 (11ème session). Personne souffrant d'un handicap, E/C.12/1994/13.

³ 9 décembre 1975, AG, Résolution 3447 (XXX), 2433e séance plénière, *Déclaration des droits des personnes handicapées*.

⁴ 20 décembre 1971, AG, Résolution 2856 (XXVI), 2027e séance plénière, *Déclaration des droits du déficient mental*.

⁵ HAUT-COMMISSARIAT AUX DROITS DE L'HOMME, résolution ONU 3447, PDF, 9 décembre 1975, *Déclaration des droits des personnes handicapées*, Genève.

un chacun, ils restent très évasifs quant aux moyens d'y arriver. Ainsi, à l'article 5 il est dit que « *le handicapé a droit aux mesures destinées à lui permettre d'acquérir la plus large autonomie possible ; ou encore à l'article 8, que le handicapé a droit à ce que ses besoins particuliers soient pris en considération à tous les stades de la planification économique et sociale.* ». Cependant, rien n'est dit sur la nature des mesures à prendre en compte, et pas davantage sur les « besoins particuliers » du « handicapé », termes qui stigmatisent quelque peu les personnes concernées... Aussi, comme le dit très bien, J. Pierron¹, *il eût été plus positif de préciser que parmi ces droits le handicapé à celui de se déplacer sans difficulté dans son logement, dans la rue, dans les locaux publics (...), ce qui devrait impliquer, à tous les niveaux, la suppression des barrières.*

Différents textes et conventions produits par d'autres organisations internationales viennent s'articuler autour de ces chartes et déclarations : mais aussi et surtout les recommandations de l'Organisation Internationale du Travail des années 1955², 1958³ et 1983⁴ qui se penchent sur l'intégration par la reconnaissance professionnelle (emploi des personnes handicapées, réadaptation professionnelle, etc.).

1.2.2 Programme d'action mondiale et Convention

En 1976, dans la foulée de la Déclaration des droits des personnes handicapées de la fin 1975, l'Assemblée générale de l'ONU réclame un plan d'action aux niveaux national, régional et international qui se concentrerait sur l'égalisation des chances, la réadaptation et la prévention de l'infirmité et décide comme symbole de cet engagement que l'année 1981 sera proclamée « Année internationale des personnes handicapées »⁵. Cette année 1981 fût donc marquée par de nombreux colloques internationaux et une sensibilisation aux thématiques du handicap par différents médias ; comme le rappelle l'ONU sur son site officiel, « *des programmes ont été lancés, concernant la réadaptation et la prévention du handicap ; des comités nationaux représentant 141 pays et territoires ont été créés pour faire progresser les domaines suivants: situation économique et sociale des handicapés, élaboration et mise en œuvre de programmes, recherche, choix et décisions politiques, législation, décentralisation du niveau national au niveau local, et aide aux pays en développement* »⁶. ». S'il y a en cette année

¹ PIERRON (J.), 1987, *L'accessibilité, clé de la communication pour les handicapés dans la vie quotidienne*, Thèse de Doctorat sous la dir. de THOMAS (F.), Université de Saint-Etienne.

² 22 juin 1955, Genève, OIT, Conférence générale, 38e session, *Recommandation n°99*.

³ 25 juin 1958, Genève, OIT, Conférence générale, 42e session - *Recommandation n°111*.

⁴ 20 juin 1983, Genève, OIT, *Convention concernant la réadaptation professionnelle et l'emploi des personnes handicapées*.

⁵ 16 décembre 1976, AG, Résolution 31/123, 102e séance plénière, *Année internationale des personnes handicapées*.

⁶ <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?navid=10&pid=692>, page officielle ONU, *Histoire du handicap à l'ONU*.

internationale des personnes handicapées un congrès à retenir, c'est celui de Singapour (fin 1981) qui fonde l'Organisation mondiale des personnes handicapées (OMPH).

Pour continuer à suivre le sillage ouvert par cette année symbolique, l'ONU dès 1982 met en place un Programme d'action mondial et axe désormais sa politique autour de 3 pôles : prévention, rééducation et surtout égalisation des chances. Enfin, dans la résolution du 3 décembre¹, la décennie 1983-1992 est déclarée Décennie des Nations Unies pour les personnes handicapées et ce afin de donner à tous les pays membres le temps de mettre en place le plan d'action mondial.



Fig.7 Assortiment de timbres de différents pays édités pour l'Année internationale des personnes handicapées, 1981 (montage personnel, images Google).

Durant cette décennie 1983-1992, l'ONU ne cessera lors d'Assemblées générales de rappeler aux états membres les objectifs du programme d'action. Ainsi, et à titre d'exemple, en 1989 sont portés à la connaissance de ces états les Principes directeurs de Tallinn pour la mise en valeur des ressources humaines dans le domaine du handicap². Ces principes sont ceux édictés en août 1989 lors de la Réunion internationale sur les ressources humaines dans le domaine du handicap, qui s'est déroulée à Tallinn (Estonie, ex-URSS). « *Les Principes de Tallinn ont reconnu que les handicapés étaient maîtres de leur destin plutôt qu'objets entre les mains des gouvernements et ont entrepris d'œuvrer à l'épanouissement des qualités et des capacités de chaque individu. On a estimé que l'emploi était un moyen pour les handicapés d'exercer pleinement leurs droits de citoyens. Il est précisé dans les Principes de Tallinn que les*

¹ 3 décembre 1982, AG, Résolution 37/52, 90e séance plénière, *Programme d'action mondial concernant les personnes handicapées*.

² 8 décembre 1989, AG, Résolution 44/70, 78e séance plénière, *Application du programme d'action mondial concernant les personnes handicapées*.

personnes handicapées doivent recevoir une formation et un emploi sur la base de l'égalité avec les autres membres de la société.¹».

Les années 1990 ont encore été pour le Nations Unies l'occasion de continuer à faire valoir la nécessité de créer une « société pour tous », avec la participation de tous les citoyens, y compris des personnes handicapées, dans tous les secteurs de la société. En 1992, pour conclure la Décennie des Nations Unies pour les personnes handicapées, il est décidé que, désormais, le 3 décembre de chaque année sera décrété « Journée internationale des personnes handicapées ».

Après toutes ces années autour de la mise en place d'un plan d'action mondial pour le handicap, il aura cette fois fallu attendre jusqu'en 2006, ou plutôt de 2001 à 2006 pour qu'un nouveau texte fondateur international prenne le relais de la Déclaration des droits des personnes handicapées de 1975. En effet même si le programme mondial a su montré la voie et l'attachement de l'ONU et de ses états membres à défendre l'égalité des chances pour les personnes handicapées, ce n'est qu'avec le Convention de 2006 que l'on réaffirme le principe d'un engagement international autour de cette notion, au même titre que l'engagement international pour d'autres grandes causes ou droits inaliénables. En effet une convention, entente écrite entre deux parties (ou plusieurs), a une valeur juridique et revêt un caractère contraignant pour les adhérents, c'est-à-dire les États déclarés dès lors « États-parties » et non plus simples « participants ». Ce qui n'était pas le cas des règles et recommandations liées au handicap proposées jusqu'alors aux États membres. Enfin, il fallait un nouveau texte relatif à la définition des droits de la personne handicapée pour remplacer celui de 1975, devenu désuet, et ainsi « *préciser la façon dont toutes les catégories de droits s'appliquent aux handicapés et désigne les domaines où des adaptations permettraient à ces personnes d'exercer effectivement leurs droits, ainsi que les domaines où il y a eu violation de droits et où il convient de renforcer la protection de ces droits.* ». C'est sous l'impulsion du Mexique (l'idée avait déjà plusieurs fois été repoussée à plus tard) qu'en 2001² est mis en place un comité de travail (CAH) par l'ONU, visant à élaborer une convention relative aux droits des personnes handicapées. Après 8 réunions du comité, de 2002 à fin 2006, la « *Convention relative aux droits des personnes handicapées* » est adoptée par l'Assemblée générale, ainsi qu'un « *Protocole facultatif*³ ». Elle comporte 50 articles⁴ : de l'article 1^{er} au 30^{ème}, sont exposés et expliqués les différents termes et concepts liés au handicap et aux droits des

¹ <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?navid=10&pid=692>, page officielle ONU, *Histoire du handicap à l'ONU*.

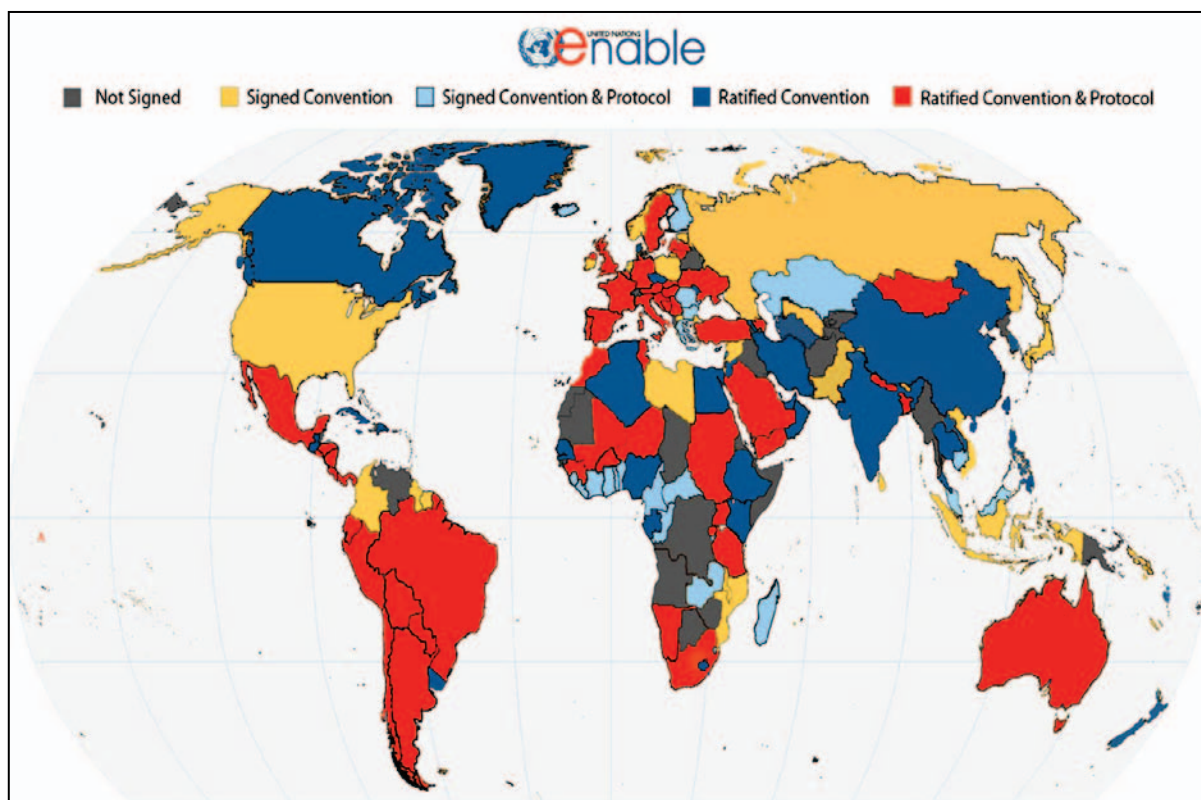
² 19 décembre 2001, AG, Résolution 56/168, 88e séance plénière, Convention internationale globale et intégrée pour la promotion et la protection des droits et de la dignité des handicapés.

³ 13 décembre 2006, AG, Résolution 61/106, 76e séance plénière, *Convention relative aux droits des personnes handicapées*.

⁴ <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>, : PDF de la Convention.

personnes handicapées ; l'article 30 est dédié à la participation à la vie culturelle et récréative, aux loisirs et aux sports et les suivants à l'aspect « administratif », ainsi qu'à l'établissement d'une Conférence des États Parties et d'un Comité des droits des personnes handicapées. Le 30 mars, la Convention et son Protocole facultatif ont été ouverts à la signature au Siège de l'ONU à New York. Cependant, la Convention n'est entrée en vigueur qu'en mai 2008 à la 20^{ème} ratification, ce qui est la règle. Depuis, 147 pays sont signataires, ce qui ne veut pas dire qu'ils se plient tous aux contraintes à remplir, pour assurer la pleine participation des personnes handicapées à la vie citoyenne, puisque cela n'est le cas qu'après ratification...ce que seulement 96 états ont fait (60 et 90 pour le Protocole facultatif). Il est d'ailleurs intéressant de relever que¹ :

- la France a signée la Convention en mars 2007 et ne l'a ratifiée qu'en février 2010.
- les Etats Unis d'Amérique ont seulement signé la Convention (et non le Protocole facultatif), tout comme les Pays-Bas, par exemple.
- au contraire, des pays, a priori peu scrupuleux avec les droits de l'homme (du moins flous sur le sujet), comme la Chine, l'Iran, le Yémen, la Turquie l'ont ratifiée assez vite (avant la France) voire directement (mais sans ratification du Protocole facultatif).



Carte.2 Convention relative aux droits des personnes handicapées (membres) (source : site web de l'ONU).

¹ <http://www.un.org/french/disabilities/countries.asp?id=1300>, Pays signataires de la Convention et ratifications.

1.2.3 Prise en compte statistique

Avec le Programme d'action mondial et durant la Décennie des Nations Unies pour les personnes handicapées, la demande en informations et statistiques concernant ces personnes, et plus généralement toutes celles en incapacité, a explosé. D'une part, le Programme d'action mondial appelant à élaborer *des systèmes convenant à la collecte et à la diffusion régulières d'informations sur les incapacités aux fins d'une évaluation des programmes, à tous les niveaux* et d'autre part la mise en place de catégories et de définitions normalisées internationales du handicap, des déficiences et des incapacités (CIDIH puis CIF)¹ ont amené à la création d'un outil statistique commun mais aussi poussé les états membres à récolter des données sur leurs populations concernées. Pour répondre à cette demande, du côté des Nations Unies, le Bureau des statistiques a mis en route en 1988 la base de données DISTAT (pour « *disability statistic* »). Du côté des États membres, le travail a consisté à apporter « du grain à moudre » à cette BD, à partir des données de recensements nationaux et/ou d'enquêtes. Cela dit le travail n'étant pas si simple, et l'éventail des statistiques requises englobant à présent les facteurs socio-démographiques et économiques (le Programme d'action mondial juge nécessaire de procéder à une *analyse de la situation des handicapés [qui prenne] en considération la différence des niveaux de développement économique et social et la variété des cultures*²), tous les pays n'ont pu fournir rapidement et de façon complète des données pertinentes. Ce n'est qu'en 1992 qu'un recueil avec des données couvrant les années 1980 à début 1990 fût publié³ (cf. tableau 1). Pour la plupart des pays, les données proviennent en grande partie des recensements de population (d'où en parallèle, au niveau ONU, des extractions de statistiques à partir des *Demographic Yearbook*), qui permettent certes des comparaisons chronologiques et avec les personnes sans incapacités mais qui restent limités à des caractéristiques démographiques de base et peu fréquents (cycles de recensement). Ensuite, viennent les enquêtes, plus ciblées, plus souples, avec des échantillonnages pertinents possibles, mais se prêtant mal à l'étude de populations en situation difficile et précaire et requérant une certaine organisation et des enquêteurs formés. Restent les registres administratifs (sécurité sociale, état civil, caisses de retraites et d'allocations...etc.) qui parfois apportent des informations que l'on ne trouve nulle part ailleurs. Au final les disparités entre mode de récupération des données (liées indirectement aux moyens des états membres) et les impasses sur certaines années font qu'il est difficile d'avoir une vision et globale sur une période précise. De plus les comparaisons de prévalence des incapacités (malgré les

¹ Voir 1.1.3.

² Déc. 1982, AG, Résolution 37/52, *Programme d'action mondial concernant les personnes handicapées*, paragraphe 3.

³ ONU, Bureau des statistiques, 1992, *Recueil de statistiques sur les incapacités*, DISTAT série Y n°4 (PDF).

classifications OMS) sont fortement déconseillées par le Bureau des statistiques de l'ONU lui-même car trop hasardeuses.

Quelques chiffres¹ (pourcentage de personnes avec incapacité(s) ; prévalence sur tranche d'âge) :

Pays	Pays-Bas	USA	Brésil	Thaïlande	Australie
Année	1986	1990	1981	1986	1993/1988
Pop. totale (en millions)	14,5	249,9	121,2	52,5	17,7
Personnes avec incapacité (%)	11,6	5,2	1,7	0,7	18
Prévalence (‰) 0-15 ans	NC	NC	8,8	4,6	NC
Prév. (‰) 5-14 ans	45	NC	NC	NC	74
Prév. (‰) 16-24 ans	NC	36,1	NC	NC	NC
Prév. (‰) 30-39 ans	NC	NC	16,8	13,6	NC
Prév. (‰) 30/33/35-44 ans	75	78,4	NC	NC	105

Tab.1 Exemples de prévalences d'incapacités sur 4 continents (source : ONU).

En regardant d'un peu plus près ces chiffres, on voit bien qu'il est effectivement compliqué de tenter des comparaisons de prévalence entre pays. Par exemple, un taux de 45 ‰ chez les 5-14 ans en 1986 aux Pays-Bas et un de 4.6 ‰ sur une tranche qui compte 5 années de moins mais s'arrête à la même borne, sont surprenants mis côte à côte (cinq fois plus de population en Thaïlande). Ce genre « d'anomalie » s'explique sûrement par une différence d'échantillonnage (malgré également les différences dans la taille et la répartition par âge, de la population) et par une vision différente de la personne qualifiée d'« handicapée » ou ayant une incapacité. D'ailleurs en 1986, cela fait peu de temps qu'une normalisation dans la définition de l'incapacité est en cours, avec la CIDIH de l'OMS, qui plus est très décriée et, de ce fait, pas encore utilisée par tous les pays.

En France, comme ailleurs, il n'y a pas une source ou un chiffre mais plusieurs, et comme le soulignait la Cour des comptes en 2003², *la difficulté des dénombrements statistiques sur les personnes handicapées tient à la définition des publics, mais aussi à la multiplicité des administrations concernées et les nombreux organismes attribuant ou servant les allocations et prestations, dans le champ social notamment, concourent également à la production de statistiques.* La Direction de la programmation et du développement (DPD) pour le secteur éducation, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

¹ Demographic Year book tab.6 (pdf) & DISTAT data
<http://unstats.un.org/unsd/demographic/sconcerns/disability/disab2.asp>

² COUR DES COMPTES, 2003, *La vie avec un handicap : rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et organismes intéressés*, Paris, 309p.

pour le secteur socio-sanitaire et la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) pour le secteur emploi, et dorénavant les commissions des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH, anciennement CDES / COTOREP) sont autant de sources statistiques. De plus, selon P. Blanc¹, « *l'information [statistique sur le handicap] est partielle et émane d'organismes dont les objectifs ne sont pas les mêmes et qui retiennent par conséquent des critères de dénombrement différents ; aussi, les estimations de la population handicapée varient (...) de 1,8 million de personnes à plus de 22 millions.* ». Ainsi, alors que pendant longtemps on oscillait entre des estimations restrictives (statistiques administratives liées aux attributions d'allocation et à la reconnaissance d'incapacités) et d'autres beaucoup plus larges (enquêtes, rapports), il faut reconnaître le rôle majeur de l'INSEE et de ces enquêtes annuelles (en fait par cycles, mais avec des volets répartis sur plusieurs années successives) « Handicap, incapacités, dépendance » (HID) qui existent depuis 1998 et qui apportent des informations synthétiques et des chiffres clés (mais là aussi, avec une conception extensive du handicap et une agrégation des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes).

Au niveau national, ces quelques chiffres donnent un éclairage général² :

- 23,6 millions de personnes déclarant une déficience (sens large : une incapacité à), soit 40,4% de la population.
- 3,97 millions de personnes déclarant être titulaires d'un taux d'incapacité, soit 6,8% de la population et 2,62 millions de personnes déclarant être allocataires (AAH, etc.) soit 4,5% de la population.

1.3 Les principes d'intégration au niveau européen

En Europe, *les politiques à l'égard des personnes handicapées suivies dans les différents pays s'inscrivent dans des contextes culturels et historiques différents (...), mais ces politiques se mettent en place aussi au niveau européen en s'inscrivant dans des textes de l'Union européenne ou du Conseil de l'Europe*³. Dans l'Union européenne (UE), les décisions se prennent toujours au sein de deux instances, l'une supranationale, l'autre intergouvernementale, que ce soit au niveau du pouvoir législatif (Parlement européen et Conseil de l'Union européenne ou Conseil des Ministres) ou de l'exécutif (Commission européenne et Conseil européen). D'autre part, en tant qu'organisation intergouvernementale,

¹ BLANC (P.), 2002, *Rapport d'information fait au nom de la Commission des affaires sociales sur la politique de compensation du handicap*, n°369, Sénat – Commission des affaires sociales, Paris, 569p.

² INSEE, Enquêtes HID 1998 et 1999. Population totale référence de 57,43 M de personnes, population DOM non concernée.

³ <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-handicap/handicap-europe/>

on se doit de rappeler l'existence du Conseil de l'Europe, créé en 1949 et rassemblant 47 pays (de l'UE ou en dehors), qui est connu pour avoir élaboré la Convention européenne des droits de l'homme et la faire appliquer par la Cour idoine.

Aussi, concernant le domaine de l'incapacité, de la reconnaissance et de l'intégration de la personne handicapée, des décisions, textes et chartes ont été discutés et édictés par l'ensemble des instances législatives et exécutives de l'UE, alors que d'autres émanent uniquement du Conseil de l'Europe.

1.3.1 La reconnaissance de la personne handicapée par l'Union Européenne

« *Au cours des dernières années, au niveau européen, les politiques en faveur du handicap sont passées du domaine, auparavant négligé, de la politique sociale traditionnelle à l'élaboration d'une politique moderne incluant non seulement l'intégration de la protection sociale et du marché du travail, mais également l'égalité des droits et la non discrimination*¹. ». De plus, il est assez étonnant de voir que l'évolution de cette reconnaissance se soit faite à peu près de la même manière qu'au niveau de l'ONU (le tout décalé d'une vingtaine d'années) : tout d'abord une référence aux personnes handicapées dans une charte sociale fondatrice, puis une année déclarée comme celle de ces personnes, et enfin une intégration pleine et entière décrétée dans un texte de valeur, aux côtés d'autres thèmes importants.

En 1989, la Charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs, adoptée par les Chefs d'Etat ou de gouvernement des Etats membres (et reprenant la charte de 1961 du Conseil de l'Europe : voir 1.3.2) reconnaît dans l'article 26 le droit de toute personne handicapée à l'intégration professionnelle et sociale et à *pouvoir bénéficier de mesures additionnelles concrètes concernant la formation professionnelle, l'ergonomie, l'accessibilité, la mobilité, les transports et le logement*.² Comme pour les Nations Unies vingt ans auparavant, en 2001, sur décision³ du Conseil de l'UE, 2003 est déclarée « Année européenne des personnes handicapées » (AEPH). Doté de 12 millions d'euros, ce programme présentait plusieurs objectifs :

- sensibiliser le public aux droits des personnes handicapées et à la protection contre la discrimination.
- d'améliorer la communication à propos du handicap et de promouvoir une représentation positive des personnes handicapées.

¹ WALDSCHMIDT (A.), 2009, La politique du handicap de l'Union européenne : le niveau supranational, in : *ALTER European Journal of Disability Research*, Vol. 3 issue 1, pp. 8-23.

² <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-handicap/handicap-europe/>

³ Conseil de l'Union européenne, 3 décembre 2001, décision 2001/903/CE relative à l'Année européenne des personnes handicapées.

– de favoriser l'échange d'expériences concernant les bonnes pratiques et les stratégies efficaces mises en place aux niveaux local, national et européen.

D'après une circulaire de la Commission, en 2005, le bilan de cet événement est très positif : la couverture médiatique a été importante (500.000 visites du site web de l'AEPH et 1/3 de la population de l'UE informée selon un sondage), un bus de campagne a visité 181 villes, et enfin, « à l'échelon national, l'adhésion à l'approche décentralisée comprenant l'élaboration des priorités nationales pour l'AEPH et des mesures visant à assurer la participation des personnes handicapées tout au long de la campagne peut être considérée comme un résultat essentiel et l'un des principaux facteurs de réussite de cette campagne ¹. ».



Fig.8 Logo de l'Année européenne des personnes handicapées (source : image Google).

En 2007, l'Union européenne signe la Convention ONU, relative aux droits des personnes handicapées (voir 1.2.2). Cela avait surtout une valeur symbolique cependant (sans ratification), sans doute dans le but de montrer la voie aux pays membres de l'UE, qui à l'époque n'avaient pas encore tous adhéré.

Récemment, suite au traité de Lisbonne (signé en 2007, en vigueur en 2009) et après avoir déjà été évoquée dans le traité de Nice (signé en 2001, en vigueur en 2003), l'UE s'est doté d'une « *Charte des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne* »². En préambule du texte, il est expliqué que cette Charte réaffirme, dans le respect des compétences et des tâches de l'Union, ainsi que du principe de subsidiarité, les droits qui résultent notamment des traditions constitutionnelles et des obligations internationales communes aux États membres, de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, des Chartes sociales adoptées par l'Union et par le Conseil de l'Europe, ainsi que de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne et de la Cour européenne des droits de l'Homme. Les articles 1, 2 et 3 (dignité, droit à l'intégrité), 14 et 15 (droit à l'éducation et de travailler), 21 (non-discrimination) et surtout 26 (intégration des

¹ Commission européenne, 13 octobre 2005, communication COM(2005)486, *Mise en œuvre, résultats et évaluation globale de l'AEH*.

² Parlement, Conseil et Commission européens, 30 mars 2010, texte 2010/C 83/02, *Charte des droits fondamentaux de l'UE*.

personnes handicapées) sont en lien direct avec la reconnaissance des personnes handicapées ou touchées par une incapacité, incluant tous les citoyens de l'UE.

1.3.2 Conseil de l'Europe

Le Conseil de l'Europe n'est pas une institution de l'UE mais existe parallèlement depuis 1949 et œuvre pour favoriser la construction européenne. Rassemblant bien plus de gouvernements¹ que ses semblables législatif et exécutif de l'UE, ce « super » Comité des Ministres gère beaucoup de choses liées à la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH)² et émet des recommandations et résolutions. En 1961, c'est lui qui élabore la Charte sociale européenne, sorte de « pendant social » à la CEDH. Dans cette Charte, il est fait référence *au droit des personnes invalides à la formation et à la réadaptation professionnelle*. La Charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs, adoptée vingt ans plus tard par l'UE, reprend en fait cette première charte et donc la référence au droit des personnes handicapées.



Photo.2 Façade du Conseil de l'Europe à Strasbourg (source : image Google).

Durant les années 1990 et 2000, le Conseil de l'Europe a émis son avis sur ce que doit être l'intégration sociale pleine et entière des personnes handicapées dans les États membres, par l'intermédiaire de recommandations et de résolutions. Ainsi en 1992 est proposée une recommandation « *relative à une politique cohérente pour les personnes handicapées* »³ qui, par l'évocation de droits et principes, appelle à un processus continu et dynamique d'adaptation réciproque faisant entrer en jeu, d'une part, les personnes handicapées avec leurs

¹ 47 pays (dont Suisse, Norvège et Turquie), représentés par leurs Ministres des Affaires étrangères lors des Comités ministériels.

² Convention entrée en vigueur en 1953, dont le respect est suivi par la Cour européenne des droits de l'Homme depuis 1959.

³ Conseil de l'Europe, 9 avril 1992, recommandation R (92)5 relative à une *Politique cohérente pour les personnes handicapées*.

propres souhaits, choix et capacités, et, d'autre part, la société, qui doit se montrer solidaire en prenant des mesures spécifiques et appropriées pour réaliser l'égalité des chances.

Plus récemment, lors d'un sommet à Malaga en mai 2003, les ministres représentant les États membres ont adopté une déclaration relative aux personnes handicapées intitulée : « Progresser vers la pleine participation en tant que citoyens ». Dès cette réunion, l'idée d'un plan d'action européen fût retenue et actuellement, le Conseil de l'Europe fait donc le suivi de son « *Plan d'action 2006-2015, pour la promotion des droits et de la pleine participation des personnes handicapées à la société* »¹. Ce plan d'action « *a pour objet d'inscrire, pour la prochaine décennie, les buts du Conseil de l'Europe en matière de droits de l'homme, de non-discrimination, d'égalité des chances, de pleine citoyenneté et de participation à part entière des personnes handicapées dans un cadre européen relatif au handicap* »². Il doit surtout servir de feuille de route aux décideurs des États membres « *pour leur permettre de concevoir, d'ajuster, de recentrer et de mettre en œuvre des plans et programmes appropriés et des stratégies novatrices* »³. Concrètement, le Conseil de l'Europe émet des recommandations et communique certains rapports lors des Comités des Ministres. Par exemple, en 2007, une résolution⁴ se penche sur la conception universelle présente dans la Convention ONU et au cœur de tous les concepts d'accessibilité actuels. Le but de cette résolution intitulée « Parvenir à la pleine participation grâce à la conception universelle » est d'expliquer et surtout de recommander, comme philosophie et même stratégie, cette idée aux États membres

¹ Conseil de l'Europe, 5 avril 2006, recommandation REC (2006)5 sur le *Plan d'action du Conseil de l'Europe (...) 2006-2015*.

² *Ibid.* : p4.

³ *Ibid.*

⁴ Conseil de l'Europe, 12 décembre 2007, résolution ResAP (2007)3 : *Parvenir à la pleine participation par la conception universelle*.

2) Nature, loisirs et handicap : le développement d'un idéal de vie active en France et dans le monde

Comme on l'a vu précédemment, durant les années qui ont suivi la Seconde guerre mondiale, le regard de la société a considérablement évolué quant à la considération des personnes infirmes et déficientes dites dorénavant « handicapées ». C'est par l'avènement d'instances mondiales (ONU, OMS) prônant l'intégration de tous dans un monde en paix et « sûr » que ce nouveau regard s'est étendu à tous les individus déficients et que l'insertion s'est muée en intégration. Pendant des années, il a donc s'agit d'intégrer par les aides sociales, par la scolarisation des enfants handicapés, par l'accès à l'emploi, etc., c'est-à-dire en fin de compte par la reconnaissance de la personne handicapée. Cependant, du début des années 1970 à la fin des années 1980, certains événements ont fait que l'accès des personnes handicapées aux loisirs et à la nature est devenu l'un des nouveaux éléments moteur de l'intégration de ces dernières, et ce dans un contexte revendicatif. Ce chapitre propose donc à son tour un historique de ce pan récent et même contemporain de l'évolution de la considération de la personne handicapée.

2.1 L'accès aux loisirs sportifs : une revendication parallèle à l'accessibilité universelle

À la fin des années 1960, en Caroline du Nord (Etats-Unis) l'architecte-chercheur R.L. Mace¹ invente la notion d'« *Universal Design* » et par là même introduit les prémices de celles « d'accessibilité universelle » ou de « conception universelle² », plus globalement usitées aujourd'hui. Le rapport entre architecture et loisirs sportifs n'est peut-être pas évident, mais on se doit de souligner rétrospectivement que c'est dans ce contexte de recherche d'universalité qu'une minorité de personnes handicapées a voulu faire tomber les barrières physiques et accéder à des activités jusqu'alors impensables pour elle. D'ailleurs, dès cette époque, on parle également du concept de « barrier-free », soit littéralement en français de « libre d'obstacles ».

2.1.1 *Sport et handicap dans les années 1960 à 1980 : bannir les barrières physiques*

On peut rapprocher ce bannissement des barrières physiques des revendications de liberté, d'égalité et de libération des mœurs des années 1960 et du mouvement « hippie ». Aux États-

¹ http://www.ncsu.edu/www/ncsu/design/sod5/cud/about_us/usronmace.htm

² On entend par « conception universelle » : la conception de produits, d'équipements, de programmes et de services qui puissent être utilisés par tous, dans toute la mesure possible, sans nécessiter ni adaptation ni conception spéciale (Article 2 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées de l'ONU).

Unis, un événement va d'ailleurs accélérer les revendications encore informelles des personnes handicapées : le retour des vétérans du Viêtnam, notamment les blessés de guerre. Une partie de ces jeunes gens, déficients mais dynamiques et traumatisés par la guerre ont alors soif de liberté. Aussi, à force d'entraide, de bricolages et d'essais divers, des systèmes matériels d'accès à différents sports de pleine nature ont vu le jour (surf, voile, *handcycle*, ski...etc.). Dans le même temps, le handisport s'est également développé pour des sports plus « classiques » et « urbains » : *torball* (football pour malvoyants), foot-fauteuil, basket, escrime, athlétisme, etc. Plusieurs de ces sports ainsi que certaines adaptations sont apparus dans des centres de rééducation généralement proches de la mer ou de la nature. Ainsi on considère que le neurochirurgien Ludwig Guttmann est le pionnier du handisport¹ qu'il faisait pratiquer dès 1948 aux mutilés de la Seconde Guerre mondiale à l'hôpital de Stoke-Mandeville près de Londres. À noter d'ailleurs que les premiers Jeux Paralympiques ont eu lieu en 1960 à Rome² même si la formule actuelle et le Comité international n'existent que depuis 1988. En 1960 est né également le sport pour déficients mentaux et les premiers *Special Olympics* ont eu lieu à Chicago en 1968.

En fait, très souvent il s'agissait en premier lieu de personnes qui, suite à un traumatisme (guerre, accident), étaient devenues handicapées et souhaitaient poursuivre une activité sportive et une vie active. Justement, les années 1970 ont été celles de l'avènement du temps libre avec le début de la société des loisirs. D'ailleurs, J. Dumazedier, le père de la notion de « civilisation du loisir³ », expliquait à la même époque que « *le loisir, bien que conditionné par la consommation de masse et la structure de classe est de plus en plus le centre d'élaboration de valeurs nouvelles, surtout chez les jeunes*⁴ ». C'est justement la propagation de cette notion de vie active et de ces nouvelles valeurs qui va permettre aux loisirs adaptés de se développer dans le courant des années 1980-1990. Ainsi en 1986, lors d'un congrès⁵ de l'Alliance de vie active des Canadiens ayant un handicap (ALA) à Jasper (État d'Alberta, Canada), il est proclamé que « *l'activité physique doit faire partie intégrante de la vie quotidienne des Canadiens et Canadiennes ayant un handicap* ». Aujourd'hui encore, l'ALA se bat pour que les personnes handicapées puissent avoir une vie saine, donc active, et que l'égalité d'accès à cette vie active soit garantie. Tout cela fût également le début du concept des « Activités Physiques Adaptées » (étudiées et encadrées par des diplômés, dans les STAPS, en France). Au Canada toujours, à l'Université d'Alberta (Edmonton, État

¹ SCRUTON (J.), 1998, *Stoke Mandeville: Road to the Paralympics*, éd. Peterhouse Press, 384p.

² Il s'agit en fait des 9^{ème} Jeux de Stoke-Mandeville.

³ DUMAZEDIER (J.), 1962, *Vers une civilisation du loisir ?*, éd. Seuil, Paris.

⁴ DUMAZEDIER (J.), 1974, *Sociologie empirique du loisir*, éd. Seuil, Paris.

⁵ « Discussions de Jasper », au Jasper Park Lodge, octobre 1986.

d'Alberta), il existe même le *Steadward Centre for Personal and Physical Achievement*¹ qui traite de toutes les questions d'activité physique dans le handicap.

2.1.2 La démocratisation des loisirs sportifs et de pleine nature, adaptés (années 1990)

Au début des années 1990, alors que le besoin d'activité physique des personnes handicapées est reconnu et que des pionniers ont lancé depuis les années 1960 le handisport et les loisirs sportifs adaptés, quelques inventions vont réellement démocratiser les loisirs de pleine nature accessibles pour tous.

- Le handi-ski : le ski alpin est l'une des premières disciplines sportives à s'être adapté et structuré pour les personnes handicapées (déficients moteurs et visuels), dès les années 1950. Il y a différents systèmes : uni-ski, dual-ski, tandemski, etc.



Photo.3 Exemple d'uni-ski (source : ESF Megève).

- La joëlette[®] : en 1988, Joël Claudel, un guide-accompagnateur de montagne créé Handi Cap Evasion dans les Hautes-Alpes. Cette association (type loi 1901) a pour but de rapprocher valides et personnes handicapées autour de la randonnée². En 1995, alors qu'il ne sait comment emmener son neveu, handicapé moteur lourd, en randonnée, Joël Claudel bricole une chaise à porteur mono-cycle : la joëlette[®] est née³. En fait cela existait déjà chez les Pères Blancs du temps de la colonisation africaine⁴, mais le principe a été modernisé (essieu avec suspensions, sangles, tubulure légère) et même breveté par Ferriol-Matrat, qui aujourd'hui commercialise le système, en France.

¹ <http://www.steadwardcentre.org/about.html>

² <http://www.hce.asso.fr/-La-Joelette->

³ et ⁴ <http://www.oSONSLadifference.org/accueil/la-joelette/>



Photo.4 *La Joëlette*[®] : ancêtre et version actuelle (source : Osonsladifférence.org et Ferriol-Matrat.com).

- Le tiralo : à la même époque que l'invention de la joëlette[®], l'association Ensoleillade (type loi 1901) a créé le tiralo. Il s'agit d'un fauteuil amphibie, avec flotteurs et roues semi-dures, pour faciliter la baignade et l'évolution sur la plage des personnes handicapées.



Photo.5 *Exemple de tiralo* (source : Google images).

À partir de ces innovations et autour de tout ce matériel adapté (qui a été industrialisé par la suite) des associations ont vu le jour. Ces associations d'utilisateurs, parfois émanant de l'inventeur même d'un système, ont en général pour but de promouvoir le système concerné mais aussi plus globalement l'accès aux loisirs et activités physiques adaptées. Alors que dès la fin des années 1990, des collectivités et des établissements de réadaptation ou socio-médicaux se sont associés à ces initiatives, ce n'est qu'à partir de là qu'il est véritablement possible de parler d'une démocratisation des loisirs adaptés (sportifs ou non), notamment en France. Cette démocratisation est à mettre en parallèle avec celle des sports de nature. En fait

comme pour ces derniers et comme l'explique S. Guiltat¹, « deux tendances lourdes caractérisent l'évolution des pratiques physiques et sportives dans la société française depuis une trentaine d'années et qu'on peut énoncer en deux mots : massification et diversification. Les pratiques se sont d'autant plus massifiées qu'elles se sont diversifiées ; le développement des pratiques dites « sauvages » ou « informelles » a largement contribué à cette augmentation quantitative de même qu'au recrutement plus ouvert de tous les groupes sociaux. ».

2.2 L'essor des pôles de loisir ou touristiques, adaptés, de pleine nature

Par la démocratisation des loisirs sportifs ou de détente et de pleine nature adaptés – au-delà d'initiatives associatives – on a assisté ces dix dernières années à la mise en place de véritables pôles de loisirs accessibles et adaptés. Ces pôles traduisent non seulement une volonté d'accessibilité universelle (bien que pensés pour les personnes handicapées ou en rééducation, les « invalides » et les aidants « valides » cohabitent dans les activités de ces pôles) mais aussi le développement récent de « spots » consacrés aux « Activités Physiques et Sportives de Nature ». Voici donc l'analyse de ce développement de nouveaux pôles de loisirs (mais aussi de tourisme sportif) et de leur organisation, suivie d'un tour d'horizon de ces « spots » à travers le monde. Enfin, il sera question de l'apparition toute récente de ce type de pôles sur l'Ile de La Réunion.

2.2.1 *L'implantation des activités sportives adaptées en pleine nature : constats et analyse*²

Tout d'abord, il faut préciser de quel type de loisir ou de sport il s'agit car en France, l'enseignement, l'encadrement et l'animation des activités physiques et sportives sont réglementés, notamment depuis la loi du 16 juillet 1984. Ce qui nous intéresse ici, ce sont les activités pratiquées en milieu totalement naturel. De manière officielle et depuis la loi du 6 juillet 2000³, on parle pour les loisirs sportifs en espace naturel « d'Activités Physiques et Sportives de Nature (APSN) ». Sous la responsabilité du Ministère des Sports, du Ministère de l'Éducation Nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative et des Directions Régionales de la Jeunesse et des Sports (DRJS), les sites de pratique et les animateurs sont contrôlés et agréments. Aussi, ces derniers doivent être détenteurs d'un diplôme d'État : Diplôme d'État

¹ GUILTAT (S.), 2011, *Le territoire de la côte Ouest de La Réunion face au développement des sports aquatiques et nautiques*, Thèse de Doctorat sous la direction de BESSY (O.), STAPS - Université de La Réunion.

² Sources premiers § : www.handisport-nature.com ; www.sports.gouv.fr ; www.sportsdenature.gouv.fr

³ Loi n°2000-627 du 6 juillet 2000 modifiant la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives.

de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport (DEJPS) ou Diplôme d'État Supérieur de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport (DESJPS) ou encore d'un ex - Brevet d'État d'Éducateur Sportif (BEES). Les associations (type loi 1901) ou clubs, quant à eux, doivent adhérer à une fédération sportive agréée. Depuis quelques années, un mélange s'opère entre activités sportives adaptées et APSN « classiques ». En effet, de nombreuses associations d'activités sportives adaptées et de pleine nature sont apparues et ont adhéré à la Fédération Française Handisport (et d'autres associations ou structures commerciales à des fédérations sportives agréées). Pour ce mémoire de thèse, ces activités sportives adaptées et de pleine nature seront abrégées sous l'acronyme « APSNA ».

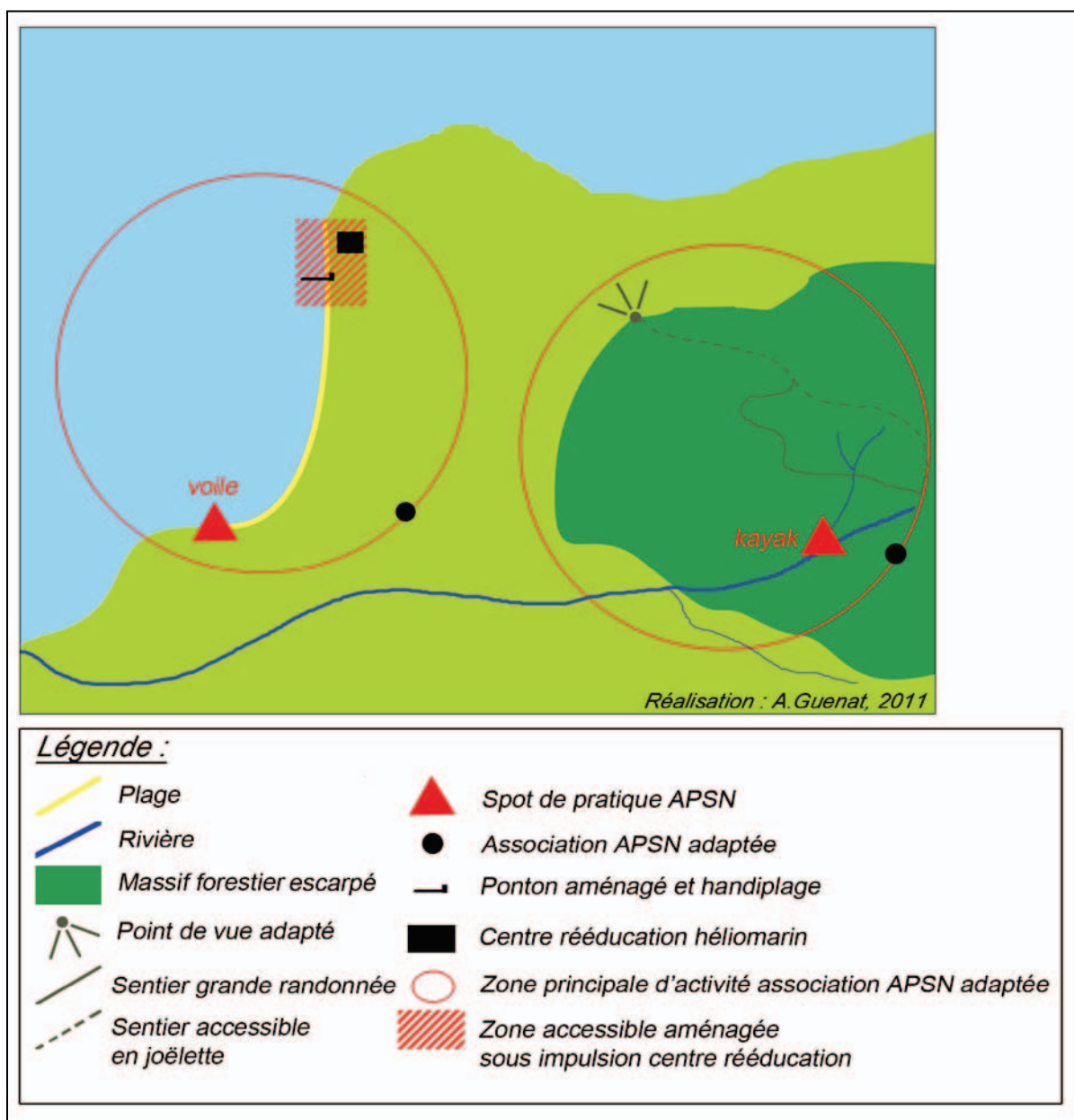
Le meilleur exemple d'une APSN « classique » pouvant être facilement adaptée au public handicapé et donc devenir une APSNA est le canoë-kayak : « *le canoë-kayak peut s'adapter à tous les publics handisport car la variété importante de modes de pratique et d'embarcations permet l'accès à tous types de handicaps* »¹. La Fédération Française Handisport propose d'ailleurs des qualifications complémentaires ou « Certificats de Qualification Handisport (CQH) » qui permettent aux cadres sportifs diplômés d'aborder la pratique adaptée d'un sport donné, mais aussi le handicap de façon théorique et générale. La plupart des APSN et APSNA peuvent en fait être encadrées, pour une pratique adaptée, par une personne détentrice d'un « simple » Brevet d'Etat d'Éducateur Sportif, option animation des Activités Physiques pour Tous (BEESAPT). Cependant cette formation d'une centaine d'heure n'est pas centrée sur le handicap mais sur l'accueil tout public et s'avère bien moins spécialisée et qualifiante qu'un Diplôme d'État de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport (DEJPS).

Certes, la pratique libre des APSN est toujours possible mais avec l'engouement de ces dernières années pour ces activités, de nombreux sites de pratique agréés sont apparus et doivent être recensés par le législateur. Celui-ci à désormais délégué cette tâche aux départements en charge d'élaborer des Plans Départementaux des Espaces, Sites et Itinéraires relatifs aux sports de nature (PDESI). Quel lien entre ces PDESI et les APSNA ? Cela se rapporte au fait que de plus en plus d'APSNA se pratiquent elles aussi sur des spots en pleine nature et sont donc amenées à être recensées et réglementées comme d'autres APSN, notamment dans le cadre des PDESI. C'est l'existence même de « spots » qui est le plus intéressant ici. En effet, depuis de nombreuses années la géographie du tourisme s'attelle à analyser cette spatialisation des activités de pleine nature, en spots, et des concepts tel celui des *unités touristiques de pleine nature*² se développent. En fait, « *les loisirs sportifs et les multiples espaces appropriés participent à une dynamique spatiale qui déborde largement le*

¹ http://www.handisport-nature.com/index.php?option=com_content&task=view&id=23&Itemid=36

² FONTUGNE (C.) - Air Du Sud, 2001, *L'unité touristique de pleine nature : une nouvelle échelle territoriale d'organisation et d'observation des sports de nature ?* Colloque de Valence, PDF, Novembre 2001, 12p.

seul phénomène sportif et pose la question des enjeux territoriaux.¹ ». Or, si des APSNA ou de nouvelles activités de « handi-loisir » apparaissent et se pratiquent dans les mêmes environnements (plage, montagne, forêt, etc.), y-a-t'il la même organisation spatiale et bénéficient-elles de cette même dynamique ? Il serait pertinent de se poser la question de l'intégration de ces nouveaux spots dans l'ensemble des spots déjà existants ou, à un niveau micro-spatial, dans un maillage touristique donné. Pour l'instant, on peut dire que cette implantation se traduit essentiellement par deux phénomènes et selon la carte schématique présentée ci-dessous (cf. Carte.3).



Carte.3 Schématisation de l'organisation spatiale courante des sites de pratique des APSN adaptées (source : A.GUENAT, 2011).

¹ AUGUSTIN (J-P.), 2001, La ville des loisirs, in : *Urbanisme* n°319, pp. 54-57.

Dans plusieurs cas, en France comme ailleurs, là où des pôles regroupant activités sportives ou de loisir adaptées et acteurs associatifs se sont développés, on retrouve toujours les deux phénomènes suivants ou l'un des deux :

- l'aménagement d'un spot d'activités adaptées (ponton pour activités nautiques, handiplage, aire d'envol de parapente...etc.) dû à la présence ou à la volonté d'un établissement de rééducation ou médico-social à proximité immédiate.
- la présence d'une association œuvrant régulièrement ou quotidiennement sur site, voire ayant été initiatrice ou co-initiatrice du projet.

Certes ces deux phénomènes ne sont pas toujours présents ou perceptibles *a posteriori*, mais on les observe dans de nombreux cas (cf. 2.2.2). Cela est d'ailleurs assez logique car ces pôles sont plutôt récents et même novateurs et en général sont le fruit de projets collectifs ou d'une volonté associative – voire politique – forte. Aussi d'autres phénomènes peuvent être structurants pour ces pôles : l'aménagement ou la réhabilitation d'un site touristique par une collectivité (qui attire ensuite associations et prestataires commerciaux d'APSNA) ou encore une volonté politique par l'intermédiaire d'un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS).

Il y aurait là de quoi théoriser sur une nouvelle logique de localisation d'activités sportives de pleine nature qui viendrait rejoindre celles évoquées par P. Mao et P. Bourdeau¹, ou encore J-P. Augustin².

2.2.2 APSNA et mise en accessibilité des sites touristiques naturels : quelques cas topiques

À l'issue d'un tour d'horizon, par internet et la presse spécialisée³, on trouve de nombreux exemples partout dans le monde de pôles de pratique d'APSNA correspondant à ceux évoqués précédemment. Si on classe ces quelques exemples suivant leur organisation et leur mode de création, on retrouve bien les phénomènes structurants déjà évoqués. Aussi le tableau 2 (cf. Tab.2) présente 10 exemples classés selon les quatre phénomènes suivants :

- structuration autour d'un établissement de rééducation ou médico-social (A).
- structuration par une association (B1), avec des activités spatialement diffuses (B2).
- structuration par une volonté politique : collectivité territoriale, mairie (C).

À la lecture de ces exemples, on relève des indications supplémentaires sur les phénomènes structurants des pôles de pratique d'APSNA. Ainsi, c'est en zone côtière qu'il y a une majorité de ces pôles : en général un centre héliomarin est lié à différentes activités, parfois avec l'aide d'une association (Giens, Hendaye) ou d'un club nautique et les pouvoirs publics ont œuvré pour permettre la pratique d'activités nautiques adaptées (Mèze, La Saline). Dans

¹ BOURDEAU (Ph.), MAO (P.), 2002, Les nouveaux espaces des pratiques sportives de montagne et de nature, in : *Les espaces sportifs innovants*, pp. 83-122, PUS, Voiron.

² AUGUSTIN (J.-P.), et al., 2008, *Géographie des sports en France*, éd. Vuibert, Paris, 192p.

³ Notamment la revue *Faire Face*, mensuel de l'Association des Paralysés de France.

d'autres cas, la polarisation n'est pas au rendez-vous dès lors qu'il s'agit d'activités diffuses proposées par une association qui rayonne sur un territoire plus vaste (Handixtreme, Handi-Rando). Cela dit, ces cas sont bien dans le cadre du schéma organisationnel proposé précédemment (cf. Carte.3). Enfin, il faut noter que ces pôles vont parfois de pair avec une mise en accessibilité plus globale des espaces alentours : soit urbains (cas d'Hendaye¹), soit naturels et touristiques (voie verte des Gaves, Lay Lake).

<i>Pôle ou site</i>	<i>Lieu</i>	<i>Activité principale</i>	<i>Associations liées / Etablissement</i>	<i>Structuration</i>
Ponton P.Caron	Presqu'île Giens (Var)	Nautisme / baignade	Un fauteuil à la mer / Hôpital R.Sabran	A+B1
Handiplage d'Hendaye	Hendaye (Pyrénées Atl.)	Baignade / surf	Hôpital Marin d'Hendaye (AP-HP)	A
Base nautique du Taurus	Mèze (Hérault)	Handivoile / handikite	Yacht Club Mèze	B1+C
Waterskirecetto	Recetto (Piémont, Italie)	Ski nautique adapté	Waterskirecetto	B1
Lay Lake facility	Lay Lake (Alabama, USA)	Ski nautique adapté	Adaptive Aquatics	B1
Base de plein air Perce-Neige	Wentworth-Nord (Québec, Canada)	Kayak, pêche, baignade	C.C.P.A.H.Q	B1
Handixtreme	Province Huesca (Aragon, Espagne)	Canyoning / Hte montagne	Handix fundacion	B2
Handi-Rando	Wallonie, Belgique	Randonnée joëlette	Handi-Rando	B2
Voie verte des Gaves	Hautes Pyrénées	Vélo-couché / promenade	labellisé Tourisme & Handicap	C
Espace Les Dauphins	La Saline les bains (Réunion)	Baignade / Handivoile	CCAS St Paul / Club Nautique Ouest	C+B1

Tab.2 Exemples classifiés de pôles d'activités physiques et sportives de nature adaptées (source : recherches Google, 2011).

¹ OFFICE DU TOURISME D'HENDAYE, 2011, *Hendaye : accessibilité de l'offre touristique*, PDF, 9p.

3) Du XX^{ème} siècle à 2005 : vers un modèle français d'intégration et d'égalité des chances

En ayant fait le choix d'un modèle basé sur l'intégration et l'égalité des chances en 2005, la France fait désormais partie des pays les plus avancés en matière de politique publique traitant du handicap. Comment est-on arrivé à ce modèle national ? Quel a été l'évolution des politiques publiques françaises du handicap au cours du XX^{ème} siècle ? Enfin et surtout, quel est le périmètre exact de la fameuse « loi de 2005 » sur fond d'égalité des chances ? Autant de questions qui méritent un approfondissement.

3.1 La reconnaissance de la personne handicapée en France (1918 - 2005)

Tout comme au niveau international, le handicap s'est défini en France au fil des politiques le traitant. Aussi, avant qu'il ne soit question d'égalité des chances et de participation à tous les domaines la vie sociale, il y a d'abord eu en France tout un travail de reconnaissance de la personne handicapée sur lequel il convient de revenir.

3.1.1 Des infirmes de guerre aux travailleurs handicapés : de l'assistance à la réinsertion
« C'est sous l'angle de la réparation des conséquences des blessures de guerre que la collectivité publique française a commencé à se préoccuper des conséquences du handicap. Dans cet esprit, Louis XIV crée l'institution des invalides pour héberger les vétérans devenus inaptes au travail. ». C'est ainsi que M-C. Lasnier¹ introduit un chapitre sur l'histoire de la politique du handicap en France, dans son rapport du Conseil économique et social relatif à l'insertion professionnelle des personnes handicapées. En effet, c'est par le biais du problème de l'insertion des infirmes de guerre qu'à la fin du 19^{ème} siècle, l'Etat français s'est intéressé à sa part de population handicapée, du moins aux « infirmes », puisque le mot « handicap » n'est apparu que beaucoup plus tard. Dès 1898², la loi relative aux accidents du travail crée un régime spécial de responsabilité (l'employeur doit s'acquitter d'une assurance pour pallier aux éventuelles indemnités) et introduit des notions de réadaptation et de réinsertion.

Avec la Première guerre mondiale marquée par l'horreur des corps blessés et mutilés, le nombre croissant d'invalides anciens combattants pousse les parlementaires à adopter en 1919³ une loi instituant un droit à réparation. L'article 1^{er} de ce texte stipule que *La*

¹ LASNIER (M-C.), 2003, *L'insertion professionnelle en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap*, rapport pour le Conseil économique et social, PDF, p22.

² Loi du 9 avril 1898 sur l'indemnisation des accidents du travail (régime de responsabilité civile délictuelle).

³ Loi du 31 mars 1919 relative au droit à réparation pour les Anciens Combattants et Victimes de Guerre dite "Charte du Combattant".

République, reconnaissante envers ceux qui ont assuré le salut de la patrie, proclame et détermine, conformément aux dispositions de la présente loi, le droit à la réparation due : aux militaires des armées de terre et de mer affectés d'infirmités résultant de la guerre ; aux veuves, aux orphelins et aux ascendants de ceux qui sont morts pour la France. Il ne s'agit donc plus d'une simple assistance mais bien d'une reconnaissance de l'invalidé et de ses besoins de réintégration (sinon sociale, du moins financière). C'est également à cette époque qu'est mis en place le premier barème d'évaluation du taux d'handicap pour déterminer ces pensions d'invalidité. En 1924¹, une nouvelle loi va plus loin dans la réinsertion en obligeant les employeurs de plus de 10 salariés à engager des mutilés de guerre (titulaires d'une pension d'invalidité), ou veuves ou orphelins de militaires. En 1930², un droit d'entrée dans les écoles militaires de rééducation professionnelle est accordé aux accidentés du travail.

Du fait de ses conséquences désastreuses sur l'intégrité de l'individu (mutilations, séquelles psychologiques...), la guerre n'a sans doute pas bouleversé les attitudes et les regards portés sur le handicap mais elle a permis d'apporter un éclairage nouveau sur les infirmes et leurs besoins de réadaptation physiologique puis sociale dans l'objectif d'une réinsertion. L'entre-deux guerres a aussi vu apparaître nombre d'associations d'infirmités et d'invalides, qu'ils soient anciens combattants, paralysés (APR créée en 1933, qui deviendra l'APF, Association des Paralysés de France) ou encore tuberculeux (création de la Fédération nationale de lutte antituberculeuse, FNLA, en 1938). A la même époque, de nombreuses loteries au profit des « Gueules cassées » de 1914-1918 sont organisées et sont d'ailleurs à l'origine de la Loterie nationale (devenue Française des Jeux).



Fig.9 Affiches pour des loteries en faveur des mutilés de guerre (1927 et 1931)
(source : www.gueules-cassees.asso.fr).

¹ Loi du 26 avril 1924 assurant l'emploi obligatoire des mutilés de guerre.

² Loi du 14 mai 1930.

Après la Seconde guerre mondiale, ce n'est pas seulement les mutilés de guerre qui vont faire que l'on s'intéresse aux infirmes. La face du monde a changé, l'économie européenne est à reconstruire et l'Etat-providence, symbolisé en France par la création de la Sécurité sociale en 1945, tient ce rôle de constructeur et de planificateur. Aussi s'agit-il moins désormais de s'occuper d'infirmes que d'individus déficients, handicapés, et « *l'accroissement quantitatif des personnes handicapées, dû à l'accumulation des risques engendrés par le monde moderne associée à un développement fantastique et constant des techniques médicales destinées à sauver, soigner, insérer dans la vie sociale, contraint le citoyen à considérer la personne déficiente comme un individu à part entière.*¹ ».

C'est d'ailleurs à cette période qu'apparaissent pour la première fois les termes « handicap », « handicapé », mots issus d'outre-Manche et la loi de 1957² intègre le mot pour la première fois dans un texte officiel avec l'expression « travailleur handicapé ». Cette loi aborde le reclassement et l'embauche des travailleurs handicapés : « *la présente loi a pour objet l'emploi des travailleurs handicapés ou leur reclassement suivant un processus pouvant comporter, selon les cas, outre la réadaptation fonctionnelle prévue par les textes en vigueur, une réadaptation, une rééducation ou une formation professionnelle*³. ». Une priorité à l'emploi pour les personnes handicapées est instaurée avec une obligation d'un quota de 10% du personnel pour tous les employeurs, privés (tous les secteurs) comme public (administrations, etc.) et dans les établissements de 10 salariés et plus. Une commission départementale d'orientation des infirmes ainsi qu'un Conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés font également partie du dispositif (leur rôle étant justement d'attribuer une « reconnaissance » de travailleur handicapé). Bien évidemment, comme dans les lois qui suivront, des sanctions sont prévues, ici à hauteur de six fois le SMIG par jour ouvrable et par bénéficiaire manquant. Malheureusement, cette obligation d'emploi s'est avérée largement inappliquée, sans doute en raison d'un contrôle inefficace⁴.

3.1.2 Vers une intégration globale des personnes handicapées

Comme le rappelle F. Bodin⁵, « *la fin de la seconde guerre mondiale marque un tournant dans la conception intellectuelle des handicaps, dans l'approche pratique et législative et dans la considération portée à la personne déficiente ; l'objectif est donc de passer d'une société d'assistance à une conception plus respectueuse fondée sur le principe de la solidarité.* ».

¹ BODIN (F.), 1999, *Handicaps et sociétés, l'aménagement de l'espace comme concept d'intégration*, Thèse de géographie, Université de Caen, 519p.

² Loi n° 57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement professionnel des travailleurs handicapés.

³ <http://www.vie-publique.fr/documents-vp/loi-de-1957.pdf>

⁴ *De la personne handicapée au travailleur handicapé*, <http://informations.handicap.fr/art-actualites-1.0.0.0-2525.php>

⁵ BODIN (F.), 1999, *op. cit.*

Dorénavant la tendance est à l'intégration proprement dite et si plusieurs lois et décrets sont venus renforcer ou redéfinir les dispositifs qui existaient, notamment concernant l'emploi (loi de 1981¹ et surtout loi de 1987²), c'est surtout les avancées amenées par les lois de 1975 et celles du début des années 1990 qu'il faut retenir. En effet, au travers de ces textes il ne s'agit plus de simples reconnaissances de quelques droits et de dispositifs de réinsertion ou de réadaptation mais bien du début d'une véritable politique d'intégration des personnes handicapées.

La loi d'orientation du 30 juin 1975 est en quelque sorte le véritable socle de la politique française en matière de handicap puisque pour la première fois, un ensemble de grandes orientations sociales concernant le handicap est regroupé en un texte unique et qui instaure une solidarité nationale responsabilisant aussi bien l'État que les collectivités, voire même le citoyen. Cette loi cadre a donc replacé le handicap, non pas dans l'assistance aux infirmes mais bien au cœur de la politique sociale de la République française. Concrètement, et selon l'article 1^{er}, « *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.*³ ». Pour ce qui est de la garantie d'un minimum de ressources, aspect inévitable de l'intégration à une société moderne, la loi introduit la fameuse Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) qui existe toujours et crée les Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep) pour statuer sur l'attribution de cette allocation à l'échelon départemental (allocation versée par la Caisse des Allocations Familiales, comme d'autres « banales » prestations sociales). Les Commissions Départementales de l'Éducation Spéciale (CDES) et l'Allocation d'Éducation Spéciale (AES) étaient le pendant des Cotorep et de l'AAH pour les jeunes handicapés de moins de 20 ans, qu'ils soient en milieu scolaire ordinaire ou orientés par une CDES en établissement spécialisé. Ces organismes statuaient également sur l'attribution d'un taux d'incapacité, d'une reconnaissance de travailleur handicapé (Cotorep) ou encore d'une carte de stationnement pour les places réservées.

Malgré l'effet positif évident de cette loi d'orientation, il faut cependant évoquer certains bémols qui ont contribué à freiner ces avancées vers l'intégration pleine et entière des personnes handicapées. En fait, tous ces bémols sont liés et interdépendants : en effet, comme aucune définition du handicap n'a été mentionnée dans la loi et que c'était justement aux

¹ Loi du 7 janvier 1981 relative à l'obligation de reclassement des accidentés du travail.

² Loi du 10 juillet 1987 relative à l'obligation d'emploi des personnes handicapées : quotas de 6% et meilleure obligation de résultats, création de l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées, AGEFIPH.

³ <http://www.vie-publique.fr/documents-vp/loi30juin75> (PDF).

commissions départementales de statuer, un certain flou à longterm régner et les attributions de taux d'incapacité en ont été affectées. De plus, les années 1980 ont vu s'opposer différentes conceptions au niveau international dans les définitions du handicap et des incapacités. Or, les taux d'incapacités étaient en grande partie basés sur la CIDIH de l'OMS, très décriée (guide-barème par décret du 4 novembre 1993). D'ailleurs seul un taux d'incapacité d'au moins 80% (handicap lourd donc) ouvrait droit à tous les dispositifs d'aide, ce qui laissait un peu à l'écart d'autres incapacités moindres mais tout aussi handicapantes, surtout pour le domaine professionnel dans une société qui demande performance et rendement. Un autre seuil de 50% existant, un « effet seuil » a longterm été dénoncé et critiqué car jugé « technocratique », voire déshumanisant. Tout cela a eu pour conséquence des attributions parfois hasardeuses (taux basé sur un avis plus clinique que social), voire même des orientations vers des établissements incomprises et très mal vécues par les personnes concernées et leur famille. Il n'était pas rare que des recours aux tribunaux administratifs soient intentés suite à des refus choquants pour des personnes bel et bien en situation de handicap¹. Enfin, dans un contexte de crise économique croissante, beaucoup de bénéficiaires et d'associations de personnes handicapées ont déploré le faible niveau de revenus accordé par la « simple » AAH (d'où des compléments plus tard et des revalorisations régulières mais toujours considérées comme insuffisantes face à la vie chère), ainsi que son plafonnement pas forcément adéquat au regard de la situation professionnelle.

Le cadre étant posé par la loi de 1975 et tout ne pouvant être parfait et suivi dès promulgation, le législateur a dû par la suite améliorer les choses et faire des rappels grâce à de nouveaux textes. Ainsi, au début des années 1990 plusieurs textes législatifs se sont succédés :

- la loi du 10 juillet 1989 qui garantit à chacun le droit à l'éducation et affirme la priorité à l'intégration scolaire des jeunes handicapés.
- la loi du 12 Juillet 1990 (relative à la protection des personnes contre la discrimination en raison de leur état de santé ou de leur handicap).
- la loi du 13 Juillet 1991 (relative à l'accessibilité des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public).
- la loi du 31 Décembre 1992 (garanties de reclassement ou d'indemnisation aux salariés devenus inaptes à leur emploi à la suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle ou non).
- l'arrêté du 27 juin 1994 qui précise les dispositions destinées à rendre accessibles les lieux de travail aux personnes handicapées (nouvelle construction ou aménagement) en application de l'article R.235-3-18 du Code du travail.

¹ Vécu personnel.

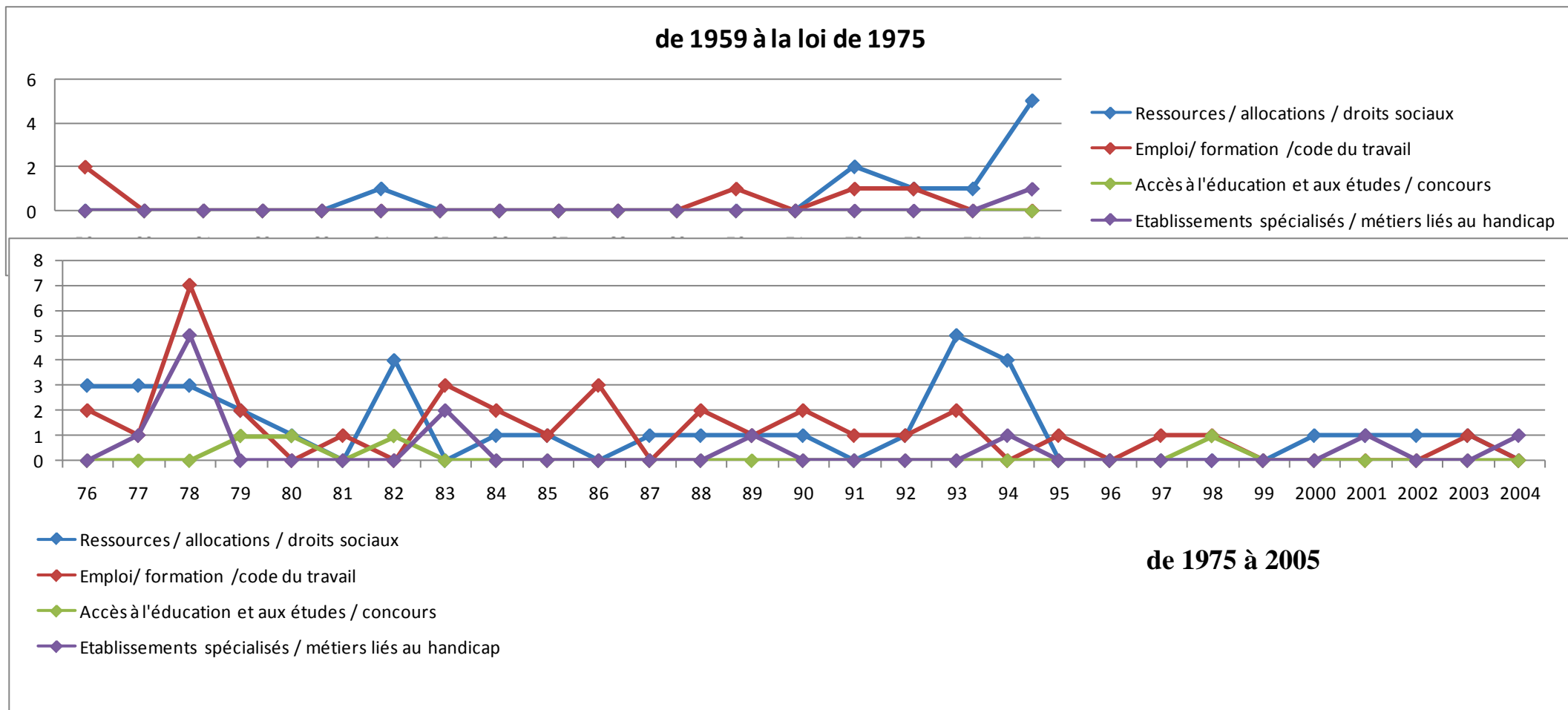
Un bilan législatif¹ et statistique permet de mettre encore mieux en lumière les avancées faites dès les années 1950 (cf. graphique 1). En effet, à partir de la loi de 1957, le législateur français n'a pas chômé et quelle que soit la gouvernance beaucoup de domaines ont vu des développements législatifs liés au handicap. Certes il y a eu des cycles et si les années précédant et suivant les lois cadre de 1957 et 1975 ont été bénéfiques en termes d'avancées réglementaires, il n'en a pas été de même pour les années 1960 ou la deuxième moitié des années 1990.

Plus précisément, ce sont surtout les domaines de l'emploi et de la formation professionnelle et celui de la prise en charge sociale qui ont été le plus considérés par l'État, surtout dans les années autour de la loi de 1975 (deux à trois textes et décrets en moyenne par an de 1972 à 1978 ou encore dans les années 1980). À l'inverse, l'accessibilité des infrastructures et l'accès à l'éducation (cf. graphique 1), domaines pourtant clés dans une politique d'intégration totale à la société, ont été moins pris en compte (peu de textes législatifs avant 1975, voire presque aucun en matière d'accessibilité et de petits « rattrapages » au début des années 1980 pour l'éducation et au début des années 1990 pour l'accessibilité).

Il faudra donc attendre la dernière loi cadre de 2005 pour que la politique française d'intégration des personnes handicapées s'attache vraiment à traiter des fondements de cette intégration et pas seulement des aspects de ressources et de réinsertion plus que d'insertion.

¹ Mené à partir des données du site *legifrance.fr* (période 1959 – 2010).

Graph.1 Évolution du nombre de décrets concernant les droits des personnes handicapées pour leurs ressources, l'éducation, l'emploi et leur accueil en établissement, en France



3.2 Loi de 2005 : le modèle d'égalité des chances et de pleine participation français

Comme il a été dit précédemment, alors que le législateur comblait des lacunes en matière de reconnaissance des handicaps, de droits à l'emploi pour les personnes présentant des déficiences, et de prise en charge sociale, la réflexion sur le handicap a changé dès les années 1990. Au niveau de l'OMS, on est passé à une vision moins clinique de la classification des handicaps et des déficiences et l'environnement de la personne handicapée est devenu un support de réflexion. Ainsi « *ce n'est plus la personne handicapée qui est inadaptée au milieu environnant mais ce dernier qui crée ou amplifie le handicap et génère l'obstacle social. C'est donc l'environnement qu'il faut modifier et adapter aux besoins des populations à mobilité réduite*¹. ».

Or, avant les années 2000 peu de choses ont été faites pour améliorer cet environnement, du moins matériellement (hormis la loi de 1991 et l'arrêté de 1994). Ce n'est qu'en 2005 que la France va combler ce vide et mettre à jour sa législation par rapport aux avancées conceptuelles en allant même assez loin dans sa politique affichée pour proposer un véritable modèle d'égalité redonnant de l'espoir à beaucoup, aux individus comme aux associations de défense des droits des personnes handicapées.

3.2.1 *Un contexte initiateur d'une nouvelle loi cadre*

Si les mentalités ont évolué depuis les années 1950, la loi cadre de 1975 a véritablement changé la donne du handicap en France. Cependant, à la fin des années 1990, tout n'est pas simple pour autant pour les personnes handicapées et si les prises en charge médicale et sociale sont bien meilleures, les difficultés d'intégration sont quant à elles toujours là : difficile de trouver un emploi (beaucoup d'employeurs préfèrent s'acquitter d'une amende que de respecter les quotas d'embauche ou alors emploient des personnes présentant une déficience légère), difficile de poursuivre des études, difficile de se déplacer (accès aux transports publics) et d'accéder à de nombreux bâtiments publics ou privés... Autant d'obstacles à une vie quotidienne normale, sans parler de « l'humiliation » vécue par ces personnes.

Pourtant, comme le souligne P. Fougeyrollas², il est de plus en plus admis à la fin des années 1990, que « *si c'est la lésion (ou déficience) corporelle pathologique qui rend les personnes handicapées, ce sont la société et le cadre de vie qui créent les situations de handicap*. ». De plus, selon J-F. Ravaud³ on peut même parler à partir des années 2000 « *d'un déplacement de*

¹ BODIN (F.), 1999, *Handicaps et sociétés, l'aménagement de l'espace comme concept d'intégration*, Thèse de géographie, Université de Caen, 519p.

² FOUGEYROLLAS (P.), 2006, *La définition du handicap*, PDF du module handicap, COFEMER, 6p.

³ RAVAUD (J-F.), 2009, Définition, classification et épidémiologie du handicap, in : *La Revue du praticien*, pp. 1067-1074.

regard de l'épidémiologie [du handicap] vers les limitations d'activités et les restrictions de participation liées à des déficiences. ». D'autres signes ont également montré qu'une nouvelle évolution se profilait et ont précédé les éléments clés de la nouvelle loi cadre de 2005 :

– au niveau de la sphère politique : tantôt rattaché au ministère de la Santé, tantôt au ministère de la Famille et de la Solidarité ou des Affaires sociales, apparaissent dans les divers gouvernements des Secrétaires d'État qui ont clairement en charge, avec les personnes âgées, les personnes handicapées (ex : Catherine Trautmann en 1988) ou même uniquement les personnes handicapées (Marie-Thérèse Boisseau de 2002 à 2004 puis Marie-Anne Montchamp en 2004). Il faut rappeler aussi que l'insertion des personnes handicapées était l'un des « grands chantiers » envisagé par Jacques Chirac en 2002 pour son second mandat présidentiel¹.

– au niveau de la consultation des personnes handicapées : il y a bien un Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH) instauré par la loi de 1975 mais ce n'est qu'en 2002 que sont créés les Conseils Départementaux Consultatifs des Personnes Handicapées (CDCPH), instances locales plus à même de proposer des mesures pour et par des personnes handicapées.

Malgré cela, au début des années 2000, la société française dans sa globalité est loin d'avoir intégré tous ces concepts et l'environnement matériel – voire même social – des personnes handicapées leur est toujours « hostile ». Les situations de handicap perdurent et c'est pour cela qu'en 1999 les deux plus grosses associations d'handicapés moteurs en France (APF et AFM) manifestent² à Paris, montrant notamment du doigt le retard en matière d'accessibilité, facteur principal selon eux de leur exclusion sociale. Suite à cet appel, en janvier 2000, les présidents de ces deux associations sont reçus à l'Élysée et M. Chirac déclare officiellement souhaiter la reconnaissance du « droit à compensation des déficiences et incapacités ». Quelques jours après, le Premier ministre Lionel Jospin présente un « plan d'accès des personnes handicapées au milieu de vie ordinaire » pour 2001-2003, devant le CNCPH.

Suite au colloque « Mieux vivre la cité : accessibilité pour tous » organisé les 19 et 20 février 2002 au siège de l'UNESCO à Paris (participation de huit ministres et secrétaires d'État français) et surtout suite à l'annonce présidentielle de juillet 2002, un travail est entamé pour mettre à jour la loi de 1975 en l'axant sur le droit à compensation et, par là même, sur l'égalité des chances pour tous. Un premier rapport³ sur cette politique novatrice de la compensation du handicap rédigé par Paul Blanc (sénateur, membre du CNCPH) au nom de la Commission

¹ Allocution TV du 14 juillet 2002.

² Manifestation nationale du 29 mai 1999.

³ BLANC (P.), 2002, *Rapport d'information fait au nom de la Commission des affaires sociales sur la politique de compensation du handicap*, n°369, Sénat – Commission des affaires sociales, Paris, 569p.

des Affaires sociales est finalisé le 25 juillet 2002. Durant l'année 2003 (Année européenne des personnes handicapées), différentes communications de la Secrétaire d'État chargée des personnes handicapées sont faites en Conseil des Ministres pour présenter l'avancée du projet de loi. Le 28 janvier 2004, le projet définitif est présenté en Conseil des Ministres et après plusieurs compte rendus des deux rapporteurs Paul Blanc (Sénat) et Jean François Chossy (Assemblée Nationale), il est soumis au vote parlementaire. Après deux « navettes » et un passage en commission mixte paritaire, le texte est adopté le 3 février 2005.

3.2.2 *Égalité des chances, droit à compensation et accessibilité pour tous*

La loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées est promulguée le 11 février 2005. Pour la première fois en France, une loi apporte une définition légale au handicap avec l'article 2 (modifiant l'article L.114 du Code de l'action sociale et des familles) qui stipule : « *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.* ». De plus, le soutien de l'État français et la volonté d'intégration sont clairement mentionnés dans ce même article : « *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'État est garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire et définit des objectifs pluriannuels d'actions.* ». Avec cette loi, un certain nombre de principes d'intégration et de dispositions censés accorder un droit à compensation aux personnes handicapées ainsi que des moyens réglementaires et organisationnels pour y parvenir ont donc été mis en place.

À travers cinq grands objectifs et selon la nouvelle définition légale, la personne en situation de handicap doit pouvoir se forger un projet de vie dans un contexte social d'égalité des chances. Autrement dit, le but est d'arriver à une accessibilité de tous à tous les domaines de la vie sociale.

a) Le droit à compensation

La création d'un droit à compensation doit permettre la prise en charge par la collectivité des dépenses liées au handicap (aide humaine et technique). Pour cela, suite à la constitution d'un dossier auprès des toutes nouvelles Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) et après examen d'une Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), des Prestations de Compensation du Handicap pourront être

attribuées dans trois catégories : aide humaine (tierce personne, infirmière, etc.), aide technique liée au logement, aide technique liée au véhicule et surcoûts de transports. Toutes ces aides prennent la forme d'une aide financière réglementée et personnalisée. L'AAH reste en place sans lien avec ces aides subventionnées par les départements et non les Caisses d'Allocations Familiales.

b) L'accessibilité

Désormais en matière d'accessibilité, la loi est claire et se focalise sur le cadre bâti neuf (parcs de logement notamment), les Établissements Recevant du Public (ERP), la voirie et les transports. Des commissions communales et intercommunales d'accessibilité doivent être obligatoirement mises en place et des diagnostics dans les ERP ainsi que des Plans Accessibilité Voirie et Espaces Public (PAVE) doivent être menés. Enfin, des schémas directeurs pour les transports collectifs doivent être décidés. La figure 10 ci-dessous expose les échéances de ces mesures.

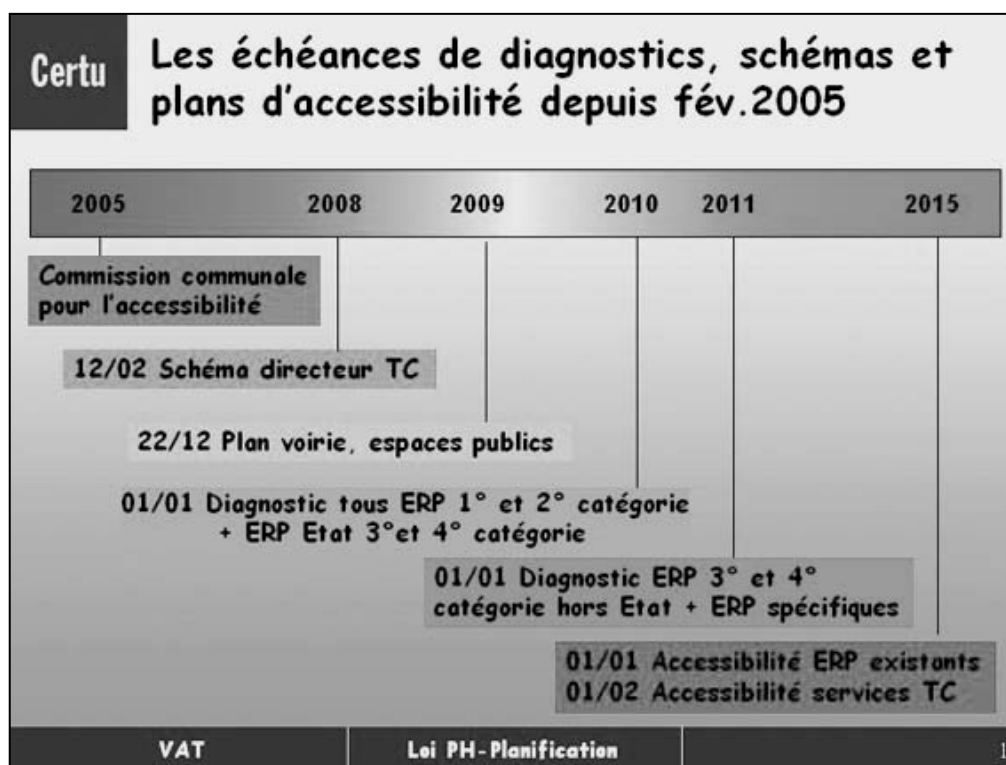


Fig.10 Échéancier des planifications de mise en accessibilité (source : Certu).

c) L'insertion professionnelle

Malgré les nombreuses avancées en termes de lois et décrets pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées, des efforts importants sont encore à consentir en 2005. La loi prévoit donc un système d'incitations et de sanctions alourdies pour faire respecter l'obligation légale de l'emploi d'un quota de 6% de personnes handicapées dans le secteur public et dans les entreprises privées de plus de vingt salariés. Dans la fonction publique, le

Fonds pour l'insertion des personnes handicapées (FIPHFP) qui a une mission similaire à l'AGEFIPH est créé. Les employeurs publics ne respectant pas l'obligation d'emploi devront payer une contribution au FIPHFP et celle des employeurs privés qui doit être versée à l'AGEFIPH est augmentée. De plus depuis 2005, l'AGEFIPH communique plus et mieux qu'avant : en témoignent les campagnes publicitaires mettant en scène l'humoriste et comédien Jamel Debbouze.

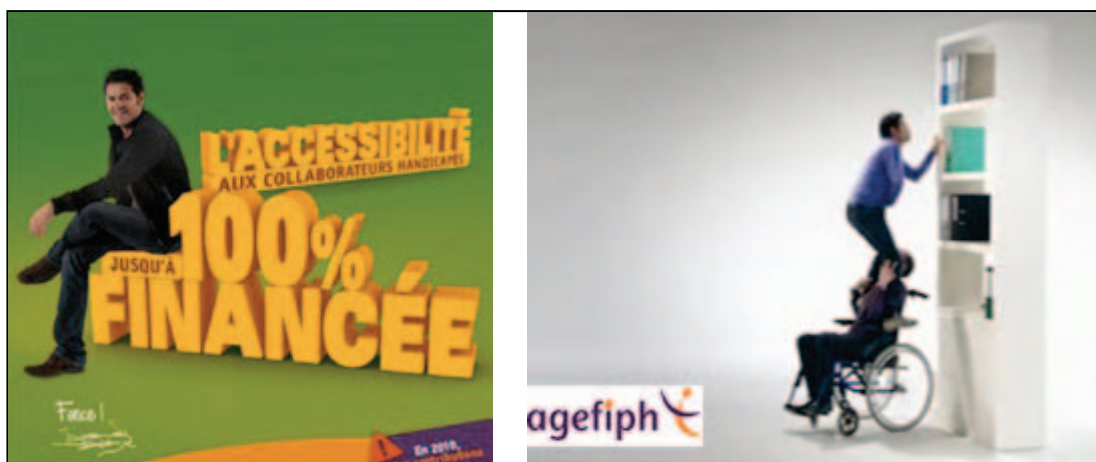


Photo.6 Campagnes publicitaires « Jamel » pour l'Agefiph (source : Google).

d) L'intégration scolaire

La loi « affirme le droit pour chacun à une scolarisation en milieu ordinaire au plus près de son domicile, à un parcours scolaire continu et adapté. Les parents sont de plus étroitement associés à la décision d'orientation de leur enfant et à la définition de son projet personnalisé de scolarisation (PPS)¹. ». Ce PPS qui définit la nature des accompagnements nécessaires, le recours à un auxiliaire de vie scolaire (AVS) et le recours à un matériel pédagogique adapté est élaboré par les parents, l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH et l'enseignant référent puis validé en CDAPH. Au niveau universitaire, le droit à l'aide d'une tierce personne pour tous les examens et concours est réaffirmé, tout comme le droit à un tiers temps et à l'utilisation d'un matériel adapté. Des Auxiliaires de Vie Universitaire (AVU), équivalents des AVS, sont également prévues par la loi 2005.

e) La simplification administrative

L'apparition des MDPH est destinée à traiter les nouveaux dossiers de demande de prestation de compensation. Nées d'une fusion des COTOREP et CDES dans chaque département, c'est aussi la première fois que des guichets administratifs uniques traitant du handicap sont mis en place. Ce sont des groupements d'intérêt public (GIP) dont les Départements assurent la

¹ <http://www.education.gouv.fr/cid207/la-scolarisation-des-eleves-handicapes.html>

tutelle administrative et financière. Dans de telles structures, du personnel administratif gère l'accueil du public ainsi que la réception des demandes et une équipe pluridisciplinaire (médecins, ergothérapeutes, etc.) instruit les demandes et évalue les besoins des demandeurs (et leur recevabilité) et transmet ensuite les dossiers à la CDAPH pour décision. Cette dernière commission est composée de représentants du département (élus et personnel administratif), de représentants des services de l'État et de représentants d'organismes locaux d'assurance maladie et des caisses d'allocations familiales. Parfois, des représentants d'associations de personnes handicapées ou d'organismes gestionnaires d'établissement y siègent également.



Photo.7 *Ouverture de la MDPH Réunion, antenne Sud* (source : Google).

Pour conclure, il faut évoquer bien évidemment les principes de non-discrimination (notamment à l'embauche) et de citoyenneté (accès aux bureaux de vote, participation aux prises de décision liées au handicap, etc.) faisant également l'objet d'articles de la loi (art.23 à 40 et art. 71 à 80). Signalons enfin l'existence de la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE), qui est une autorité administrative indépendante créée par la loi du 30 décembre 2004. En 2009, elle a reçu 1962 réclamations¹ (sur 10 545 au total) liées à une supposée discrimination par rapport à l'état de santé ou un handicap, soit 18,5% des réclamations. Son président était l'ancien président de l'AFM, Éric Molinié – handicapé moteur – mais depuis, la HALDE a été dissoute au sein de l'autorité du Défenseur des droits, présidée par Dominique Baudis depuis le 22 juin 2011.

¹ HALDE, 2009, Rapport annuel 2009, tableau statistique p15, PDF.



Fig.11 Campagne de communication de la Halde (source : Google).

II/Le principe « d'accessibilité généralisée pour tous les domaines de la vie sociale » : constats, limites et freins

Dans cette seconde partie, la politique actuelle du handicap en France est analysée dans ses applications concrètes, ses apports et ses limites. En effet, cette politique qui a pour point de départ et pour cadre institutionnel la loi du 11 février 2005 n'est évidemment pas en mesure de changer radicalement les choses du jour au lendemain et l'intégration, la pleine participation citoyenne des personnes handicapées et le principe d'accessibilité généralisée pour tous les domaines de la vie sociale s'appliquent pour partie mais sont freinés et seront très longs à être effectifs. Dans ce contexte général, quelles sont les dynamiques en cours ?

1) Le handicap aujourd'hui en France : constats et pratiques

Quels constats peut-on faire aujourd'hui, plus de 5 ans après la promulgation de la loi cadre du 11 février 2005 ? Quels sont les applications concrètes et les limites de la nouvelle politique publique en place et comment les expliquer ? Y-a-t-il des retards sur le programme d'actions et si oui lesquels et pour quelles raisons ? Voici quelques questions qui méritent d'être discutées maintenant.

1.1 Politique du handicap : connaissance statistique, gouvernance et information

Une analyse rétrospective ainsi que des critiques constructives sont toujours importantes et pertinentes pour l'évolution future d'une politique sociale, voire de santé publique. Cependant, c'est d'abord par les études statistiques et les rapports publics que se font les premiers constats. Or, deux questions très simples en apparence viennent très vite compliquer cette analyse statistique : combien y a-t-il de personnes handicapées en France ? Et surtout, qui doit-on considérer comme « personne handicapée » ?

1.1.1 Les chiffres du handicap : un dénombrement hasardeux

En France, sans définition précise du handicap (avant 2005) et avec de multiples sources statistiques, le dénombrement des personnes handicapées est longtemps resté assez hasardeux. Depuis quelques années, notamment avec le travail de l'INSEE, un corpus statistique plus précis et basé sur des enquêtes auprès des ménages permet d'avoir des chiffres plus fiables mais toujours difficiles à vérifier et sujets à discussion.

De manière générale, « *la population handicapée ne constitue pas un groupe homogène facile à recenser. Répartie sur l'ensemble du territoire national et international, les personnes handicapées font partie de toutes les couches socioprofessionnelles existantes. Le caractère évolutif du handicap et la nécessité de contrôler sa véracité, son amplitude et son intensité temporelle, ajoutent une difficulté supplémentaire à la perspective d'une gestion précise de cette catégorie de population*¹. ». En effet, on peut toujours par des recoupements statistiques avoir une idée du nombre de personnes présentant un handicap dans telle ou telle population :

bénéficiaires d'une allocation liée au handicap (compensation), personnes placées en institution, demandeurs d'emploi et travailleurs reconnus handicapés, etc. Ainsi en France, deux méthodes ont prévalu jusqu'à l'apparition en 1998 de l'enquête spécifique de l'INSEE :

– le dénombrement par les seuils administratifs : nombre de personnes bénéficiant des mesures de reconnaissance, d'aides et de compensation du handicap, des incapacités. Ces données sont produites par des organismes ministériels comme la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé) et la Direction de l'Animation, de la Recherche des Etudes et des Statistiques (DARES, dépend du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé et du Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie et est surtout axée sur l'emploi), ou encore par des instituts semi-publics comme le Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie (CREDOC), l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et le Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI). Enfin, l'activité statistique est également assurée par la CAF et les MDPH (ex-Cotorep et ex-CDES) et les caisses d'assurance maladie, pour ce qui est des statistiques liées aux allocataires et bénéficiaires d'aides et pour les placements en institution. Il faut également citer les observatoires régionaux de la santé et les statistiques de l'Éducation Nationale (intégration scolaire des enfants handicapés).

– le dénombrement par enquêtes : ce sont des questionnaires et entretiens sur des thématiques précises (dépendance, placements en établissements spécialisés, accès à l'emploi, etc.).

¹ BODIN (F.), 1999, *Handicaps et sociétés, l'aménagement de l'espace comme concept d'intégration*, Thèse de géographie, Université de Caen, 519p.

En France, c'est surtout l'INSEE qui pratique cette méthode et le thème du handicap se retrouve au niveau des enquêtes décennales sur la santé et les conditions de vie, la dernière datant de 2003.

Le premier type de dénombrement issu de statistiques administratives ramène plutôt à une estimation *a minima* du nombre de personnes handicapées puisque seules les personnes « déclarées » et ayant un handicap ou une incapacité assez sévère pour ouvrir à des droits de compensation (au moins 50% de taux d'incapacité pour l'AAH et entre 20 et 60 ans) sont prises en compte, soit environ 2 millions à 3 millions de Français (2,6 M en 1999¹) ou moins de 5% de la population totale. Les enquêtes amènent évidemment à une prise en compte plus large : quel que soit l'âge, la situation sociale et professionnelle (chômage ou pas), quelque soit l'incapacité et le « désavantage » ou la gêne en résultant (sauf exception voulue ou catégorisation), beaucoup plus de personnes sont dans ce cas comptabilisées et sont juste séparées en deux ensemble : celles vivant à domicile et celles vivant en établissement, soit 3,9 millions à 23,6 millions de personnes concernées ou plus de 40 % de la population totale².

Au final, comme l'explique très bien Paul Blanc³, *l'information statistique sur le handicap est dans une situation paradoxale en France : elle ne fait pas défaut, elle est au contraire multiple et diverse. Mais cette information est partielle et émane d'organismes dont les objectifs ne sont pas les mêmes et qui retiennent par conséquent des critères de dénombrement différents.* C'est un peu à cause de cet état de fait qu'en 1998, l'INSEE décide de lancer une grande enquête intitulée « Handicap Incapacités et Dépendance » (HID). Cette enquête qui visait à repérer les personnes touchées par divers types de handicaps et déficiences, à décrire leur situation sociale ainsi que les aides dont elles bénéficiaient ou dont elles auraient besoin, s'est déroulée en deux phases, de 1998 à 2003. L'enquête a d'abord pris en compte les populations des établissements fin 1998 puis une deuxième vague d'enquêtes, incluses aux questionnaires Vie quotidienne et Santé du recensement national en mars 1999 a pris en compte les personnes à domicile en milieu ordinaire (premier filtrage en mars 1999 et enquête réelle fin 1999). Les mêmes personnes ont été réinterrogées fin 2000 pour celles vivant en établissement et fin 2001 pour celles vivant à domicile. Enfin, dans une troisième enquête en 2001, la population carcérale a aussi été prise en compte. Jusqu'en 2003, les résultats étaient attendus et encore aujourd'hui la DREES, la DARES et le CTNERHI l'exploitent. En 2003-2004, une enquête HID localisée a également eu lieu à La Réunion. L'enquête HID a permis de combler un certain nombre de lacunes dans l'élaboration de

¹ INSEE, Enquête HID de 1999.

² INSEE, Enquête HID de 1999.

³ BLANC (P.), 2002, *Rapport d'information fait au nom de la Commission des affaires sociales sur la politique de compensation du handicap*, n°369, Sénat – Commission des affaires sociales, Paris, 569p.

statistiques nationales du handicap. Ces avantages sont nombreux : référence à la classification internationale des handicaps, grille d'enquête prenant en compte les déficiences, les incapacités et les gênes ou désavantages occasionnés, évaluation de flux (plusieurs vagues d'enquêtes, suivi) et au final elle permet à la fois une quantification et une qualification des handicaps. Cependant, elle a également ses limites. En effet, les données sont uniquement nationales (avec cependant quelques accords avec certains Départements pour une extrapolation locale), toutes les dépendances sont mélangées et certains handicaps sont donc plus le fait du vieillissement et d'une perte d'autonomie « normale » que d'une réelle déficience. De plus, des catégories comme les jeunes enfants et les déficients mentaux sont très certainement sous-déclarés.

Malgré ce nouvel outil très utile et prometteur, l'information statistique sur le handicap en France reste insuffisante et perfectible et selon le rapport de la Cour des Comptes de 2003¹, « *de nombreuses lacunes subsistent pour que les politiques publiques puissent s'appuyer utilement sur des informations quantitatives : les données relatives à l'activité des commissions départementales, pivot des systèmes d'aide publique, demeurent très largement insuffisantes ; les données relatives à l'environnement dans lequel évoluent les personnes handicapées sont embryonnaires.* ». Ce rapport pointe aussi le caractère redondant des enquêtes, alors que des thèmes comme l'emploi et la scolarisation sont peu étudiés et quantifiés.

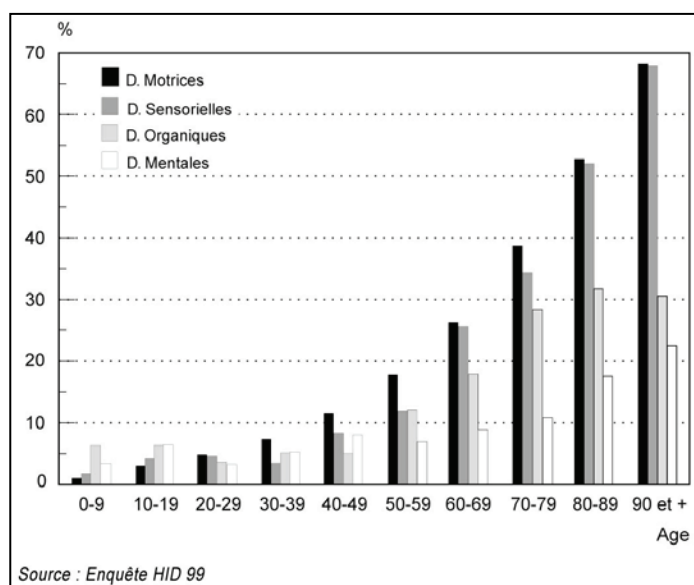
Quelques chiffres issus des enquêtes HID 1999-2001 permettent d'éclairer la situation :

- 2 620 000 personnes déclarent recevoir une allocation (soit 4,5% de prévalence).
- 2 950 000 personnes déclarent suivre un enseignement adapté (soit 5,0% de prévalence).
- 3 970 000 personnes déclarent être titulaires d'un taux d'incapacité (soit 6,8% de prévalence).
- 6 010 000 personnes déclarent recourir à une aide humaine (soit 10,3% de prévalence).

En domicile ordinaire, près de 4 personnes sur 10 déclarent au moins une déficience. Cette proportion atteint 98 % en institution. En domicile ordinaire, les déficiences physiques sont à tous âges plus fréquentes que les déficiences intellectuelles ou mentales exclusives. Les déficiences motrices, touchent au total plus de 8 millions de personnes et les trois atteintes les plus sévères (tétraplégie, paraplégie, hémiplégie) concernent moins de 9 % de l'ensemble des déficients moteurs (soit moins de 1 % de la population). Parmi les déficiences sensorielles, 3,1

¹ COUR DES COMPTES, 2003, *La vie avec un handicap : rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et organismes intéressés*, Paris, 309p.

millions de personnes déclarent une atteinte visuelle, 55 000 d'entre elles souffrent d'une cécité complète et 225 000 d'une cécité partielle.



Graph.2 *Déficiences déclarées (%)*, par tranche d'âge (source : enquête HID 1999).

Au 31 décembre 2001, on dénombrait :

- 1 083 foyers occupationnels, qui accueillent 34 142 personnes.
- 278 Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), qui accueillent 14 037 personnes.
- 360 foyers d'accueil médicalisés, qui accueillent 9 044 personnes.

D'autres données issues des administrations, caisses et services statistiques des ministères apportent un éclairage complémentaire.

En 2009, 883 338¹ personnes ont perçu l'Allocation Adulte Handicapé (AAH). Les départements ont versé la prestation de compensation (PCH) à 105 300² personnes en septembre 2010 (soit une augmentation de 35 % depuis septembre 2009). 92 % de ces 105 300 allocataires ont perçu un versement au titre d'une aide humaine, 2 % pour une aide technique, 9 % pour un aménagement du logement ou du véhicule et 19 % pour une dépense spécifique ou exceptionnelle (certains ont pu percevoir un versement à différents titres). Plus de la moitié des personnes bénéficiant d'une aide humaine ont recours à des aidants familiaux (56 %), 22 % font appel à des prestataires, 33 % à des emplois directs (ou des forfaits) et 3 % à des mandataires (la somme est supérieure à 100 % car certaines personnes ont recours à plusieurs types d'aide humaine).

¹ Chiffre de la Caisse des Allocations Familiales, consultable sur www.caf.fr

² DREES, 2010, *Enquête sur la prestation de compensation du handicap réalisée auprès des conseils généraux*, 3^{ème} trimestre 2010. Idem pour chiffres suivants.

1.1.2 Rapports, expertises et dispositifs d'information : un manque de lisibilité

Depuis la loi 2005 et les nouvelles réglementations instaurées pour atteindre le « tout accessible pour tous », de nombreux dispositifs de consultation et de diffusion des nouvelles règles ont été créés et plusieurs organismes publics ou semi-publics se sont également mis en avant comme experts et diffuseurs de connaissances sur les normes d'accessibilité.

Aussi, du côté de l'Etat sont apparus la Délégation ministérielle à l'accessibilité et l'Observatoire national de l'accessibilité et de la conception universelle et les Journées Territoriales de l'Accessibilité se sont mises en place à l'échelon départemental. En plus de ces dispositifs, on a pu constater une recrudescence de rapports et de compilations techniques du Conseil général des Ponts et Chaussées (devenu Conseil Général de l'Environnement et du Développement Durable ou CGEDD), du Centre d'Études sur les Réseaux, les Transports et l'Urbanisme (CERTU), ou encore de la part d'établissements publics de recherche (CSTB, INRETS). Á cela s'ajoute les comptes-rendus du CNCPPH et des commissions parlementaires, ainsi que les rapports directs au Président de la République ou au Premier Ministre. Le résultat de cette multiplicité de rapports et d'organismes de veille ou d'expertise est assez paradoxal car malgré le fait que ce phénomène soit positif dans le sens d'une communication massive des nouvelles réglementations et des solutions techniques, il amène aussi -à l'inverse- une surinformation et un manque de lisibilité dans les référents techniques et réglementaires. De plus, on peut noter qu'un cantonnement de l'information au niveau des institutions de l'État et des échelons supérieurs des collectivités s'opère alors même qu'il existe plutôt une méconnaissance des normes, des solutions techniques et des méthodes au niveau des collectivités locales, *a fortiori* dans les petites collectivités avec peu de moyens et peu de techniciens.

Les acteurs de bases seraient donc coupés de cette information sur l'accessibilité, à tout le moins pas assez formés et perdus dans des compilations techniques complexes et insuffisamment claires. C'est d'ailleurs bien ce qui ressort lors des Journées Territoriales de l'Accessibilité de 2010 qui ont réuni les acteurs du handicap, de l'accessibilité et les représentants des collectivités locales dans chaque département pour évoquer justement l'avancée de la mise en accessibilité du domaine public, la gouvernance de cette mise en accessibilité et les difficultés rencontrées. Á la lecture des comptes-rendus de ces journées, ressortent effectivement les problèmes évoqués plus haut, à savoir :

– méconnaissance et manque d'information aux plus petits échelons des collectivités territoriales (« *le niveau de sensibilisation est très inégal dans les communes ; souvent confiné au niveau des élus (et encore), il atteint rarement la population des techniciens et des*

personnels d'accueil », JTA Morbihan¹ ; « *difficulté pour trouver aide et assistance pratique malgré les bonnes volontés de tous les acteurs (institutionnels, associations, professionnels, etc.)* » et « *méconnaissance de solutions efficaces pour répondre aux besoins* », JTA Finistère²).

– difficulté « d'appropriation » de la réglementation technique (« *trop nombreuses possibilités d'interprétation des textes réglementaires considérés comme détaillés et un peu complexes* », JTA Finistère ; « *il est souligné une prise en compte insuffisante de la qualité d'usage dans les projets et les attestations accessibilité. Les bureaux de contrôle ont une vision exclusivement règlementaire de l'accessibilité* », JTA Loire-Atlantique³).

– manque de formation des techniciens des collectivités, des maîtres d'œuvre et des architectes (« *la connaissance encore insuffisante de la réglementation chez une partie des professionnels* », JTA Finistère ; « *constat d'un défaut de formation des maîtres d'œuvre* », JTA Finistère et Morbihan).

1.2 Les constats actuels par champ de la vie sociale

Comme on vient de le souligner, malgré une volonté publique et politique d'action, la loi 2005 et son nouvel élan pour l'intégration des personnes handicapées ont très vite été freinés, essentiellement par manque de lisibilité et de clarté quant à la direction à choisir pour cette politique nouvelle. Aussi, même si des avancées significatives ont eu lieu ces dix dernières années, de nombreux problèmes et dysfonctionnements font que les choses n'évoluent pas aussi vite qu'il le faudrait.

1.2.1 *Accès au bâti public et aux logements, notamment sociaux*

Comme attendu, il y a eu un « effet loi 2005 » et l'État ainsi que beaucoup de collectivités ont commencé à se pencher sur l'accessibilité de leurs espaces et bâtiments publics. De plus, une construction neuve destinée à recevoir du public ne peut plus échapper, en principe, aux nouvelles réglementations et la loi de 2005 vient renforcer la volonté de mise en accessibilité de ces ERP (Établissement Recevant du Public), prônée dès 1978 par les commissions *ad hoc*⁴. Ainsi, de nouveaux musées (Musée des Arts premiers – Quai Branly, par exemple), médiathèques, salles de concert, etc., sont rendus accessibles, voire même conçus accessibles dès leur construction depuis 2005. S'y ajoute également les complexes de cinéma et les centres commerciaux, qui étaient souvent déjà accessibles avant 2005. Cependant, ces

¹ Compte-rendu PDF des JTA du Morbihan (56) du 28 mai 2010.

² Compte-rendu PDF des JTA du Finistère (29) du 22 juin 2010.

³ Compte-rendu PDF des JTA de la Loire-Atlantique (44) du 18 juin 2010.

⁴ Commissions d'accessibilité des ERP neufs instituées par le décret n° 78-109 du 1er février 1978.

constats sont surtout valables dans les moyennes et grandes villes ou dans les bâtiments gérés directement par l'État (exceptés les bâtiments vétustes ou les monuments historiques) alors que la situation dans les agglomérations moins denses est loin d'être bonne. De manière générale, un grand retard a été pris et sur tout le territoire la mise en place des commissions d'accessibilité et l'élaboration de diagnostics des ERP se fait très lentement (voir 1.2.2). Pour ce qui est des ERP de 1^{ère} et 2^{ème} catégories – recevant de 700 à 1500 personnes – les résultats sont assez bons, de nombreux diagnostics étant en cours de réalisation, voire réalisés, et des travaux étant déjà prévus. En revanche, les ERP de 3^{ème} et 4^{ème} catégories (recevant jusqu'à 700 personnes) ne connaissent pas la même réussite. Ces retards dans la construction neuve accessible ou dans la mise en accessibilité de l'ancien sont d'ailleurs officiellement reconnus puisque c'est le principal problème relevé dans le bilan global des JTA 2010¹ : « moins de la moitié du parc soumis à cette obligation a été diagnostiqué : 47 % pour les ERP de 1^{ère} et 2^{ème} catégories des communes et 32 % pour les ERP de 3^{ème} et 4^{ème} catégories. ». Cela dit, de nombreux diagnostics sont en cours (68 % pour les ERP de 1^{ère} et 2^{ème} catégories des communes, selon le même bilan) et il existe des disparités importantes puisque 10 départements ont un taux de diagnostic de plus de 70 % des ERP communaux de 1^{ère} et 2^{ème} catégories. Il faut préciser que la date butoir de réalisation des diagnostics en ERP de 1^{ère} et 2^{ème} catégories était fixée au 1^{er} janvier 2010 alors qu'elle était fixée au 1^{er} janvier 2011 pour les 3^{ème} et 4^{ème} catégories. Le problème est que, comme pour les autres dispositifs, l'échéancier n'a jamais été respecté et les services de l'État ont souvent fermé les yeux sur ces retards, pour peu que les réflexions et diagnostics soient engagés. Certes, l'échéance « ultime » est celle de 2015 et il est compréhensible que le retard soit dû au manque d'information et de connaissance des acteurs concernés par la mise en place de ces normes. Malheureusement, on a pu également constater un autre frein, beaucoup plus grave et inquiétant. En effet, le flou qui a un temps plané autour des dérogations a pu conforter les élus ou les maîtres d'œuvre dans leur attentisme. Car si au départ il n'était pas question de dérogations pour le bâti neuf – et encore moins pour les ERP –, le gouvernement a tenté d'en introduire via un décret en mai 2006². Ce décret instaurait des possibilités de dérogation aux règles d'accessibilité des établissements recevant du public, des bâtiments d'habitation et des installations ouvertes au public, en modifiant le code de la construction et de l'habitation. Sous la pression d'associations de personnes handicapées qui y voyaient un grave retour en arrière, ce décret a été annulé par le Conseil d'État en juillet 2009, soit trois ans plus tard. Or, entre temps certains bâtiments ont été conçus ou construits en ne respectant pas totalement les

¹MINISTERE DE L'ECOLOGIE, DU DEVELOPPEMENT DURABLE, DES TRANSPORTS ET DU LOGEMENT, 2010, *Rapport national des Journées territoriales de l'accessibilité 2010 : les principaux enseignements*.

² Décret n° 2006-555 du 17 mai 2006.

règles d'accessibilité ou en supposant l'obtention d'une dérogation. En d'autres termes, ce fût là un très mauvais signe que l'État donna, d'autant que par la suite des parlementaires ont tenté plusieurs fois – et encore tout récemment en 2011 avec la proposition de loi Doligé – de réintroduire ces possibilités de dérogation pour le bâti neuf *via* un article de la loi de finances rectificative (censuré par le Conseil constitutionnel fin 2009) puis lors du passage du texte « Grenelle II » en mai 2010¹ et enfin avec la proposition de loi « tendant à améliorer le fonctionnement des Maisons départementales des personnes handicapées et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap » déposée par Paul Blanc au Sénat en décembre 2009 et adoptée le 25 octobre 2010 avec des amendements rendant à nouveau possible des dérogations et « substitutions » dans la mise en accessibilité des ERP neufs. À ce jour tous les décrets et amendements ouvrant possibilité à dérogation pour du bâti neuf ont été retirés ou abandonnés.

Le principal frein en matière de mise en accessibilité reste cependant le besoin de formation des architectes et des maîtres d'œuvres et celui d'appropriation des normes et concepts par les acteurs concernés par les constructions de bâtiments. Pour autant, les acteurs concernés tentent quand-même de faire de leur mieux et restent conscients du bien fondé de la réglementation, mais surtout, à l'image des architectes, considèrent que c'est une évolution majeure dans l'exercice de leur métier. Ainsi dans l'enquête² menée en 2008 par le Conseil National de l'Ordre des Architectes, cette évolution est la deuxième la plus citée et 86% des interrogés pensent que les nouvelles règles d'accessibilité dans les bâtiments ont ou auront une influence plutôt importante sur leur métier. Sur la même année, sur 35% des architectes ayant eu une formation, 30 % déclarent avoir suivi une formation sur l'accessibilité.

Demeure enfin le problème spécifique du logement, notamment social. Il ne s'agit plus là du domaine public, aussi la politique du handicap n'est pas forcément en adéquation avec les exigences de rentabilité commerciales, l'accessibilité n'étant pas toujours compatible avec la recherche du meilleur rapport entre occupation du sol et surface habitable commercialisable. Ainsi, malgré les efforts de certains, l'attente des associations de personnes handicapées est encore assez forte en direction des bailleurs sociaux et des promoteurs immobiliers.

1.2.2 L'accessibilité pour tous « décentralisée » : du retard dans les collectivités locales

Comme il a été dit au point précédent, beaucoup de retard a été pris dans la mise en accessibilité du bâti du domaine public et des ERP et IOP (Installations Ouvertes au Public). Dans la plupart des collectivités locales, le calendrier des différents dispositifs n'a pas été

¹ASSOCIATION DES PARALYSES DE FRANCE, 2010, communiqué de presse : *Grenelle 2 : l'accessibilité des bâtiments neufs à nouveau remise en question*, mai 2010.

²CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES ARCHITECTES, 2008, *Observatoire de la profession d'architecte 2008* (PDF). Enquête IFOP auprès d'un échantillon de 804 architectes, représentatif de la population des architectes inscrits à l'Ordre et en activité.

respecté. Il faut dire que les élus, les techniciens et les maîtres d'œuvres ont un peu été pris au dépourvu, manquant de connaissances et d'informations simples, claires et lisibles sur les normes et les solutions techniques (cf. 1.1). Beaucoup ont dû d'abord travailler la méthodologie avant même toute réflexion ou diagnostic, d'où de nombreux retards. Pour l'APF, *ce défaut d'acculturation provient d'un défaut d'accompagnement, de soutien et de portage par les politiques publiques. Malgré les efforts de la délégation ministérielle à l'accessibilité, qui possède peu de moyens, il faut un accompagnement plus soutenu.* Il a déjà été dit que concernant les diagnostics, beaucoup sont encore en cours alors que les délais de départ sont dépassés. Concernant la mise en place des commissions communales d'accessibilité (CCAPH), les chiffres sont un peu meilleurs : 76% sont en place (étonnamment essentiellement dans des communes avec une moyenne de moins de 20 000 habitants), mais cela ne donne aucune information quant à leur travail et leur efficacité réels. Il faut noter également, tant pour les diagnostics que pour les commissions d'accessibilité, une disparité entre l'échelon communal et intercommunal. En effet concernant les obligations des EPCI, le retard est plus marqué (62% de création de commissions d'accessibilité et, par exemple, seulement 25% de diagnostics réalisés pour les ERP de 3^{ème} et 4^{ème} catégories, contre 34% pour l'échelon communal). Par ailleurs, un certain flou concernant la concomitance de commissions communales (CCAPH) et de commissions intercommunales (CIAPH) a existé : au départ il était dit dans la loi¹, de façon peu claire pour beaucoup, que *« des communes peuvent créer une commission intercommunale. Celle-ci exerce pour l'ensemble des communes concernées les missions d'une commission communale »*, ou encore *« 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. »*. Dès lors, il ne pouvait y avoir, semble-t-il, de coexistence entre ces deux types de commissions. Suite à des questionnements et des critiques d'élus, de parlementaires et d'associations, une circulaire interministérielle a précisé les modalités de création des commissions fin 2007 et a confirmé cette disposition de non coexistence. Or, en mai 2009 s'est opéré un revirement de situation puisque le code général des collectivités territoriales a été modifié² et que sont désormais concernées par l'obligation de création d'une CAPH, les communes de 5 000 habitants et plus ainsi que les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) dès lors qu'ils regroupent 5 000 habitants et plus. Des commissions communales et intercommunales sont donc amenées à coexister sur un même territoire. En effet, lorsqu'une commune regroupant plus de 5 000 habitants appartient à un EPCI, les deux structures

¹ Art. 2143-3 du Code général des collectivités territoriales, créé par la Loi n°2005-102 du 11 fév. 2005.

² Loi n°2009-526 du 12 mai 2009 - art. 98.

doivent se doter d'une CAPH. Comme dans le cas des dérogations, ce flou institutionnel a provoqué des retards dus au fait que des créations de commissions ont été suspendues ou pas du tout envisagées et que parfois, élus et acteurs du monde du handicap ne savaient pas vraiment qui était censé faire quoi sur un territoire donné.

Enfin, on note également l'émergence des Plans de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics (PAVE) dont près de 60 % sont en cours d'élaboration ou achevés. Pour rappel, l'échéance des PAVE était fixée à décembre 2009.

Pour faire un bilan à tous les niveaux de collectivité, et ce par département, un Atlas des démarches d'accessibilité est consultable sur le site internet du Ministère de l'Écologie, du Développement durable, des Transports et du Logement¹. Il faut souligner aussi tout le travail d'enquête de l'APF (en partenariat avec le journal l'Express) qui permet de réaliser, de façon annuelle, un « *baromètre de l'accessibilité* » des villes françaises sur des critères de bâti accessible, d'un cadre de vie adapté et de transports accessibles. Dans le top 10 du palmarès 2010² de ce baromètre, on retrouve ainsi -assez logiquement- des grandes villes comme Nantes (1^{ère} place), Evry, Lyon, Grenoble, Rennes, mais aussi des villes autour des 100 000 habitants (Tours, Limoges, Créteil) et même des villes très modestes comme Aurillac (7^{ème} place), Châteauroux et Beauvais.

1.2.3 Accès aux transports : de lourds investissements prévus, oui mais pour quand ?

Comme dans le cas des dispositifs mis en place pour les ERP, concernant les transports, le schéma directeur d'accessibilité (SDA) des services de transport vise à améliorer la chaîne des déplacements en planifiant la mise en accessibilité des réseaux de transport collectif. Là encore, un certain retard a été pris par les communautés de communes. Cependant la situation est là un peu meilleure, car même si l'échéance des SDA était fixée à février 2008, en 2010, 82 % ont été élaborés ou sont en cours d'élaboration. Par ailleurs, dans beaucoup de grandes villes, les réseaux étaient déjà en train d'être rendus accessibles (des villes comme Nantes, Evry, Grenoble, Lyon, Toulouse), notamment avec la recrudescence des systèmes de tramway (Nantes, Grenoble) depuis une vingtaine d'années. Aussi, ces programmes de mise en place de nouveaux réseaux sont souvent déjà en cours, en dehors de toute politique d'accessibilité spécifique aux personnes handicapées. Dans ces cas, le handicap est une composante de plus prise en compte. Certes, encore faut-il la prendre concrètement en compte par la concertation mais surtout y attribuer une part de budget supplémentaire. Du coup, le vrai problème n'est pas celui des moyens financiers et législatifs mis à disposition pour la politique d'accessibilité

¹ <http://www.developpement-durable.gouv.fr/-Acces-a-l-atlas-des-demarches-d-.html>

² ASSOCIATION DES PARALYSES DE FRANCE et L'EXPRESS, 2010, dossier de presse : *le Baromètre APF de l'accessibilité*.

mais l'enveloppe globale. Aussi dans le cas des réseaux de transport collectif urbains et non urbains, les EPCI jouent plutôt le jeu, tout comme les régions et départements, mais pas l'État qui s'est désengagé de ces budgets depuis...2005¹. Aussi, si l'accessibilité des centres des grandes villes est bien réelle, tout comme dans les villes qui ont un réseau de tramway ou de bus récent ayant pu profiter de financements publics, elle n'est qu'espoir dans les villes moyennes et dans les zones péri-urbaines. Enfin, le respect de la « chaîne des déplacements » demeure essentiel. Or, comme le rappelle l'APF², *l'accès aux bus requiert l'accessibilité non seulement du matériel roulant, mais également des points d'arrêt sur la voirie. La coordination entre les autorités responsables de transport et la municipalité doit donc s'affermir pour atteindre l'objectif d'une mise en accessibilité d'ici 2015.*

1.2.4 Accès à l'emploi : toujours un problème majeur malgré le durcissement des règles

Depuis la loi de 1987, l'accès à l'emploi des travailleurs handicapés (insertion des personnes ayant une déficience mais aussi maintien ou reconversion des accidentés du travail) est au cœur de la politique du handicap en France. La loi de 2005 a renforcé cette priorité et réaffirmé les principes d'obligation d'embauche de travailleurs handicapés, de formation et du travail protégé. De plus, là où un salarié pouvait correspondre à plusieurs Unités Bénéficiaires (UB calculées pour savoir si le quota d'emploi est respecté), aujourd'hui un salarié est bien égal à 1 et pour une entreprise de 40 salariés il faut bien 2 travailleurs handicapés pour respecter l'obligation.

Depuis 2005, on remarque cependant de nombreuses évolutions positives :

- l'AGEFIPH (créée en 1988, grâce à la loi de 1987), l'organisme chargé par convention avec l'État de récolter les pénalités financières des entreprises assujetties ne respectant pas le quota d'embauche de 6% et ne faisant aucun effort en faveur des travailleurs handicapés, aide de plus en plus de personnes à trouver un emploi ou à se maintenir dans le monde du travail : en 2008, les personnes handicapées ont bénéficié de plus de 205 637 interventions de l'AGEFIPH, dont : 97 663 aides ou appuis en matière d'insertion ou de maintien dans l'emploi (+ 5 %), 81 383 interventions au titre de la formation (+ 13 %) et 26 591 aides spécifiques pour compenser le handicap (+ 9 %).
- au cours de l'année 2008, les structures du réseau Cap Emploi ont contribué au recrutement de 58 500 salariés handicapés.

¹ Transfert de compétences par la loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

² ASSOCIATION DES PARALYSES DE FRANCE et L'EXPRESS, 2010, dossier de presse : *le Baromètre APF de l'accessibilité.*

– le Fonds pour l’insertion des personnes handicapées (FIPHFP), équivalent de l’AGEFIPH pour la fonction publique, a pris son rythme de croisière, même si les taux d’emploi restent faibles (pas plus de 4% dans les trois fonctions publiques).

– le taux d’emploi global des travailleurs handicapés ne progresse pas beaucoup mais les chiffres sont en hausse.

– le niveau de qualification moyen est moins élevé que dans le reste de la population mais s’améliore et de plus en plus de personnes handicapées ont des diplômes d’études supérieures.

– le statut d’auto-entrepreneur¹ a permis de renforcer une tendance à la hausse de la création d’entreprise par des personnes handicapées (2296 créations en 2007, soit une hausse de 11%).

Pourtant, malgré ces indices encourageants et cette volonté forte des pouvoirs publics, la situation globale reste problématique. Cela est dû à de nombreux freins et à des conditions d’accessibilité qui perdurent, comme le détail l’APF² :

– *« l’obligation d’emploi de 6%, tant dans le secteur privé que public, est loin d’être atteinte. ».*

– *« le projet de formation initiale –y compris universitaire– et professionnelle des personnes en situation de handicap est régulièrement confronté à de nombreux obstacles : accessibilité des locaux, adaptation des enseignements et des examens, etc. ».*

– *« l’inaccessibilité des locaux de travail et des lieux de formation est récurrente. ».*

– *« les moyens de transports et les logements sont en grande majorité inaccessibles pour les personnes en situation de handicap. ».*

– *« les niveaux de qualification des demandeurs d’emploi en situation de handicap restent faibles et en décalage avec le niveau des offres d’emploi. ».*

– *« les agences du réseau ANPE (dorénavant Pôle Emploi) sont trop souvent inaccessibles. ».*

– *« les personnes en situation de handicap sont trop systématiquement orientées vers les Cap Emploi sans que leurs demandes soient instruites par l’ANPE, comme pour tout demandeur d’emploi. ».*

Enfin, dans les faits, après la loi 2005, le durcissement promis quant aux règles d’obligation d’emploi s’est fait attendre et le décret fixant à 1500 fois le SMIC horaire³ la pénalité des entreprises de moins de 20 salariés ne respectant pas le quota de 6% (plus une pénalité spécifique pour ceux n’ayant fait aucune action en faveur de l’insertion des travailleurs handicapés depuis 3 ans), prévu pour fin 2009 a été repoussé au 1er juillet 2010. Ce report⁴, sous la pression de la Confédération Générale des Petites et Moyennes Entreprises (CGPME),

¹ Nouveau régime créé par la Loi de modernisation de l’économie du 4 août 2008, entré en vigueur en 2009.

² ASSOCIATION DES PARALYSES DE FRANCE, 2008, communiqué de presse : *Formation et emploi : principales revendications de l’APF*, septembre 2008.

³ 300 à 500 fois le SMIC horaire auparavant.

⁴ LE MONDE, 2009, Emploi handicapé : le report des sanctions est vivement critiqué, article paru en ligne sur *lemonde.fr*, le 29 décembre 2009.

montre qu'une politique du handicap forte en matière d'emploi n'est pas acquise et que les mentalités des entrepreneurs doivent encore évoluer.

La multitude de chiffres et d'actions donnés dans les bilans annuels d'action de l'AGEFIPH¹ sont certes plutôt positifs et en hausse mais souvent, relus en détail, ils peuvent aussi être analysés comme révélateur d'une situation dont l'amélioration est toute relative.

Ainsi, les contributions des entreprises de 20 salariés et plus n'atteignant pas le quota d'emploi de 6% de personnes handicapées constituent l'essentiel des ressources financières de l'AGEFIPH (57 012 entreprises ont versé une contribution à l'AGEFIPH en 2008 pour un montant total de 563 millions d'euros). Au cours de l'année 2007, les structures du réseau Cap Emploi ont contribué au recrutement de 53 803 salariés handicapés...mais surtout pour des CDD de moins de 3 mois à 12 mois (67%). Le nombre de personnes insérées ou maintenues dans leur emploi grâce à l'AGEFIPH et au réseau Cap Emploi peut sembler très positif et prometteur car il s'agit de milliers ou centaines de milliers de personnes, mais comparés aux 205 864 demandeurs d'emploi handicapés (de catégories 1 à 3) fin 2007 et aux 1,8 millions de Bénéficiaires de l'Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés² (BOETH) reconnus, voire aux 5 millions de personnes d'âge actif déclarant un problème de santé durable ou un handicap limitant leur capacité de travail, tout est relatif...

En 2007, le taux d'activité de ces bénéficiaires était de 44 % (70 % pour l'ensemble de la population de 15 à 64 ans), le taux d'emploi de 35 % (65 % pour l'ensemble de la population de 15 à 64 ans) et le taux de chômage de 20 % (8 % pour l'ensemble de la population de 15 à 64 ans). La faiblesse du taux d'activité a notamment pour cause l'âge élevé des bénéficiaires : 50% ont entre 50 et 64 ans, tranche d'âge pour laquelle le taux d'activité est très faible (28% contre 56% dans la population totale), or cela posera un problème dans les années à venir avec des départs en retraite non compensés, d'où une possible baisse du taux d'emploi. De plus, *le taux d'emploi masque des écarts importants entre établissements, et ne rend pas compte des flux d'entrées et de sorties des salariés handicapés. Une étude confiée par l'AGEFIPH au CREDOC met en évidence d'importants mouvements dans les établissements de 20 salariés et plus, entre 2005 et 2007 : si un tiers d'entre eux a embauché des salariés handicapés, dans le même temps, un tiers a vu un ou plusieurs salariés handicapés quitter l'entreprise*³.

Enfin pour conclure, s'agissant du travail protégé, on peut considérer que ce secteur se porte plutôt bien car beaucoup d'entreprises n'emploient pas directement des travailleurs handicapés (seulement 31% atteignent le taux légal de 6% par le seul emploi direct) mais respectent l'obligation d'emploi par de la sous-traitance vers les Établissement et service

¹ AGEFIPH, 2008, *Atlas national 2008 : l'emploi et l'insertion professionnelle des personnes handicapées*.

² INSEE, 2007, Enquête complémentaire à l'enquête emploi (ECEE).

³ AGEFIPH, 2008, *Atlas national 2008 : l'emploi et l'insertion professionnelle des personnes handicapées*.

d'aide par le travail (ESAT)¹. Ainsi, 110 000 adultes handicapés étaient employés par les 1 600 ESAT au 31 décembre 2006, malheureusement 63% des sortants d'ESAT cessent, au moins provisoirement, toute activité professionnelle.

1.2.5 MDPH : un guichet unique indispensable, victime de graves dysfonctionnements

La mise en place des Maisons des personnes handicapées (MDPH) dans chaque département a indubitablement été bénéfique pour des milliers de gens en situation de handicap, des parents d'enfants handicapés, des aidants, des assistants sociaux...etc. Désormais un guichet unique, des dossiers plutôt simples dans la forme, une équipe pluridisciplinaire et une commission (CDAPH) permettent un accès simplifié et plus clair à un panel de prestations et de compensations du handicap, même si quelques « aléas administratifs » demeurent. Malheureusement, que ce soit du côté des usagers, des associations ou des auteurs de rapports-bilan, tous rapportent deux problèmes majeurs : le retard dans les dossiers et le manque de moyens financiers et humains : « *les maisons départementales pour les personnes handicapées sont mal en point ; incertitudes financières et instabilité des personnels menacent la continuation de leur activité* », rapportait ainsi le journal *Le Monde*² en août 2009.

En effet, chaque MDPH est un organisme plus ou moins indépendant dans sa gestion dont le département assure la tutelle administrative et financière ; or cette gestion est de qualité variable et la tutelle départementale est plus ou moins bien exercée. Aussi, des MDPH comme celle d'Ile de France sont en quasi faillite et doivent faire face à de gros soucis financiers et de ressources humaines : du fait de la multiplicité des types de postes présents (administratifs, médico-sociaux, etc.) et de la convergence de personnels ex-Cotorep, ex-CDES et parfois ex-DDASS, des postes sont non pourvus ou très précaires. Tout cela devrait être transparent pour les personnes demandeuses d'aides alors qu'elles sont les premières pénalisées. Le retard dans les dossiers est tel qu'il faut des mois pour avoir une simple notification de...reçu d'un dossier ! Ces retards s'expliquent également par « l'héritage » des retards sur les dossiers instruits avant 2005 auprès de COTOREP ou de CDES. À titre d'exemple, en 2007, le *Journal de Paris* relatait la situation de la MDPH Ile de France et relevait, en plus d'un état financier catastrophique, plus de 22 000 demandes en attente (avec un passif COTOREP de 30 000 demandes en retard)³.

¹ Anciennement « Centres d'aide par le travail (CAT) ».

² POISSON (A.), 2009, L'existence des MDPH du handicap menacée par de graves incertitudes financières in : *Le Monde*, daté du 27 août 2009.

³ TACONNET (C.), 2007, Handicap : 22 000 demandes d'aides en attente, in : *Journal de Paris*, daté du 16 août 2007.

Face à cette grande incertitude sur l'avenir d'une grande partie des MDPH et constatant un rattrapage assez lent des retards, personnes handicapées et associations ont vite déchanté et continuent donc de se battre au quotidien. Le sénateur Paul Blanc, auteur de plusieurs rapports sur la politique du handicap, a proposé une loi « tendant à améliorer le fonctionnement des Maisons départementales des personnes handicapées et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap » en décembre 2009. Adoptée au Sénat en octobre 2010 (voir aussi 1.2.1), cette proposition est actuellement à l'étude à l'Assemblée Nationale.

2) De l'intégration à l'inclusion des personnes handicapées, ou de la discrimination positive à la non discrimination

Intégration ne veut pas dire inclusion, et si la loi 2005 et ses applications ont enfin permis de mettre en avant de vrais principes d'intégration des personnes handicapées – dorénavant reconnues et définies dans un cadre légal – pour autant, le chemin est encore très long. Cette inclusion est-elle utopique ? La discrimination positive, pendant de la politique actuelle d'intégration, et le principe d'égalité des chances sont-ils paradoxaux, voire antithétiques par rapport à cette recherche d'une véritable inclusion ?

2.1 Les limites et « effets pervers » de la loi 2005

Malgré de nombreux effets bénéfiques et un programme ambitieux (« tout accessible pour tous » d'ici à 2015), la loi 2005 a aussi ses limites, voire malheureusement quelques effets « pervers » pouvant s'avérer contradictoires avec ce qui est voulu par les pouvoirs publics.

2.1.1 Des visions restreintes de l'accessibilité

Un premier effet « pervers » de la loi de 2005 est celui de l'apparition de visions restreintes de l'accessibilité. Cet effet est indirect car la loi 2005, au-delà de ses obligations réglementaires de la mise en accessibilité, était bien censée initier un mouvement plus large d'action et de réflexion sur l'accueil, au moins dans les lieux publics, des personnes en situation de handicap, mais c'est dans son application que des visions restreintes ont été ressenties. Pourtant, « en situation de handicap » renvoie bien à tout type de handicap et de déficience. Or, dans beaucoup de cas, non seulement les acteurs concernés se sont arrêtés au simple respect des normes mais en plus ils se sont focalisé sur le handicap moteur. Cela peut s'expliquer de deux manières :

– la première explication est celle d'un inconscient collectif encore très présent : le « handicapé » est forcément en fauteuil et, *grosso modo*, on se focalise donc sur le handicap le plus « visible ».

– la deuxième raison, celle là plus consciente malheureusement, est que le handicap moteur est plus facile à appréhender dans le sens où, en général, une concentration sur les aspects matériels permet de régler 90% des problèmes d'accessibilité liés aux déficients moteurs. Cela peut même amener à penser que l'on se satisfasse parfois d'une soi disant mise en accessibilité d'un ERP basée sur la seule construction d'une rampe d'accès qui dans l'absolu est moins coûteuse et moins complexe à mettre en place qu'une aide humaine (formation d'une personne, voire embauche, ce qui pourtant servirait à tous les types de déficience).

Bien sûr, à partir de là, c'est aux experts, aux diagnostiqueurs, aux élus et même à l'Etat de ne pas être dupe et de tout mettre en œuvre (contrôle, sensibilisation, moyens supplémentaires) pour éviter cette focalisation dans les réflexions comme dans les applications sur le terrain.

Ces visions restreintes sont régulièrement évoquées et dénoncées par les associations représentantes des différents types de handicap à l'image de l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (Unapei) qui, sur son site internet¹ rappelle qu'*aujourd'hui, l'accessibilité est essentiellement abordée en termes d'accès physique à des lieux. Si cela est important pour tous, l'enjeu pour les personnes handicapées mentales est plus vaste. Chaque personne handicapée mentale est différente.* Enfin, dernier exemple de focalisation sur un handicap avec E. Daspect, ingénieur web et conférencier qui explique sur le blog CYBERcodeur² que dans l'accessibilité numérique (c'est-à-dire essentiellement l'accès au web), c'est souvent le handicap visuel auquel on pense uniquement : *tout le monde ne met pas la même chose derrière la notion d'accessibilité. À force de brandir des exemples concrets et parlants comme l'accès aux aveugles via un navigateur oral, on finit par occulter le reste (...). L'accessibilité consiste pour beaucoup de gens à faire simplement en sorte qu'un aveugle puisse relire les pages du site web. Si on ne tient compte que des aveugles, on risque de faire des pages qui sont d'autant plus illisibles par d'autres personnes.*

Enfin, une vision restreinte de l'accessibilité, c'est aussi « l'oubli » de certains secteurs (exemple des établissements pénitentiaires³, avec un arrêté tardif, du 4 octobre 2010, qui ne concerne que le neuf), ou encore la concentration des efforts sur les ERP « de masse » : 1^{ère} et

¹ <http://www.unapei.org/article/qu-est-ce-que-l-accessibilite.html>

² DASPECT (E.), 2004, Oublions les handicapés, article publié sur *CYBERcodeur.net*, le 13 mars 2004. http://www.cybercodeur.net/weblog/articles/art_20040313.php

³ HEINICH-LUIJER (L.), 2011, Pour les handicapés de la prison de Fresnes, la double peine article paru sur le blog *Derrière le barreau* de *Rue89.com*, le 3 janvier 2011. <http://www.rue89.com/derriere-le-barreau/2011/01/03/la-double-peine-des-handicapes-de-la-maison-darret-de-fresnes-183505>

2^{ème} catégories et surtout ERP servant à des loisirs et à une culture de masse : stades, cinémas, centres commerciaux et grands musées...etc. Les personnes handicapées seraient-elles ainsi cantonnées au divertissement de masse ? La question se pose et un parallèle avec la dernière campagne de communication de l'APF (« *Notre vie doit-elle se limiter aux places qui nous sont réservées ?* », cf Photo.8) se révèle assez intéressant.



Photo.8 Campagne de communication 2011 de l'APF (source : APF).

2.1.2 Discrimination positive : une stigmatisation toujours très présente « du handicapé »

Par ces mécanismes de compensation, la nouvelle politique française du handicap, initiée par la loi 2005, a surtout eu pour effet une intégration par la discrimination positive des personnes en situation de handicap. Certes, cette politique apporte indubitablement son lot de choses positives et prône une intégration visant une véritable inclusion au final. Pourtant, la stigmatisation « du handicapé » ou du déficient est toujours assez marquée et l'on a « *une coexistence d'une forte affirmation politique en faveur de l'inclusion des personnes handicapées avec la persistance de situations d'exclusion manifestes*¹. ». Il existe d'un côté une volonté politique et l'affirmation de nouveaux principes (compensation, égalité des

¹ WEISLO (E.), 2009, *Le handicap a sa place*, mémoire de DEIS, sous la direction de FERRUCI (C.), p110.

chances, participation à tous les champs de la vie sociale) et de l'autre une société qui stigmatise encore, au sens de Goffman¹, l'individu déficient toujours considéré comme contre productif, non performant mais tout de même à prendre en charge socialement pour lui accorder d'égales chances. Qu'en est-il alors du droit d'égalité, supérieur à l'égalité des chances selon les principes de justice de J. Rawls² ? Cette situation de stigmatisation et cette liberté de choix « conditionnée » par la société (même si les choix sont bien entendu également limités par le handicap lui-même et à condition qu'ils soient rationnels) semble pourtant à l'opposé du projet de vie au centre de la loi 2005 et de la pleine et entière participation à la vie citoyenne. Des auteurs comme A. Sen³ ou P. Guyot sont au cœur de ces questionnements et proposent plutôt une approche par les « capacités » (possibilités réelles de réaliser son projet de vie), « *fondée sur le principe de liberté, [qui] implique qu'au-delà des processus, il y ait un véritable choix (...)*⁴. ». Pour P. Guyot, « *les politiques publiques gagneraient sans doute à prendre en compte les capacités ; dans le champ du handicap, cela reviendrait à analyser les attentes des personnes (via leurs projets de vie) et les possibilités réelles de leur mise en œuvre*⁵. ».

Malgré la présence « au grand jour » et de plus en plus fréquente de personnes déficientes dans la cité, et malgré l'acceptation large et récente de la notion de personnes en situation de handicap (pouvant potentiellement concerner n'importe quel individu), il existe toujours un groupe stigmatisé, d'autant plus distingué que l'on doit dorénavant prévoir pour ce groupe – souvent mal discerné par les « valides » – des accès, des dispositifs et des attentions, malheureusement conçus de façon spécifique et non inclusive. D'où une discrimination positive mais avec le risque d'effets stigmatisant comme des discours populistes (« on les assiste trop et cela coûte cher » ; « l'accessibilité c'est bien mais il y a un coût et il y a besoin d'argent pour d'autres problèmes » ; « c'est un poids pour la société » ; « ils sont mieux entre eux, dans des établissements spécialisés ») ou encore une focalisation sur les handicaps les plus visibles ou représentés (cf. 2.1.2). D'autre part, si depuis la loi 2005 et pour des besoins évidents de conseil sur les moyens d'accessibilité existants (rampes mobiles, véhicules aménagés, équipements d'alerte sonore ou visuelle, etc.), on fait appel aux personnes concernées, d'incessants amalgames et stigmatisations sont faits par certaines personnes valides. Un seul exemple, parmi tant d'autres, trouvé sur le blog⁶ d'une personne en situation

¹ GUYOT (P.), 2010, Essai sur la liberté dans le champ du handicap : libre choix, projet de vie et capacités in : *Bulletin d'information du CREA Bourgogne*, p. 5-11.

² RAWLS (J.), 1987, *Théorie de la justice*, édition française traduite de l'américain, éd. Le Seuil, Collection La couleur des idées, Paris, 666 p.

³ SEN (A.), 2010, *L'idée de justice*, éd. Flammarion, Paris.

⁴ GUYOT (P.), 2010, *op. cit.* : p11.

⁵ *Ibid.*

⁶ HANDIADY, 2009, Arrêtez de nous ghettoïser! Handicap et préjugés!, article publié sur *Paperblog.fr*, le 30 juin 2009. <http://www.paperblog.fr/2077678/arretez-de-nous-ghettoiser-handicap-et-prejuges/>

de handicap suffit à illustrer ce phénomène : « pour un projet sur la différence (...), un de mes supérieurs me contacte à mon domicile (...) et me demande les coordonnées d'une nageuse handicapée médaillée olympique de ma région. Je reste pantoise. J'en sais fichtrement rien, de ses coordonnées (...) Réponse : « Ah, ben je croyais que vous la connaissiez, vu qu'elle est handicapée et en fauteuil comme vous ! » Gloups ! Ben nan. J'ai beau être en fauteuil, (...) je ne fréquente pas exclusivement des personnes avec une déficience. ».

Du fait de cette stigmatisation qui s'est tout de même réduite au fil des siècles et d'une accessibilité bien meilleure mais toujours éprouvante au sein de la cité, les personnes les plus handicapées ou atteintes de déficiences « particulièrement pénalisantes » au regard du fonctionnement sociétal actuel (déficiences cognitives et psychiques, incapacité à communiquer « normalement ») préfèrent rester entre pairs, dans un entre-soi beaucoup plus rassurant. Paradoxalement, c'est par cette reconnaissance des pairs et le resserrage des solidarités que des processus de dé-stigmatisation peuvent commencer à se faire. En effet, comme l'explique A. Marcellini¹ « de nombreux travaux portant sur les groupes de pairs montrent combien les regroupements de personnes stigmatisées, lorsqu'ils sont volontaires, ont un rendement à la fois psychique et social (sortie de l'isolement social, reconnaissance de soi, (...) identité sociale positive) mais aussi sociétal (participation collective, revendication collective (...)). ». C'est également dans l'implication associative encadrée et dans des domaines valorisés par le monde des valides que ces processus de dé-stigmatisation (sortie de l'isolement par l'entre-soi puis reconnaissance collective puis réouverture sur l'extérieur) sont les plus marqués. C'est dans le sport ou plutôt le handisport (qui, comme par coïncidence, s'est beaucoup développé depuis une vingtaine d'années) que « ce processus de déconstruction du stigmate enclenché au sein des groupes de pairs va être renforcé, [notamment] par la visibilité sociale de la pratique sportive au quotidien conquise de haute lutte dans les premiers temps (dans les stades, les gymnases, les piscines...), par la valeur sociale accordée au sport et aux sportifs, la médiatisation et l'héroïsation des exploits sportifs dans les sociétés contemporaines². »

2.1.3 Au seuil de la société : le concept de liminalité pour le handicap

Au-delà des phénomènes de discrimination et des processus de stigmatisation / déstigmatisation, certains chercheurs en sciences sociales soulignent le caractère liminal de la situation de handicap. En fait, il s'agit d'une référence faite au concept de liminalité introduit

¹ MARCELLINI (A.), 2010, Handicap : l'intégration par le sport en question, in : *Sport et Citoyenneté*, article paru en ligne sur *lemonde.fr*, le 15 octobre 2010.

² *Ibid.*

dans les années 1990 par V. Turner¹, un anthropologue américain ayant repris les travaux de Arnold Van Gennep², anthropologue français. Comme l'explique A. Blanc³, ce concept est tiré du nom latin de *limen*, signifiant le seuil et « *la liminalité recouvre donc toutes les situations dans lesquelles les personnes ne sont ni ici ni là, mais dans une sorte d'entre deux, métaphoriquement sur le seuil de la maison, ni dehors mais pas encore dedans.* ». Toujours selon A. Blanc, « *la liminalité serait un fait de nature résultant de la déficience, définie comme une altération du corps, et un fait de culture initié par autrui qui, même compatissant, tient en lisière les personnes handicapées et ne résulte pas d'une propriété individuelle mais illustre la difficile socialisation de populations problématiques dont la vie collective ne sait que faire (...)*⁴. ». C'est R. Murphy⁵, anthropologue américain -lui-même concerné par un handicap- qui a donné tout son sens à l'application du concept de liminalité dans le domaine du handicap et qui a défini l'aspect liminal des personnes handicapées : « *les handicapés à long terme ne sont ni malades ni en bonne santé, ni morts ni pleinement vivants, ni en dehors de la société ni tout à fait à l'intérieur.* ».

Pour en revenir à la politique du handicap et aux problématiques d'exclusion et d'inclusion en France, il faut également citer E. Weislo⁶ qui a relevé que « *le franchissement du seuil de ce lieu symbolique [ndr : la MDPH] s'apparente à la validation sociale d'un statut particulier qui colorera d'identité sociale des personnes concernées. Cette « mise à l'écart » ayant pour visée « l'intégration » caractérise effectivement la phase liminaire, des rites de passage [ndr : référence aux travaux de Van Gennep]. Enfin, pour lui et par rapport au handicap, « là où le concept de liminalité semble le plus opérant, c'est dans l'observation du fait qu'il n'existe pas d'un côté des processus d'exclusion et de l'autre des processus d'inclusion, mais que les deux sont étroitement mêlés, renforçant la dimension liminale de la place occupée*⁷. ». Aussi, pour terminer sur l'aspect liminal du handicap, on peut se demander si la non-discrimination pure et simple, avec laquelle l'accent ne serait pas prioritairement mis sur le traitement de la population mais sur son environnement et sa participation (dans le but de faciliter l'acceptation et la mobilité des personnes) ne permettrait pas justement d'atténuer ces phénomènes de liminalité ; chose impossible dans le cadre d'une discrimination positive qui, par essence, stigmatise. Autrement dit, comme le suppose E. Weislo, ne pourrait-on pas envisager de protéger la participation plus que la personne elle-même ? Il s'avère néanmoins

¹ TURNER (V. W.), 1990, *Le phénomène rituel, structure et contre-structure*, PUF, Paris.

² VAN GENNEP (A.), 1981, *Les rites de passages*, éd. Picard, Paris.

³ BLANC (A.), 2009, Handicap et liminalité : un modèle analytique, in : *ALTER, European Journal of Disability Research*, vol. 4, pp.38-47.

⁴ *Ibid.* : p40.

⁵ MURPHY (R.), 1993, *Vivre à corps perdu*, éd. Presses Pocket, Paris.

⁶ WEISLO (E.), 2009, *Le handicap a sa place*, mémoire de DEIS, sous la direction de FERRUCI (C.), p110.

⁷ *Ibid.*

que la non-discrimination ne permet peut-être pas à elle seule la pleine participation et l'inclusion des personnes handicapées. Ainsi, comme l'explique E.Weislo¹ « *la question est [plutôt] de savoir comment « normaliser la différence », sans la gommer ; ou comment permettre au sein d'un même espace social, l'expression de particularismes sans référence à des catégories stigmatisantes.* ».

2.2 L'accès aux loisirs, au sport, au tourisme et à la nature : sur le chemin de l'inclusion ?

La ville, la vie en société urbaine moderne, le monde occidental développé, offrent-ils trop de possibilités de situations stigmatisantes et exclusives envers les personnes handicapées ? Est-ce que le caractère liminal du handicap ne serait pas atténué – et les différences plus effacées – dans un accès total aux loisirs, au sport et à la nature, malgré les obstacles physiques ? Ces deux questions se posent car si la stigmatisation de la personne handicapée (mais aussi sa non-discrimination) existe essentiellement à cause d'une focalisation sur un cadre environnemental inadapté à certains, alors la transposition dans un autre cadre – celui là naturel et inadapté pour tous – rend peut-être plus facile la réflexion sur la recherche d'une véritable inclusion.

2.2.1 *Le handicap hors de la ville : des possibilités pour l'instant rares ou uniques*

Depuis quelques années, les problématiques de mise en accessibilité se portent également sur des espaces non-urbains, naturels ou du moins « ouverts ». Cette mise en accessibilité n'est ni de volonté institutionnelle, ni forcément de forme fixe et irrévocable puisque la réglementation ne mentionne pas ces espaces naturels (si ce n'est dans le cadre d'Installations Ouvertes au Public). On est donc là dans les domaines du handisport, des loisirs de nature, des offres touristique adaptées, de parcours accessibles dans des parcs ou des réserves naturelles. Ainsi, il s'agit aussi bien d'aménagements et d'équipements que de dispositifs d'accompagnement ou de services commerciaux (tourisme) ou non (handisport associatif). Tous ces types d'accès et dispositifs demeurent rares à l'heure actuelle sur le territoire national, hormis quelques expériences novatrices.

Pour ce qui est des dispositifs qui ont déjà quelques années d'existence, deux phénomènes sont à retenir en France :

– la bonne santé et la croissance du handisport (handicap moteur et accidentés) et du sport adapté (plutôt orienté déficiences mentales, visuelles ou auditives).

¹ WEISLO (E.), 2009, *Le handicap a sa place*, mémoire de DEIS, sous la direction de FERRUCI (C.), p105.

– le développement récent du tourisme adapté (ou au moins circuits accessibles) avec le label « Tourisme et Handicap » et le tout nouveau programme « Destination pour tous » (déploiement d'un label en juin 2011) qui émane du Ministère de l'économie et de l'industrie et du Ministère du travail et de la solidarité.

Concernant les dispositifs et aménagements novateurs, plusieurs exemples seront développés plus tard (cf. 3^{ème} partie) mais il est possible d'évoquer les randonnées en « joëlette ¹ » (sorte de chaise à porteur monocycle), certains parcours accessibles en forêt² ou réserve naturelle³, les sites handiplage⁴ équipés en tapis d'accès et « tiralos » (chaise roulante à flotteurs) et des pôles touristiques accessibles assez uniques⁵.

Il y a donc un développement « anarchique » de l'accessibilité hors zones urbaines et hors bâti accompagné d'une croissance d'une offre touristique (développement de labels et de niches commerciales) et de loisirs adaptés (handisport et autres), et donc de nouvelles questions se font jour : comment cet accès aux loisirs en espace naturel est considéré par la société actuelle ? Quel potentiel d'inclusion ? Quelles nouvelles politiques grâce à ce développement de nouveaux secteurs accessibles alors que s'ouvrent de nouvelles pistes qui pourraient changer la donne en matière de recherche d'inclusion et de participation s'ouvrent ?

2.2.2 La participation, la citoyenneté et l'égalité des droits, c'est aussi le droit d'accès à la nature et aux loisirs « verts »

Comme on l'a dit précédemment (cf. 2.2.1), de nouveaux chemins, au sens figuré comme au sens propre, s'ouvrent pour l'accessibilité et la pleine participation des personnes en situation de handicap. Ce changement d'environnement dans la recherche d'une mise en accessibilité de tout pour tous peut amener logiquement à de nouveaux questionnements mais également à de nouvelles revendications légitimes de droits d'accès à la nature, et même de pleine participation aux enjeux environnementaux. En effet, si la mise en avant et l'ouverture au public des sites naturels les plus remarquables deviennent des enjeux sociétaux, voire une préoccupation pour chaque citoyen, alors les personnes handicapées ont elles-aussi le droit d'accéder à ces espaces pour ne pas être exclues de ces enjeux. Pourtant étonnamment aucune réflexion ne semble avoir été menée sur ce droit d'accès alors même que se développent de plus en plus de discours sur les politiques du handicap et en matière d'enjeux environnementaux (développement durable, protection de la nature, sensibilisation). La

¹ Association *Run'Handi moove*, à La Réunion, par exemple.

² Forêt de Sénart (Essone).

³ Réserve naturelle nationale des étangs du Romelaëre (Nord-Pas-de-Calais).

⁴ Handiplage de la Saline, à La Réunion, par exemple.

⁵ Futur pôle accessible en Forêt de Bélouve (La Réunion) et pôle d'activités nautiques adaptées de l'association *Un fauteur à la mer*, sur la presqu'île de Giens (Var).

sensibilisation écologique quant à notre avenir sur la planète et à la protection d'espaces menacés serait-elle réservée aux seuls « valides » ?

Pour tenter d'apporter un début de réflexion quelques références peuvent être éclairantes et servir de base pour d'éventuels argumentaires. Tout d'abord on se doit de rappeler les textes de l'ONU :

– le Programme d'action mondiale de 1982 propose que : *« les États Membres devraient faire en sorte que les personnes handicapées aient, en matière de loisirs, les mêmes possibilités que les autres. Ceci suppose qu'elles aient accès (...) aux stations de vacances, ensembles sportifs, hôtels, plages et autres lieux de distractions. Les États Membres devraient prendre des mesures pour éliminer tous les obstacles en la matière. Les services de tourisme, les agences de voyage, les hôtels, les organisations bénévoles et autres participant à l'organisation des loisirs ou des voyages devraient offrir leurs services à tous sans faire de discrimination à l'encontre des personnes handicapées. ».*

– la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées stipule à l'article 30 que : *« les États Parties reconnaissent le droit des personnes handicapées de participer à la vie culturelle, sur la base de l'égalité avec les autres, et prennent toutes mesures appropriées pour faire en sorte qu'elles : aient accès aux lieux d'activités culturelles tels que les théâtres, les musées, les cinémas, les bibliothèques et les services touristiques, et, dans la mesure du possible, aux monuments et sites importants pour la culture nationale ; ou encore qu'afin de permettre aux personnes handicapées de participer, sur la base de l'égalité avec les autres, aux activités récréatives, de loisir et sportives, les États Parties prennent des mesures appropriées pour : faire en sorte que les personnes handicapées aient accès aux lieux où se déroulent des activités sportives, récréatives et touristiques. ».*

Enfin, un parallèle avec l'« allemansrätt » peut s'avérer intéressant. Ce terme représente un concept englobant toutes les notions liées au droit d'accès à la nature dans les pays scandinaves (*allemansrätt* en Suède, *allemannsretten* en Norvège et *jokamiehenoikeus* en Finlande). Ce « droit de tout un chacun » de profiter – sous certaines conditions – de la nature et de ses fruits, tout en ne remettant pas en question les limites légales que sont la protection de l'environnement et le respect de la propriété privée, met en avant l'accès non restreint à la nature en prônant notamment une prise en compte large du droit d'exercice des servitudes d'accès et de passage. *« Le droit de profiter de la nature peut être exercé aussi bien par les nationaux que les étrangers. Il peut s'exercer vis-à-vis d'un individu ou d'un groupe. Mais les organisations touristiques et plus largement toutes les entreprises commerciales ne peuvent légitimement opposer ce droit pour développer leurs activités dans les espaces*

naturels.¹ ». Á noter que l' « allemansrätt » à des cousins en Angleterre et au Pays de Galles où « le Countryside and Rights of Way Act du 30 novembre 2000 institue un cadre général à l'exercice d'un droit d'accès aux zones sauvages limité à certaines zones, contrairement à l'allemansrätt, qui, lui, s'applique en l'absence de toute prescription particulière » ; mais aussi en Écosse, où « le Land Reform Act de 2003 reprend la loi précédente et consacre donc formellement un droit qui n'était jusqu'alors que coutumier.² ».

Sur la base de ces réflexions et avec le développement récent des loisirs de pleine nature et des possibilités techniques d'accès à cette nature, de nouveaux axes de recherche sont appelés à se développer. Ce travail de thèse se propose de partir de ces questionnements pour explorer la problématique de l'accessibilité aux espaces naturels et à forte valeur touristique d'un territoire donné, à savoir La Réunion. L'objectif est aussi de démontrer par là l'apparition d'une nouvelle dimension des politiques publiques liées au handicap.

¹ Article Wikipédia sur le Droit d'accès à la nature, http://fr.wikipedia.org/wiki/Droit_d'accès_à_la_nature

² *Ibid.*

Conclusion

Pendant des siècles, et particulièrement durant le XX^{ème} siècle, les regards de la société sur les personnes handicapées ont énormément changé. Parallèlement, la puissance publique a constamment dû adapter sa politique sociale en faveur de ces personnes et, après des siècles d'assistantat par charité, les états les plus progressistes prônent aujourd'hui l'intégration de tous et tendent à gommer (parfois par compensation) les facteurs environnementaux les plus handicapants.

En se penchant tout d'abord sur le « regard » des instances internationales, puis sur le cas français, cette première partie a démontré en quoi cette évolution de la vision du handicap masque en fait un autre phénomène : la transformation d'un handicap « clinique » en une véritable « figure du social ». Cela a également permis de mettre à jour des évolutions sous jacentes sur les vingt dernières années :

- d'un handicap traité techniquement à une prise en compte plus poussée des facteurs environnementaux.
- de l'intégration à l'inclusion (avec un focus sur le phénomène de liminalité).
- d'une accessibilité spécifique vers une accessibilité « intégrée¹ ».

En ce qui concerne la France, la loi 2005 « relative à l'égalité des chances la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » a été détaillée et l'on a pu démontrer que si cette loi est une fondation majeure, elle n'en demeure pas moins longue à porter ses fruits et n'est pas sans effets pervers. Aussi, s'il n'y avait qu'un seul enseignement à tirer de cette partie « introductive » à la problématique de thèse, ce serait le suivant : il existe bien des liens étroits entre la vision du handicap et la prise en charge sociale des personnes handicapées ou les types d'aménagements réalisés.

Enfin, en guise de conclusion graphique, la figure 12 schématise de façon chronologique cette évolution à la fois des politiques publiques et de la vision sociétale du handicap.

¹ LARROUY, (M.), 2007, *L'invention de l'accessibilité. Des politiques de transport des personnes handicapées aux politiques d'accessibilité des transports urbains de voyageurs en France de 1975 à 2005*, Thèse de Doctorat de sociologie, sous la direction de PIOTET (F.), Université Paris I – Panthéon – Sorbonne, Laboratoire Georges Friedmann, UMR 8593, p22.

VIVRE AVEC UNE DÉFICIENCE À LA
REUNION

QUELLE RÉALITÉ DU HANDICAP FACE À UNE
SOCIÉTÉ EN PLEINE MUTATION ?



Manifestation de personnes handicapées à Saint-Denis, La Réunion, 2008.

« Le paradoxe de la lutte contre les discriminations est qu'elle passe par la construction préalable des groupes discriminés (...). Ce faisant, la lutte contre les discriminations tend à aboutir à la substantialisation des différences, au risque de déboucher sur la stigmatisation des groupes concernés. »

Jacques Chevalier (2003).

« J'ai appris (...) qu'un infirme doit prendre garde à ne pas agir différemment de ce que les autres attendent. (...) Ils attendent de lui qu'il soit infirme : invalide et impuissant; leur inférieur ; et, s'il ne répond pas à leur attente, leur malaise les rend soupçonneux. »

Erving Goffman (1963).

Introduction

Comment vit-on son handicap sur l’île de La Réunion aujourd’hui ? Quel regard porte la société réunionnaise sur ses personnes handicapées, déficientes et dépendantes ? Comment une société en pleine mutation intègre ces individus a priori en marge ?

Comme le sous-titre le suggère (« Quelle réalité du handicap face à une société en pleine mutation ? »), cette partie vise à décrypter la réalité du handicap (phénomène social défini en première partie de la thèse) dans un cadre sociétal atypique. En effet, alors qu’il a précédemment été question d’évolution sociale lente et laborieuse, il s’agit ici d’étudier une intégration subite des personnes handicapées, selon le principe d’accessibilité généralisée pour tous. De plus, le terrain choisi n’est pas anodin car il s’agit d’un DOM, à l’environnement naturel et humain de type insulaire, multi-ethnique et riche en patrimoine, et surtout avec un contexte sociétal marqué par des mutations subites et récentes.

Il s’agira donc de définir les spécificités sociales de l’île puis d’y confronter l’intégration des personnes handicapées dans les différents domaines de la vie sociale. Sur la base de ce corpus d’informations, on procédera à une analyse de la mise en accessibilité prévue par la loi de 2005 complétée par des entretiens.

I/ La société réunionnaise : éléments de contexte général et évolution socio-historique depuis la départementalisation

1) Une société aux mutations accélérées

Après avoir été longtemps dans l'ombre de la « grande île sœur » dans la hiérarchie coloniale française de l'océan Indien, et après avoir été marquée par l'esclavagisme puis l'indigence, La Réunion est sortie du « fénoir¹ » social à partir de la départementalisation (1946) et du recentrage français, consécutif à l'indépendance malgache (fin des années 1950). C'est par un long et laborieux rattrapage économique et social qu'à partir de là, l'île a pu enfin se développer puis bénéficier d'un dynamisme certain à partir des années 1980 en entrant brusquement dans la « modernité ». Cette entrée qui correspond au développement d'une société de consommation de masse alimentée par des transferts sociaux importants a produit dans les années 1990 des taux de croissance très supérieurs à ceux de métropole. Ce moteur de croissance exogène a été alimenté par une croissance démographique toujours très forte sur la période. Au cours de cette cinquantaine d'années, la société réunionnaise a donc connu de rapides et profondes mutations, parfois de façon abrupte. C'est un contexte qu'il faut bien assimiler pour mieux comprendre La Réunion actuelle : une région européenne ultra-périphérique plutôt dynamique, « frontière active de l'Europe dans l'océan Indien » pour reprendre les mots de M. José Palma Andrés².

1.1 La sortie d'un colonialisme exacerbé : progrès social et boom démographique

Après un colonialisme affirmé très « classique » (esclavage, exploitation des richesses naturelles, commerce régional au bénéfice de la mère-patrie, pouvoir local plus policier que social) construit au fil des siècles (fin XVII^{ème} à début XX^{ème} siècle), l'Île de La Réunion devient un Département Français d'Outre-Mer (DOM) le 19 mars 1946 et amorce son réel développement, entrant ainsi dans la « modernité » du XX^{ème} siècle.

¹ « fénoir » : expression créole signifiant « la nuit, le néant ».

² Propos tenus lors du séminaire européen de septembre 2011 sur « *Des RUP compétitives à l'horizon 2020* » par M. José Palm Andrés, Directeur de la DG REGION à la Commission Européenne.

Certes, l'esclavage a pris fin dès 1848¹ et « l'économie sucrière² » a été assurée d'une certaine prospérité avec l'immigration venue d'Inde et d'Asie du Sud-Est (puis de Chine) permettant un début de modernisation intervenu dès l'entre-deux-guerres (éclairage public, automobiles, industries, etc.). Pourtant, au sortir de la Seconde guerre mondiale (synonyme d'embargos et de restrictions pour les Réunionnais), l'île est à l'arrêt, voire même en ruines. Aussi, avec la départementalisation, la métropole a dû mettre les moyens pour amener prospérité et progrès social. Ces politiques de progrès social ont été suivies et strictement mises en place par les préfets et députés directement venus de la France³, à l'image de Paul Demange et de Michel Debré. En quelques années la sécurité sociale et divers programmes sanitaires et sociaux (éradication du paludisme, développement des hôpitaux et dispensaires, instruction obligatoire...etc.) ont été des facteurs de progrès très importants. Au début des années 1960, la chute de la mortalité, la hausse spectaculaire de la natalité, l'émergence d'une classe moyenne de fonctionnaires, de commerçants et de professions libérales, sont les piliers d'une forte accélération du développement de La Réunion. Très vite cependant l'urgence démographique dépassant les capacités du système d'assistance sociale récent, ainsi que les tentations indépendantistes et la montée du communisme local⁴, font que l'État français voulant garder la main (et son dernier appui dans cette partie du monde) passe à la vitesse supérieure. En 1963, Michel Debré, ancien Premier Ministre, devient député de La Réunion (1^{ère} circonscription, celle du chef-lieu) et se charge d'une politique forte et ferme à la fois. Son programme (résumé dans son ouvrage sobrement intitulé *Une politique pour la Réunion*), a valu à La Réunion son premier centre d'orientation familiale, son deuxième grand lycée et la résorption progressive des bidonvilles ou encore le Comité national d'accueil et d'actions pour les Réunionnais en mobilité (CNARM, ancêtre du dispositif de continuité territoriale) facilitant l'émigration vers la métropole. L'aspect « ferme » de cette politique incarné par « l'affaire » des jeunes Réunionnais déracinés et déplacés dans la Creuse ou par « l'ordonnance Debré⁵ » a été quant à elle largement critiquée.

1.2 Modernisation structurelle et bouleversements économiques (1970 - Fin des années 1990)

Le 4 août 1967⁶, le premier avion de ligne Boeing 707 se pose sur l'aéroport de Roland-Garros à Saint-Denis. Cet événement peut paraître anecdotique et pourtant, il illustre très bien

¹ Abolition proclamée par le gouverneur Sarda Garriga, le 20 décembre 1848.

² VAXELAIRE (D.), 1999, 2004, *Le grand livre de l'histoire de La Réunion*, éd. Orphie, 2 vol., 704 p.

³ *Ibid.*

⁴ *Ibid.*

⁵ Ordonnance du 15 octobre 1960, autorisant les pouvoirs publics français à procéder à l'exil forcé en métropole des fonctionnaires de l'outre-mer troublant l'ordre public.

⁶ <http://www.reunion.aeroport.fr/>

l'essor économique et commercial naissant à La Réunion. Désormais, l'île perdue dans l'océan Indien est régulièrement desservie et se trouve à moins d'un jour de la France métropolitaine. Le tourisme en est à ses balbutiements mais les échanges commerciaux et les flux migratoires ont été quant à eux fortement dynamisés par ce développement du transport aérien. Le transport maritime a également connu cet essor¹ avec de nouveaux quais pour le Port Ouest (le plus ancien) et la construction du Port Est (1986), ainsi que de nombreuses zones d'aménagement concerté (ZAC). En quelques années le secteur tertiaire, le BTP (construction de logements et d'infrastructures) et l'industrie sucrière sont devenus les piliers économiques et les facteurs de croissance de La Réunion. Parallèlement, la société de consommation a fait son apparition et s'est caractérisée par l'apparition du premier hypermarché en 1988 à Saint-Denis (25 ans après le premier de métropole !), l'augmentation du niveau d'équipement des foyers et surtout par la spectaculaire croissance du parc automobile (et son corollaire : le développement du réseau routier²). Ces phénomènes, ainsi que l'urbanisation « galopante » liée à l'explosion démographique ont profondément changé le visage de l'île. Cette transformation socio-économique de l'île en quelques décennies seulement s'est évidemment accompagnée de changements structurels traduisant cette « entrée dans la modernité » (développement rapide des secteurs de la formation et de la santé, urbanisation croissante, début d'industrialisation dans des secteurs clés comme l'agro-nutrition ou encore les énergies renouvelables).

À partir de la déréglementation du trafic aérien effectué en Europe de 1987 à 1997³, c'est un autre secteur économique très porteur qui a « explosé » à La Réunion : le tourisme. Alors qu'auparavant une seule compagnie avait le monopole vers Paris (Air France), il y a désormais d'autres transporteurs et tous effectuent des rotations qui amènent toujours du fret et des fonctionnaires métropolitains, mais aussi et surtout des touristes. En 1993, le cap symbolique du million de passagers avions annuels est dépassé⁴. C'est aussi à cette époque qu'une offre hôtelière apparaît réellement : *« l'envol de la demande touristique à partir de 1990 va (...) participer à la naissance d'un véritable secteur hôtelier sur le département. On compte, en 1990, 37 hôtels classés sur le territoire réunionnais, disposant de 1 600 chambres. La majorité des chambres (74 %) relève des catégories 3 et 4 étoiles (...). »*. Cette offre a été multipliée par 1,8 entre 1990 et 2004⁵. En 2004 on estime effectivement à 2900 chambres l'offre d'hébergement des 64 hôtels de l'île. En 1989, La Réunion se dote, à l'initiative de la collectivité Région, d'un Comité du Tourisme de La Réunion (CRT, devenu IRT en 2008)

¹ <http://www.reunion.cci.fr/index.php?id=639>

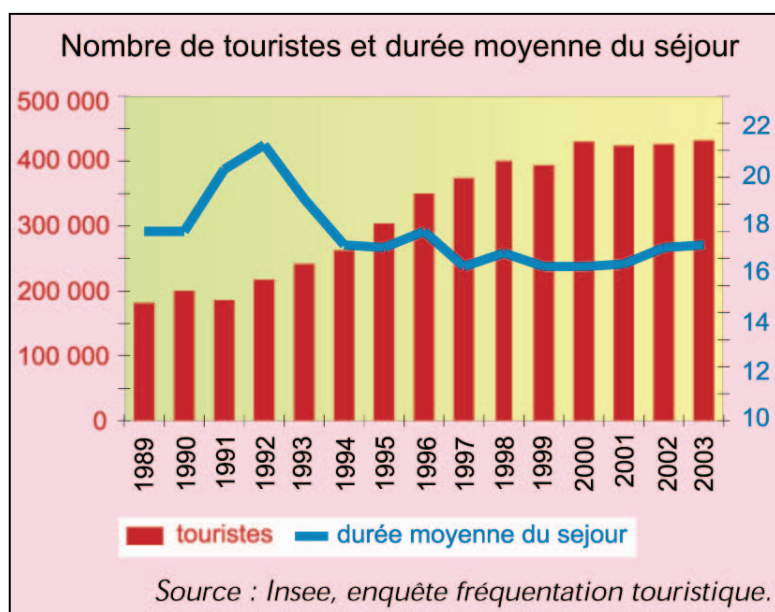
² RN2, RN3, RN4 et RN5 en 1951, Route du littoral en 1963 (4 voies en 1976), Boulevard Sud à partir de 1985.

³ FAYOLLE (C.), 2003, La dérégulation du transport aérien en Europe, in : *Guerres mondiales et conflits contemporains*, n° 209, pp. 75-89.

⁴ http://www.reunion.aeroport.fr/fileadmin/user_upload/Presentation/Histoire/Historique-ARRG-1929-2010.pdf

⁵ INSEE, 3^{ème} trimestre 2004, Économie de la Réunion, dossier sur le tourisme, PDF.

puis développe une charte de qualité (Réunion Qualité Tourisme) en 1995 et des programmes de promotion de certains de ses atouts, comme *Villages Créoles* en 2001. Au-delà de l'offre hôtelière « classique », basée sur le littoral, s'est donc développé en parallèle une offre d'hébergement dans les Hauts, dans La Réunion « authentique » (gîtes et chambres d'hôtes) ou encore une offre de location saisonnière en zone balnéaire, favorisée par des programmes immobiliers issus des politiques de défiscalisation. Il faut préciser que très tôt, c'est le tourisme « affinitaire » (séjours dans le cadre de visites auprès des amis et de la famille) qui a largement supplanté le tourisme dit « d'agrément » ou le tourisme d'affaire. Toujours est-il qu'en 20 ans, la fréquentation touristique a été quasiment multipliée par 4, puisque l'on est passé d'environ 100 000 visiteurs par an (début des années 1980) à plus de 400 000 (à partir de 1998) et qu'à partir de 2000, le chiffre d'affaire du secteur touristique a dépassé celui de l'industrie sucrière¹.



Graph.3 Une fréquentation touristique qui a quadruplé.

1.3 L'enrayement de la « machine à croissance » : les années 2000 à nos jours

En février 1991, éclatent les fameuses émeutes du Chaudron dans la plus grande ville des outre mers français, Saint-Denis. C'est l'interdiction d'émission d'une télévision locale très populaire (TV Free Dom) qui a pour origine ces mouvements de protestation mais ce jour là, c'est un mal bien plus profond qui éclate au grand jour, aux yeux des élus et du reste de la France : le progrès social est bien là mais le développement économique n'a pas profité à tous et le chômage, surtout chez les jeunes, commence à peser sur la nouvelle société réunionnaise.

¹ JIR, 2000, Pour un tourisme sans risque, in : *Journal de l'île de La Réunion*, mardi 14 novembre 2000.

Cette crise socio-économique -aux causes bien évidemment multiples- a certes commencé à se faire ressentir plus tôt, mais c'est surtout au milieu des années 2000 qu'elle s'est brutalement accélérée.

Tout d'abord, La Réunion a produit ces dernières années beaucoup plus de jeunes diplômés que d'emplois qualifiés. D'autre part, la politique sociale en vigueur depuis la fin des années 1980 étant plutôt qualifiable « d'assistanat » car basée essentiellement sur des prestations sociales (RMI, allocations familiales) ; celle-ci n'a pas vraiment permis aux bénéficiaires de transiter vers l'autonomie financière et l'emploi fixe.

Au niveau purement économique, le fait de se reposer uniquement sur quelques secteurs (BTP, commerce et industrie sucrière) a fragilisé l'économie car dès que ceux-ci ont connu un ralentissement de leur croissance, c'est toute l'économie de l'île qui en a pâti. En effet, ces secteurs économiques phares ont vu leur croissance stagner de façon conjoncturelle : la culture de la canne ne suffit plus à tirer vers le haut tout le secteur agricole, le BTP est trop dépendante de la commande publique (et de plus, *depuis octobre 2008, le secteur de la construction subit de plein fouet une crise majeure dont les origines sont aussi diverses que la chute de la défiscalisation immobilière, le recul de la commande publique ou l'arrêt des grands chantiers de travaux publics, mais aussi la crise économique et financière mondiale*¹), le commerce connaît « des hauts et des bas » et la société de consommation est de plus en plus facteur de surendettement. Ainsi, quand les plus riches ont continué à engranger des bénéfices, une grande majorité de Réunionnais a subi de plein fouet les crises conjoncturelles successives. Dans le même temps, La Réunion a vécu une montée du chômage qui ne s'est plus résorbée depuis : autour des 30% depuis l'an 2000 (28,9% en 2010) avec des pointes dépassant les 50% chez les jeunes (15-24 ans) qui représentent presque la moitié de la population réunionnaise (les moins de 25 ans représente 41% de la population en 2009). Aussi, alors que jusque là toute la population réunionnaise avait progressé de façon plutôt groupée (« *le niveau de vie moyen (...) est passé de 10 200 euros en 1995 à 11 700 euros en 2001, soit une hausse de 15 % en euros constants*² »), à partir des années 2000, les inégalités se sont creusées et certains « sont restés à quai ». Enfin, « *les différences de salaires entre catégories socioprofessionnelles sont plus marquées à La Réunion que dans l'ensemble de la France. Un cadre travaillant à La Réunion gagne près de trois fois plus qu'un ouvrier qualifié, alors que ce rapport n'est que de 2,5 en France*³. ».

¹ INSEE, 2010, *Annexe au Hors-série n°9 de la Revue Economique de la Réunion*, PDF.

² INSEE, 1er trimestre 2004, *Économie de la Réunion, dossier sur les revenus*, PDF.

³ Chiffres INSEE Réunion – TER 2010, pp. 90-91.

Pour finir, le tourisme a vécu un véritable coup d'arrêt en 2005 avec l'épidémie de chikungunya (32% de touristes en moins¹), et alors que le secteur était LE secteur économique d'avenir, sa lente relance (stagnation de 2005 à 2008) a mis en lumière des lacunes plus profondes² : une offre hôtelière limitée, de qualité trop moyenne et très à la traîne face à la concurrence mauricienne, mais aussi une trop grande dépendance vis-à-vis du tourisme affinitaire. Le tourisme repart depuis fin 2007 et la crise a eu le mérite de mettre à jour les points à améliorer. Même si l'offre n'est toujours pas à la hauteur des enjeux, le positionnement plus clair sur le marché, avec un choix porté sur le tourisme vert et le tourisme sportif, ainsi que l'implication plus forte de la Région (via l'IRT : campagnes de promotion, plateforme de réservation *Soubik*) et l'attrait lié au tout jeune Parc National et au classement Unesco (2010), font que le meilleur est sans doute à venir, avec de forts potentiels à peine exploités et des niches (comme celle des personnes handicapées sur laquelle on reviendra).

Il semble donc que l'avenir du BTP, le chômage des jeunes et l'accroissement des inégalités soient indubitablement les problématiques majeures. Néanmoins, si seul le tourisme sort du lot, d'autres secteurs économiques porteurs apparaissent ou croissent : à savoir, les « énergies vertes³ » et de nombreux moteurs de croissance et d'emplois en émergence avec le développement de la recherche, de l'innovation et de la coopération régionale à l'échelle de la zone océan Indien, notamment dans le domaine des énergies renouvelables⁴. Pour conclure, il faut aussi évoquer deux futures données structurelles incontournables : une population importante pour une île de cette taille (900 000 habitants d'ici 2020 et « *en 2040 (...), 1 061 000 habitants, soit un tiers de plus qu'aujourd'hui⁵* ».) et la fin de la transition démographique, d'où logiquement l'accélération du vieillissement de la population (*en 2040, les plus de 60 ans représenterait un quart de la population réunionnaise totale⁶*).

¹ Estimations de l'IRT.

² JIR, 2006, Tourisme, pourquoi ça foire ?, in : *Journal de l'île de La Réunion*, dimanche 1er octobre 2006.

³ + 9% de production hydroélectrique et + 310% de production d'origine photovoltaïque ou éolien de 2004 à 2008, chiffres INSEE Réunion – TER 2010.

⁴ Énergie marémotrice, énergie osmotique, Énergie Thermique des Mers (ETM) et filière micro-algues.

⁵ INSEE, 2010, *Informations Rapides Réunion* n° 167 – décembre 2010, PDF.

⁶ *Ibid.*

2) Les fondamentaux de la société réunionnaise

Comme nous venons de le voir, un certain nombre d'éléments et de données ont déjà été exposés dans le récit des évolutions socio-historiques. Précisons à présent pour chaque domaine important caractérisant une société moderne développée quelques indicateurs¹, tantôt conjoncturels (période récente de 2008 à 2011), tantôt plus structurels (années 2000-2010, selon les chiffres disponibles), qui peuvent aider à mieux comprendre ce qui définit la vie à La Réunion et qui peuvent également éclairer le lecteur sur la vie en situation de handicap dans cette même société.

2.1 Démographie et caractéristiques de la population réunionnaise

Comme l'explique très bien N. Actif de l'INSEE Réunion : « *La Réunion connaît une croissance démographique encore exceptionnelle pour un département français. Cette croissance résulte d'une transition démographique non totalement terminée, et pèse fortement sur l'avenir du département. Le mouvement naturel reste le principal moteur de croissance démographique* [ndr : +1,5% de taux de variation annuel de 1999 à 2008, contre +0,7% en France métropolitaine, sur la même période]. *Par ailleurs, depuis les années quatre-vingt, il s'accompagne d'un solde migratoire excédentaire.* ». C'est ainsi que dès 2030 le seuil du million d'habitants devrait être atteint car le taux de natalité reste assez élevé (17,3 ‰ en 2009 à La Réunion) et très supérieur à celui de France métropolitaine (12,6 ‰ en 2009). Cet accroissement naturel est le facteur premier de la croissance démographique réunionnaise puisqu'il explique 95 % de l'augmentation de la population depuis 1999. La variation de population due au mouvement migratoire qui était très favorable à l'île durant la décennie 1990 avec beaucoup plus d'entrées que de sorties a fortement diminué depuis. Au 1er janvier 2010, la population de l'île s'élève à 833 000 habitants. Les moins de 25 ans représentent 41% de la population (31% en France métropolitaine) et devraient encore représenter 33% de la population à l'horizon 2040.

Même si on constate un certain ralentissement de croissance naturelle, La Réunion est donc une île à la population jeune encore marquée par un dynamisme démographique bien plus fort qu'en France métropolitaine. Ce dynamisme est une force mais aussi une faiblesse (chômage des jeunes, surpeuplement, fortes densités dans certaines zones).

¹ Issus des statistiques INSEE, sauf mention.

Une population métissée au fil des flux migratoires

À l'instar de Daniel Vaxellaire, beaucoup d'historiens, de journalistes et d'écrivains ont souligné le caractère métissé de la population réunionnaise mais aussi les migrations qui ont toujours été présentes, par périodes, et qui, si elles *n'augmentent guère l'effectif de la population de La Réunion, (...) modifient en profondeur sa structure démographique et interagissent avec l'activité économique*¹. Dès les premières phases d'humanisation de l'île, les unions franco-malgaches ont fait ce métissage et ensuite l'immigration de populations issues de l'Afrique de l'Est, le long du canal du Mozambique (les « cafres »), de l'ouest de l'Inde (les « zarabes », en fait des musulmans sunnites), du sud-est de l'Inde (« malbars » ou tamouls), de Chine (province du Guangdong : Canton) ou d'îles de l'Océan Indien (Mayotte, Maurice), a fait perdurer cette caractéristique. Aujourd'hui quatre flux migratoires sont encore constatés : celui des natifs de La Réunion, nombreux à quitter leur île pour leurs études ou pour trouver du travail ; les natifs de France métropolitaine, excédentaires, hauts diplômés (fonctionnaires pour la plupart) ; l'immigration de natifs de Madagascar ou de Maurice en nombre moins important (mais en augmentation) et enfin les natifs de Mayotte dont les départs sont dorénavant plus importants que les arrivées (problème d'intégration, notamment sur le marché de l'emploi). Cette « habitude » de la différence a-t-elle une influence sur l'acceptation des autres ou des personnes handicapées ? La question peut se poser, tout comme celle de la prise en charge supplémentaire de personnes malades ou invalides immigrées.

2.2 La vie familiale et les ménages de La Réunion

Pendant longtemps, beaucoup de familles réunionnaises étaient qualifiables de « nombreuses » et les foyers accueillaient une famille plutôt élargie. Cependant en 2001, Jean-Marc Lardoux de l'INSEE déclarait que *le nombre de familles ayant quatre enfants ou plus a diminué d'un quart (de 21 800 à 16 200) entre les deux derniers recensements, alors que celui des familles réunionnaises augmentait dans les mêmes proportions et qu'elles représentent pourtant encore 9 % des familles et sont le plus souvent dans des situations économiques et sociales difficiles*².

Depuis 20 ans environ, le modèle familial réunionnais s'est « modernisé » ou plutôt occidentalisé et il y a même, par exemple, plus de familles monoparentales qu'en France (mais moins qu'en Antilles-Guyane et avec une stabilisation récente). Pourtant une spécificité perdure encore : *un peu plus d'une famille sur dix accueille dans son logement une personne isolée ou même une autre famille. Il s'agit la plupart du temps d'une manifestation de la solidarité familiale. On peut parler dans ce cas de famille élargie ou de ménage complexe selon la terminologie du recensement. Cette situation est plus rare que dans le passé*³ (elle ne concernait plus que 11 % des ménages en 1999, au lieu de 14 % en 1990). Les familles

¹ INSEE, mai 2010, Économie de la Réunion n°136, dossier sur les migrations, PDF.

² INSEE, 4ème trimestre 2001, Économie de la Réunion, dossier sur les familles, PDF.

³ *Ibid.*

doivent s'occuper de leurs jeunes, assez nombreux dans la population totale, mais sont de plus en plus confrontées à l'accueil de leurs « gramounes¹ » également : *le placement en maison de retraite reste très marginal et la plupart des « anciens » vivent en compagnie de leur conjoint et/ou de leurs enfants²*. À noter, enfin, que ces personnes âgées sont plus fortement représentées dans toutes les communes du Sud de l'île.

La femme réunionnaise

Depuis plusieurs dizaines d'années l'âge moyen à l'accouchement du premier enfant des réunionnaises est plus bas qu'en France métropolitaine (25,8 ans contre 28,4 ans en 2009) et le nombre de grossesses précoces est plus élevé (3,7% des naissances contre 0,5% en 2009). Pourtant ces deux phénomènes tendent à disparaître et *le recul de la fécondité des jeunes filles, l'augmentation des divorces dans toutes les couches sociales et l'évolution de l'activité féminine ont fait apparaître un nouveau type de femme chef de famille. Elle est plus âgée, plus diplômée, mieux insérée sur le marché de l'emploi et finalement plus proche de la mère divorcée qu'on retrouve en métropole³*. Tout cela peut influencer les comportements d'acceptation et de prise en charge du handicap de l'enfant : une mère jeune, a fortiori mineure, ne réagira pas de la même façon qu'une femme plus « mûre ».

2.3 Revenus des foyers réunionnais et prestations sociales

429 514 foyers fiscaux étaient dénombrés en 2008 dont 314 973 non imposables soit 73% (à titre de comparaison en 2008 dans l'Oise, il y avait 435 198 foyers fiscaux dont 42,8% non imposables)⁴. En 2007, le salaire annuel net moyen perçu par les salariés réunionnais s'élève à 17 400 €. Il a progressé de 4,7 % en un an (4,9 % pour la France entière) et il est inférieur d'environ 1 900 € à la moyenne annuelle française.

Au niveau des prestations sociales et des minimas sociaux, les chiffres du nombre d'allocataires ou de bénéficiaires de la plupart des aides sont assez élevées dans le département, qui débourse beaucoup chaque année en budget à caractère social (306,8 millions d'euros de dépenses nettes en 2008 soit 10% de plus qu'en 2007) :

- Allocation familiale : 126 850 allocataires (2008).
- Allocation logement à caractère social : 35 609 allocataires (2008).
- Revenu Minimum d'Insertion (RMI) : 65 626 bénéficiaires (2009). Dispositif supprimé avec l'apparition du Revenu de Solidarité Active (RSA) dont 91.250 personnes bénéficient

¹ « gramounes » : expression créole signifiant « personnes âgées ».

² INSEE, 3ème trimestre 2002, Économie de la Réunion, dossier sur les personnes âgées, PDF.

³ INSEE, 4ème trimestre 2001, Économie de la Réunion, dossier sur les familles, PDF.

⁴ INSEE, d'après : DGFIP, Impôt sur le revenu des personnes physiques.

(...) à La Réunion, dont 88.000 ex-allocataires du RMI et de l'API [ndr : Allocation Parent Isolé], selon les statistiques fournies par la CAF¹, en 2011.

– Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) : 30 463 allocataires (2008).

Alors que le nombre d'allocataires du RMI a baissé à partir de 2005 (-14,3% de 2005 à 2009) et que le nombre de personnes couvertes par la Caisse des Allocations Familiales a également reculé (-2,2% de 2006 à 2008), il est possible d'avancer que la situation globale en termes d'aide sociale s'est stabilisée (car en contre partie il faut tenir compte de l'impact, non visible aux dates évoquées ici, de la crise économique qui sévit depuis 2008).

Bas revenus et seuil de pauvreté

Le seuil de pauvreté national est établi à un peu plus de 800 € par mois, or avec ce même seuil cela voudrait dire que 52% des Réunionnais sont touchés par la pauvreté. Pourtant ce n'est pas aussi simple et *avec une approche locale, le seuil de pauvreté à La Réunion s'établit à 473 €, et ne concerne plus que 17 % de la population. Toujours est-il qu'en 2006, un Réunionnais sur deux vit avec moins de 790 € par mois : c'est mieux que cinq ans auparavant, mais on est encore loin des niveaux de revenus en France métropolitaine. Selon l'INSEE, ce serait surtout le sous-emploi au sein des ménages, sous toutes ses formes, qui accroît fortement le risque de tomber dans la catégorie des bas revenus*².

2.4 Le logement sur l'Ile de la Réunion

Dès le boom démographique des années 1960, le problème du logement des Réunionnais s'est vite posé. Aussi il y a eu une forte urbanisation de l'île surtout dans les « Bas » et sur la frange littorale, urbanisation parfois mal contrôlée avec un développement des constructions dites « illégales » (sans permis de construire). Cependant, 30 ans plus tard La Réunion s'est retrouvée face à deux problèmes : une présence encore trop importante d'habitat insalubre ou indigne, sans le confort sanitaire de base et une très grande demande en logement social.

Au 1er janvier 2006, le nombre total de logements était de 285 100, avec 57,9% des maisons individuelles en dur. Sur les 261 299 résidences principales, 54,6% étaient occupées par leur propriétaire.

En 2008, l'ensemble du parc locatif était estimé à 100 665 logements, à 48% issus du secteur social, dont 56 906 logements collectifs et 35 571 individuels. Une très grande majorité de ménages réunionnais habitent déjà dans un logement social ou sont éligibles au logement social (74% en 2006), voire au logement locatif très social (LLTS : 55% en 2006). Deux

¹ AFP, 2011, *La Réunion : Bachelot "très satisfaite" de la mise en place du RSA*, dépêche du 29/01/11, Paris.

² INSEE, août 2006, *Économie de la Réunion n°126, dossier sur la pauvreté*, PDF.

bailleurs sociaux détiennent 70% de ce parc locatif social (SIDR et SHLMR) et 64% du parc a une année d'achèvement postérieure à 1990 et il est donc assez récent.

Concernant les personnes handicapées plusieurs problèmes se posent :

- les plafonds de revenus (malgré le cumul autorisé de l'AAH et de l'allocation logement) : une personne handicapée peut être non admissible au logement social et pourtant être dans l'incapacité technique ou financière d'accéder au locatif « classique » ou à la propriété, surtout à La Réunion où l'offre « classique » n'est pas forcément très adaptée (collectif ancien et inaccessible, individuel à étage ou « faux » plain-pied dû au relief marqué).

- dans le cas d'une éligibilité possible au locatif social, encore faut-il que ce dernier soit accessible (et/ou sain dans le cas d'une personne malade), or il reste quand-même 46% du parc locatif social qui date d'avant 1990, donc antérieur à la loi de 1991 rendant obligatoire l'accessibilité des locaux d'habitation. De plus, le logement social réunionnais fait déjà face à de graves problèmes de salubrité alors même que les listes d'attente grandissent encore. Des problèmes régulièrement dénoncés dans la presse (voir encadré) mais qui pourtant subsistent.

L'habitat insalubre en recul, mais pas l'habitat indécents

Depuis de nombreuses années, des plans de Résorption de l'Habitat Insalubre (RHI) ont été mis en place à La Réunion et se sont avérés efficaces : un nouveau recensement de l'habitat précaire et insalubre réalisé entre 2006 et 2008, *qui a permis de dénombrier plus 16 000 logements insalubres, révèle une diminution importante de 28 % par rapport à la situation de 1999*¹. Cependant, quasiment un logement habité sur dix ne dispose toujours pas du confort sanitaire de base, ce phénomène ne s'étant pas endigué selon l'INSEE. Ces logements sans confort sont fortement concentrés dans les Hauts de l'Ouest et abritent une population souvent âgée, en marge de l'activité économique. Dans le logement social, la situation n'est pas meilleure et *depuis maintenant un an (ndr : 2010), la CNL tire la sonnette d'alarme car selon leurs dernières estimations, l'île compte "54 000 logements sociaux (...), mais il y a urgence car environ 10 000 logements sont indécents ou insalubres dans le secteur social"*.²

2.5 Emploi, niveau de diplôme et formation

Aujourd'hui, à La Réunion, les jeunes sont beaucoup plus diplômés que leurs aînés : 43 % des 25-34 ans ont au moins le baccalauréat, contre 24 % des 35-64 ans. En effet, il y a eu ces vingt dernières années un rattrapage progressif du taux de scolarisation et un allongement de la durée des études qui entraînent actuellement un niveau de formation en hausse pour la population réunionnaise et plus particulièrement chez les jeunes.

¹ INSEE, Logement 2006, in : *Annexe au Hors-série n°5 de la Revue Économique de la Réunion*.

² LINFO.RE, 10 000 logements sociaux insalubres à la Réunion, article paru en ligne sur *linfo.re* le 17 janvier 2011.

Dans l'enseignement secondaire, on dénombre régulièrement plus de 8000 admis aux différents baccalauréats, avec un taux moyen de réussite à 85%, soit un taux proche des académies métropolitaines. Le taux d'équipement en lycées généraux ou techniques ainsi que professionnels est égal à celui de métropole : 0,4 pour 10 000 habitants. Pour les diplômes professionnels, les taux de réussite sont moindres de 5 à 10 points que ceux de métropoles et on a délivré en 2009 près de 2300 CAP (75,4% de réussite), 2916 BEP (64,1 % de réussite) et 1195 BTS (60,7% de réussite). Enfin, dans l'enseignement supérieur, il y a eu environ 15 000 étudiants sur l'année universitaire 2008-2009 et depuis 10 ans, on a noté une augmentation de 18% des effectifs : +11% d'universitaires (surtout en Droit et sciences économiques) et même +164% en IUT.

Si la sortie diplômante demeure évidemment le meilleur tremplin vers l'emploi, il n'en reste pas moins vrai que l'accès réel au marché du travail reste difficile. Tout d'abord, les jeunes Réunionnais sont plus diplômés que leurs aînés et le phénomène des sorties sans qualification, auparavant assez inquiétant, tant à se raréfier : « [La Réunion] est toujours confrontée à une proportion importante de jeunes qui, chaque année, sortent du système scolaire sans qualification [le taux réunionnais est deux fois plus élevé que la moyenne métropolitaine] ; pourtant la situation s'améliore lentement (...) et le taux de sortie sans qualification est descendu pour la première fois en dessous de la barre des 12 % en 2007¹. ». Á La Réunion, en 2009, « ce sont les sortants les plus qualifiés qui ont le plus été touchés par la mauvaise conjoncture économique et la dégradation du marché de l'emploi qui s'en est suivie. En deux ans, la part des apprentis en BTS qui trouvent un emploi est passée de 73 % à 59 %. La situation vis-à-vis de l'emploi s'est en revanche maintenue pour les sortants de baccalauréat ou brevet professionnel. Quant aux lycéens, ce sont les titulaires d'un baccalauréat professionnel qui ont le plus subi la détérioration de la conjoncture : 24 % se déclarent en emploi en 2009 contre 37 % un an avant². ».

La situation locale en termes d'emploi et de chômage a déjà été expliquée (voir 1.1.3), et pour rappel le chômage des jeunes est une problématique de premier ordre avec un taux d'emploi³ de seulement 14,2% chez les 15-24 ans et de 56,4% chez les 25-49 ans (2010) ; cela met encore plus en lumière l'enjeu du niveau d'étude ou de qualification à la sortie des études.

¹ INSEE, 2010, *Annexe au Hors-série n°8 de la Revue Économique de la Réunion*.

² *Ibid.*

³ Les chiffres de taux d'emploi -plus pertinents pour évaluer le marché du travail- ont été préférés ici. Pour rappel, il s'agit de la proportion de personnes ayant un emploi dans la population active.

Apprentissage et formation : les filières prisées par les jeunes réunionnais

En 2009, La Réunion compte 12 sites de formation (CFA, CFPPA, GRETA) et *les formations de niveau V (principalement CAP et BEP) restent prédominantes avec 65 % des effectifs [mais] les formations supérieures progressent : le niveau IV (notamment le baccalauréat professionnel) passe à 25 % (contre 16 %) et la part des niveaux I, II et III (BTS...) triple pour atteindre 10 %¹*. Les sortants de formation d'apprentissage sont plus souvent en emploi que les sortants de lycée (hors bac général) et les formations dans la production sont très recherchées, notamment la construction (25% des inscrits), et pour cause : 37 % des sortants du domaine de la production ont un emploi sept mois après leur formation contre 19 % de ceux des services et le secteur de la construction est le principal employeur des apprentis...mais aussi l'un des secteurs économiques réunionnais les plus en crise actuellement. Pour terminer, il y a une « solution » toujours d'actualité : la recherche d'une formation ou d'un emploi en France métropolitaine ou à l'étranger (Canada, Angleterre, Australie). Cette solution est activement aidée par les instances publiques, avec une Allocation de Première Installation et un (nouveau) dispositif de « continuité territoriale » dont plus de 17 000 dossiers ont été validés depuis le mois de novembre 2010². Les personnes handicapées sont éligibles à ce dispositif, mais ce n'est pas très explicitement mentionné et le départ reste problématique (accueil sur place, suivi des dossiers MDPH, etc.).

2.6 Économie et consommation

En 2009, la forte dégradation du marché du travail a durement impacté la consommation et le revenu des ménages réunionnais. Déjà en ralentissement l'année précédente, la consommation des ménages progresse de 1,9 % en valeur, soit une chute de 3,4 points par rapport à 2008³.

« Historiquement » puis structurellement, l'économie réunionnaise s'est axée autour de la canne à sucre (industrie sucrière), le BTP, le tourisme et le commerce (la fonction publique dynamisant bien celui-ci avec les sur-rémunérations de 53% par rapport à la métropole). En outre, par sa situation géographique et son caractère insulaire mais surtout en raison de la structure même de son économie, les importations dépassent toujours largement les exportations : 3,81 milliards d'euros (+0,5% de 2009 à 2010) contre 242 millions d'euros (+8,7% de 2009 à 2010).

Au niveau des secteurs d'activités, on a noté en 2010 plus de 600 créations d'entreprises (hors secteur primaire), soit une hausse de 20% par rapport à 2009, mais le BTP, l'un des secteurs phare donc, a été fortement touché : -8,4% d'importations de ciment (en euros) et -23% d'effectifs de janvier 2009 à janvier 2010. Le tourisme quant à lui repart à la hausse (après la

¹ INSEE, *op. cit.* .

² <http://www.regionreunion.com/fr/spip/spip.php?article2768>

³ INSEE, 2009, *Annexe au Hors-série n°9 de la Revue Economique de la Réunion*.

crise de 2005-2008) et les campagnes sucrières continuent de stagner autour de 1,8 millions de tonnes par an (légère baisse de 1,6% en 2009/2010).

Dépenses des ménages réunionnais, taux d'équipement et...vie chère

Dans les ménages réunionnais, les dépenses sont avant tout marquées par les transports (achats et entretiens de véhicules surtout) qui représentaient 13,9% du budget moyen en 2006. Viennent ensuite l'alimentation (13,2%) puis le logement (loyers).

L'équipement des ménages réunionnais continue à s'améliorer. Plus des deux tiers des ménages ont maintenant une ou plusieurs automobiles. Plus des trois quarts possèdent au moins un téléphone portable, contre 45 % en 2001 et plus d'un tiers ont un micro-ordinateur.

Malgré cette évolution et l'augmentation globale du niveau de vie (mais aussi des inégalités), le coût de la vie reste un souci pour les Réunionnais. Il n'est pas étonnant qu'ainsi en mars 2009, les manifestations organisées par le Collectif contre la vie chère (Cospar) aient été autant suivies¹. Aujourd'hui, la situation n'a pas réellement changé : l'INSEE déclare, dans son dernier relevé², que les prix se stabilisent mais également qu'ils ont été en augmentation de 2% de janvier 2010 à janvier 2011. Cette hausse est imputable, une fois de plus, à l'alimentation (+0,8% avec notamment la hausse du prix des produits frais) et à l'énergie (carburants, gaz) alors que les services, eux, voient leur prix baisser.

Les personnes handicapées, qui ont déjà parfois du mal à subvenir à leurs besoins, sont, comme les bas revenus et les vieilles personnes modestes, très vulnérables face à cette vie chère. Pour ce public, la vie chère trouve une part d'explication dans les coûts croissants des matériels paramédicaux : un fauteuil électrique peut coûter jusqu'à 20 à 30% plus cher qu'en métropole et certaines personnes n'ont pas les moyens suffisants, malgré la MDPH, pour payer ce supplément³.

¹ LIBERATION, Manifestation contre la vie chère à la Réunion, article paru en ligne sur *liberation.fr* le 10 mars 2009.

² INSEE, 2011, *L'indice mensuel des prix à la consommation des ménages à La Réunion*, janvier 2011.

³ JIR, La galère de Yanis Lauret pour obtenir un fauteuil électrique, article paru en ligne sur *clicanoo.re*, le 8 mars 2011.

II/ Prise en charge et recherche d'égalité sociale : une construction socio-politique récente du handicap à La Réunion

Qu'elle est la réalité actuelle du handicap à La Réunion ? Comment vit-on sur l'île avec une déficience ou une maladie invalidante ? Ce deuxième chapitre se propose de faire une synthèse de la situation sanitaire et d'en tirer les spécificités réunionnaises en matière de santé et de handicap. Ensuite une étude statistique et une analyse plus sociologique seront menées autour de différents thèmes liés à la vie sociale des personnes handicapées réunionnaises.

1) La population handicapée de La Réunion

Combien y a-t-il de personnes handicapées à La Réunion ? Á cette simple question, il est encore plus difficile de répondre qu'en France métropolitaine. Certes, il y a aussi pour l'île des chiffres « officiels » de l'INSEE, de la CAF et de la MDPH (nombre d'allocataires, etc.) mais ces statistiques ne sont pas forcément complètes et à jour (l'enquête HID date de 2004-2005) et ne représentent qu'une part de la population handicapée. De plus, certaines spécificités doivent être soulignées. En effet, un handicap « rural » (phénomènes de consanguinité et d'handicaps « de vieillesse » dans les Hauts), des syndromes « endémiques » récemment connus (syndrome RAVINE) et des handicaps « indirects » liés à des maladies (diabète entraînant cécités et amputations) font que ces statistiques de base ne peuvent refléter de manière fidèle, complète et pertinente la population handicapée réunionnaise. Afin d'enrichir l'analyse de la population handicapée de La Réunion, ce chapitre se propose d'apporter quelques éclairages complémentaires à partir d'un corpus de données traitant spécifiquement du handicap à La Réunion (rapports, enquêtes, articles...).

1.1 Situation sanitaire à la Réunion : risques, maladies et séquelles handicapantes

De par son environnement à fortes contraintes, commun à tous les espaces des zones tropicales, La Réunion est concernée par des risques naturels et sanitaires élevés. L'île est souvent touchée par des cyclones et des fortes pluies, qui débouchent sur des inondations, des glissements de terrains, des pollutions des captages d'eau, etc. La zone océan Indien et tout particulièrement La Réunion sont aussi régulièrement marquées par des épidémies de zoonoses ou plutôt d'anthropozoonoses, c'est-à-dire des maladies ou infections transmises de l'animal à l'homme, comme par exemple la dengue, le chikungunya (arbovirose transmise par les moustiques) ou encore la leptospirose transmise par le rat. Tous ces risques environnementaux, amplifiés par les migrations de population intra-zone, accroissent la mortalité liée aux maladies et les potentielles séquelles handicapantes. Pourtant, ce sont des maux plus socio-comportementaux qui, à La Réunion, provoquent le plus de maladies, de déficiences, et donc de handicaps.

1.1.1 Des spécificités socio-sanitaires : diabète, alcoolisme et autres facteurs de risque

« Les taux comparatifs de mortalité par cause révèlent en 2007 par rapport à la métropole une surmortalité générale réunionnaise de +15 % pour les hommes et de +22 % pour les femmes¹. ». Comment cela s'explique t-il ? Comme le prouve les statistiques dressées par l'Agence Régionale de Santé de l'Océan Indien, et donc selon les « nombres de décès tous âges selon la cause », les maladies de l'appareil circulatoire (c'est-à-dire les accidents vasculaires cérébraux (AVC) ou les cardiopathies²) sont la cause de décès la plus fréquente à La Réunion (taux de mortalité de 374,8 pour 100 000, chez les hommes, en 2007) devant les cancers (première cause de mortalité en France métropolitaine), les causes externes de blessure et les maladies endocriniennes (taux de mortalité liée au diabète sucré : 60,2 pour 100 000, chez les femmes, en 2007). Or, à La Réunion, l'abus d'alcool pour les hommes et le diabète pour les femmes sont deux problèmes sanitaires majeurs et aussi des facteurs de risque cardiovasculaire considérables. « Le pourcentage de personnes diabétiques (de type 2) traitées pharmacologiquement (donc diagnostiquées) est estimé à 7,8 % de la population, en 2007, le double de celle observée en France (3,9 %). [De plus il y a une prévalence plus élevée] et une sur-morbidité pour les femmes (8,6%)³. ». Chez les hommes, c'est l'alcoolisme qui est responsable d'une surmortalité (3 fois plus qu'en métropole). « Aussi, malgré une amélioration récente, en particulier pour les hommes (diminution des maladies

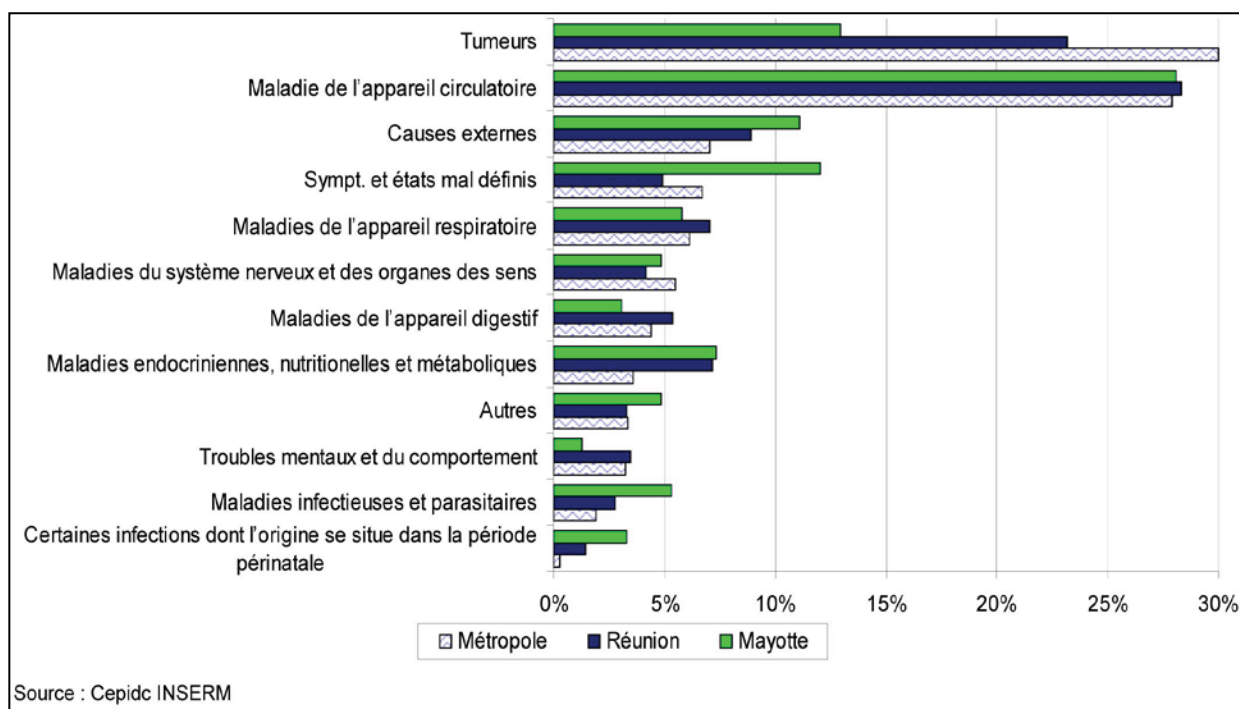
¹ARS-OI, Dossiers statistiques novembre 2010, PDF : p4.

² À La Réunion, les accidents cardiovasculaires : angines de poitrine, infarctus aigus du myocarde et autres cardiopathies ischémiques aiguës représentent 20 % de l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire ; c'est plus qu'en métropole où ils ne sont que 16 %. Source : ARS-OI

³ Op. cit. : p16.

cardiovasculaires, des décès liés au tabac et mort violentes), La Réunion accuse toujours un certain retard par rapport à la métropole en matière de mortalité¹. ». Cependant le plus intéressant dans le cas de cette thèse est l'impact de ces deux « fléaux » en matière de séquelles handicapantes : la cécité et les amputations pour les cas de diabète les plus extrêmes, de multiples séquelles directes (lésions neurologiques, cirrhoses) ou indirectes (accidents de la route, syndrome d'alcoolisation foetale) pour l'alcoolisme (voir encadré).

« La population adulte réunionnaise est [également] davantage concernée par les problèmes d'obésité que la métropole. L'enquête Obépi 2003 révélait des prévalences de l'ordre de 30 % pour le surpoids et de 11 % pour l'obésité au niveau national, contre respectivement 35 % et 15 % sur l'île². ». Là encore, on note un impact direct sur l'accroissement des situations de handicap : problèmes moteurs (difficultés déplacement et fatigue), cardiovasculaires, voire psychologiques et psychiques.



Graph.4 Répartition des causes de décès, à La Réunion, en 2007 (en bleu, en %).

¹ Op. cit. : p5.

² ARS-OI, Dossiers statistiques novembre 2010, PDF : p15.

Les conséquences de l'alcoolisme à La Réunion

L'impact de l'alcoolisme est considérable à La Réunion et l'alcool est à l'origine de nombreux problèmes sanitaires et comportementaux.

L'alcool au volant est un phénomène important sur l'île : environ la moitié des accidents mortels sont liés à l'alcool contre 30 % en métropole. L'alcool est également souvent en cause dans les violences conjugales : selon l'enquête ENVEFF réalisée à La Réunion en 2003, une femme sur 5 (20%) a subi au moins une forme de violence dans l'espace public au cours des 12 derniers mois, soit près de 42 000 femmes, ce qui est 1,5 fois plus qu'en métropole.

Enfin, phénomène récurrent sur l'île, l'alcool a des répercussions sur la santé neurologique et mentale des personnes intoxiqués mais aussi des séquelles sur les nouveaux nés : le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) est assez présent et, même si il n'y a pas de statistiques fiables et précises, on estime à 4,3 pour 1 000 naissances annuelles l'incidence du SAF sur l'île (fourchette haute) et en 2008, sur les 14 500 naissances annuelles, 12 malformations en lien à l'alcoolisation maternelle ont été constatées. Ces chiffres ne semblent pas vraiment refléter le phénomène (fiabilité), mais beaucoup pensent qu'à La Réunion le SAF a été et est encore une source non-négligeable de malformations et de troubles (comportement, apprentissage, troubles psycho-moteurs) chez le nouveau né et l'enfant.

Sources : ARS-OI (COABS) / ORS, Association Réunionsaf.

1.1.2 Maladies infectieuses et rares ou endémiques, causes supplémentaires de déficiences

Située en zone tropicale, La Réunion est concernée par tous les risques naturels répertoriés par le Ministère de l'Écologie, excepté le risque d'avalanche ! Quand elles se produisent, toutes ces « catastrophes naturelles » peuvent avoir des répercussions sanitaires assez importantes. Ainsi, les tempêtes, cyclones et crues ont une incidence sur la qualité de l'eau, que ce soit au niveau des nappes phréatiques ou des captages, charriage d'ordures, de restes animal et de boues dans les ravines, d'où d'éventuelles contaminations bactériologiques. Or, en ce qui concerne la distribution d'eau, La Réunion accuse un certain retard : « *en matière d'infrastructures d'adduction d'eau de consommation humaine, (...) les besoins sont considérables : un peu plus de la moitié des eaux distribuées par les réseaux publics proviennent de captages d'eaux superficielles, donc très vulnérables aux sources de pollution directes (rejets d'eaux usées) ou aux dégradations indirectes (entraînements terrigènes liés aux pluies)¹.* ». En 2006, on estimait que la population réunionnaise desservie par une eau non conforme aux paramètres microbiologiques était comprise entre 10 et 20% !

D'autre part, l'île est encore régulièrement le théâtre d'épidémies de maladies vectorielles, infectieuses, essentiellement des arboviroses transmises par les moustiques (dengue, chikungunya) : « *en 2005 et 2006, l'île de La Réunion a été frappée par une crise sanitaire sans précédent (...); au 25 septembre 2006, la CIRE-RM [estimait] à 266 000 le nombre de personnes ayant présenté des symptômes de l'infection à chikungunya depuis le*

¹ ARS-OI, Dossiers statistiques novembre 2010, PDF : p8.

*début de l'épidémie*¹. ». En outre le paludisme a longtemps sévi, avant d'être éradiqué dans les années 1970, mais on note encore quelques cas sporadiques de paludisme importés en provenance de l'océan Indien et d'Afrique de l'Est (94 cas en 2009²).

Avec son climat tropical humide et ses cyclones fréquents, La Réunion présente donc un risque environnemental élevé. C'est aussi, en grande partie, une vie rurale et des activités humaines (habitat, agriculture...etc.) qui accentuent ces risques. On relève ainsi régulièrement plusieurs cas de cysticerose et de leptospirose qui reste la principale zoonose sur l'île, hors épidémies de dengue, de chikungunya. La cysticerose (ver transmis du porc à l'homme et pouvant provoquer, aux stades extrêmes de la maladie, des cécités, des lésions neurologiques et cardiaques, voire une paralysie) a été un problème de santé publique (jusqu'à 8% de prévalence en 1990³), ce qui n'est plus le cas aujourd'hui après des campagnes de sensibilisation et une amélioration qualitative des élevages porcins davantage contrôlés. La leptospirose (maladie infectieuse d'origine bactériologique, en général transmise par les rongeurs et pouvant provoquer des pathologies graves des reins, voire des hémorragies mortelles) reste un problème sanitaire important, surtout chez les agriculteurs (exposés aux morsures et aux contacts avec des rongeurs) : le taux d'incidence annuel à La Réunion, en 2009, atteignait 6,4 pour 100 000 habitants (51 cas relevés en 2009, 4% de létalité)⁴.

On note également quelques cas de lèpre (très présente aux XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècles), de tuberculose, de béri-béri (carences en vitamine B1 ; séquelles motrices et neurologiques), de syphilis ou des handicaps liés à des atteintes antérieures (poliomyélites des années 1960).

Enfin, on retrouve à La Réunion un certain nombre de malades atteints par les maladies génétiques rares suivantes : drépanocytose (environ 200 cas⁵), mucoviscidose (prévalence d'environ 10 pour 100 000, contre 7,8 de moyenne nationale, soit une centaine de cas⁶), amyotrophie spinale infantile (au moins 17 cas⁷), ataxie de Friedreich (au moins 30 cas⁵), syndrome de RAVINE (au moins 26 cas, voir encadré). Le point commun de ces maladies est qu'elles se transmettent de façon autosomique récessive, autrement dit hors chromosomes sexuels et par les deux parents (deux allèles anormaux). La consanguinité augmente ces risques de transmission génétique, or La Réunion a été et est encore très marquée par des phénomènes de consanguinité.

¹ *Op. cit.* : p9.

² CIRE Océan Indien, 2010, Bulletin de veille sanitaire n°4, mai 2010, p11.

³ MICHAULT A., DUVAL G., BERTIL G., FOLIO G., 1990, Étude séroépidémiologique de la cysticerose à l'île de La Réunion, in *Bulletin Socio-Pathologies Exotiques* n°83, pp82-92.

⁴ CIRE Océan Indien, 2010, Point épidémiologique n°13, avril 2010, p1.

⁵ Zinfos974.com, article publié le 4/06/2009, *La drépanocytose, maladie génétique, touche aussi La Réunion*.

⁶ Registre français de la mucoviscidose, 2007 (PDF).

⁷ et ⁵ données Service régional AFM-Réunion : cas connus et suivis par l'association, au 31 décembre 2010.

Une maladie rare, endémique à La Réunion : le syndrome RAVINE

À la fin des années 1990, dans le Sud de La Réunion, plusieurs cas aigus d'anorexie du nourrisson sont détectés et considérés comme inhabituels. Face à une suspicion en faveur d'une affection métabolique nouvelle, une étude a été menée pendant plus de 20 ans sur une trentaine de cas suspects. Sous l'égide, notamment, du Dr Cartault (pédiatre – généticien, chef du Service de Génétique du C.H.R - Félix Guyon), il a été découvert qu'il s'agit d'une affection autosomique récessive (donc à transmission génétique), semble-t-il endémique à La Réunion. Cette maladie dénommée dorénavant « syndrome RAVINE » (pour « syndrome qui associe chez un nourrisson Réunionnais une Anorexie, des Vomissements Incoercibles et des signes Neurologiques ») concernait 26 enfants survivants en 2005 (léthalité élevée, d'au moins 50%). Ce syndrome est classé comme leucodystrophie et donc maladie rare et ces principales séquelles sont des lésions neurologiques, des retards psychomoteurs et des ataxies.

Sources : L'anorexie sévère du nourrisson réunionnais : une nouvelle affection autosomique récessive ? in Archives de pédiatrie, vol. 6, no 7, 1999 - Situation et enjeux sanitaires à l'île de La Réunion en 2005 in Médecine Tropicale, n°65,p522, 2005.

1.1.3 Vieillesse de la population et dépendance

Comme on l'a rappelé précédemment, la population réunionnaise est encore assez jeune mais son vieillissement va s'accélérer : les plus de 60 ans étaient au nombre de 153 467 en 2004 et à l'horizon 2030, l'INSEE prévoit qu'ils seront plus de 250 000 et représenteront un quart de la population de l'île. « *En 30 ans, de 1967 à 1999, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans est [déjà] passé de 22 000 à 71 000¹* » et la pyramide des âges a commencé à se transformer (« élargissement » des plus hauts étages). Chez cette population vieillissante, dépendante où appelée à l'être, au regard des statistiques de l'INSEE (enquête HID Réunion 2004), « *les déficiences sont plus fréquentes à La Réunion qu'en métropole et elles surviennent également plus précocement. Ainsi, les déficiences motrices, viscérales et intellectuelles ont des taux de prévalence supérieurs de 20 points à ceux des métropolitains, en particulier aux âges les plus avancés. Et dès 50 ans, les Réunionnais apparaissent en moins bon état de santé que les métropolitains²* [voir aussi 1.2.2]. ». On relève aussi une autre spécificité de cette population, plus touchée par les maladies endocriniennes : les Réunionnais de plus de 60 ans ont beaucoup plus de déficiences, notamment motrices ou visuelles, s'ils sont atteints d'un diabète ou d'une autre maladie endocrinienne : 17 % des plus de 60 ans, sans maladie endocrinienne, ont une déficience visuelle, alors qu'ils sont 3 fois plus avec une maladie endocrinienne (voir Tab.3). Même avant 60 ans, on retrouve le même phénomène. Le diabète est donc bien à La Réunion un facteur important d'aggravation du risque d'être atteint par une déficience. Or, selon les résultats de l'enquête REDIA³ de 1999-2001, 11,2 %

¹ ARS-OI, Dossiers statistiques novembre 2010, PDF : p10.

² *Ibid.* : p11.

³ Enquête REDIA (REunion-DIAbète) réalisée en 1999-2001 par l'unité U500 de l'Inserm.

de la population âgée de 30 à 69 ans est diabétique (diabète connu) et plus d'1 personne sur 3 est atteinte entre 60 et 69 ans.

Déficiences associées	moins de 60 ans		60 ans ou plus	
	maladie endocrinienne	Pas de maladie endocrinienne	maladie endocrinienne	Pas de maladie endocrinienne
motrice	15%*	7%	75%	52%
visuelles	20%	2%	50%	17%
auditives	7%	1%	19%	17%
viscérales	100%	9%	100%	35%
intellectuelles	12%	5%	51%	37%
psychologiques	74%	12%	64%	44%

Source : Agephip - Département - Drass - Insee - Enquête HID 2004

Test du CHI2 significatif

*Sur 100 personnes atteintes d'une maladie endocrinienne, 15 souffrent d'une déficience motrice

Tab.3 Personnes atteintes d'une déficience (en %) selon qu'elles aient, ou non, déclaré une maladie endocrinienne.

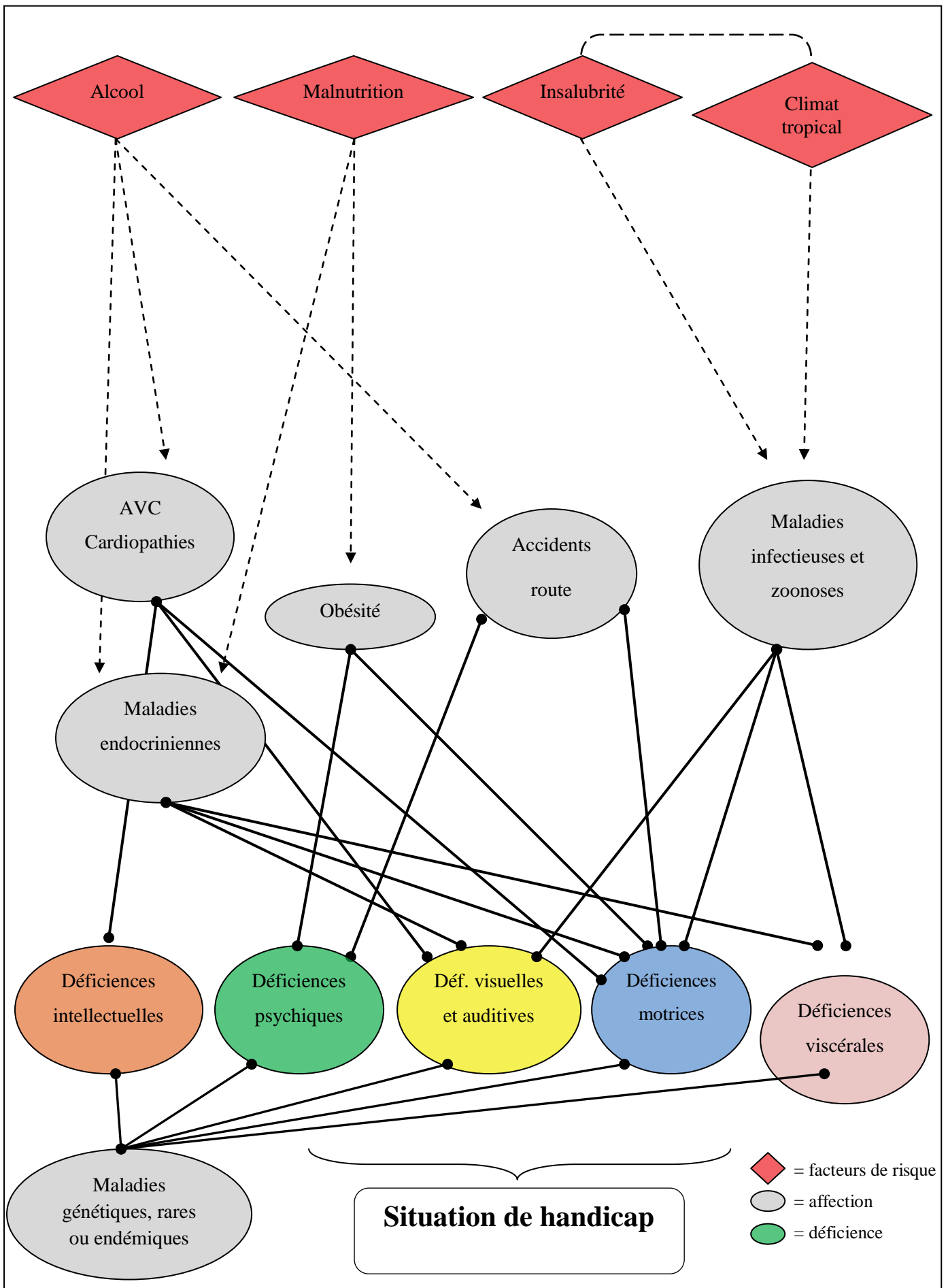


Fig.13 Les déficiences et leurs causes à La Réunion (source : A.GUENAT).

1.2 La population handicapée réunionnaise, selon les données « officielles »

Tout comme en France métropolitaine, il est difficile de trouver des statistiques sur la population handicapée d'une région ou d'un département, *a fortiori* dans un département d'outremer où certains chiffres socio-démographiques « classiques » sont parfois inexistantes ou inaccessibles au grand public. Après quelques recherches sur l'île, il apparaît très vite qu'à un niveau « officiel », il n'y a que deux sources fiables et consultables assez facilement : les données de la Maison Départementale des Personnes Handicapées de la Réunion (MDPH Réunion) et d'autres organismes sociaux ou spécialisés (insertion professionnelle, insertion scolaire, établissements d'accueil...etc.) et l'unique enquête HID (INSEE) réalisée à la Réunion : celle de 2004.

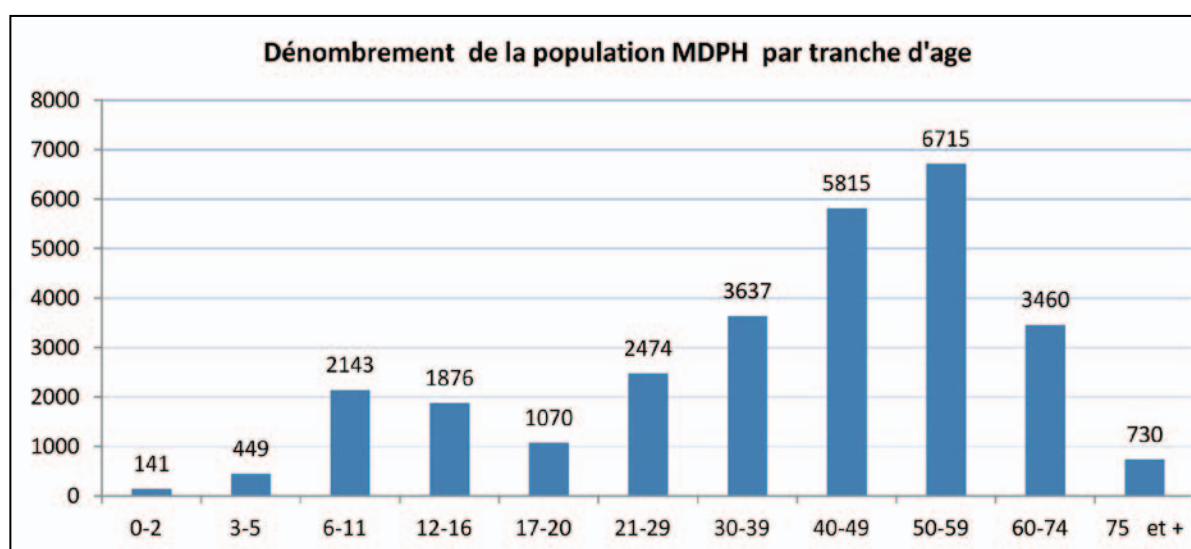
1.2.1 Données des organismes sociaux et de prise en charge (MDPH, CAF, etc.)

Au début de l'année 2011, la MDPH Réunion a émis et diffusé un rapport d'une cinquantaine de pages sur la population handicapée réunionnaise intitulé : « *Dénombrement et description de la population handicapée bénéficiaire de droits à compensation par la MDPH 974*¹ ». Il s'agit pour une grande part de ce document d'une compilation de données chiffrées concernant la population handicapée suivie par les services de la MDPH et plus précisément d'une extraction des données sur « *les ayants droits actifs à partir du recensement des décisions d'ouverture de droits valables au 1er octobre 2010* » (c'est-à-dire les personnes à qui la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées a reconnu et ouvert un droit ; la situation de ces personnes étant considérée au 1^{er} octobre 2010). Aussi, tout au long du document et dans les lignes suivantes est appelée « population handicapée » la population ayant un droit à compensation ouvert par la MDPH Réunion. Ce document est exceptionnel car c'est le premier de ce type qui est réalisé par la MDPH Réunion depuis sa création en 2006. En effet, comme il est précisé au début du document, « *jusqu'en 2009, l'activité de la MDPH s'est appuyée sur l'ancienne organisation informatique [ndr : héritée de la COTOREP et de la CDES], ce qui rendait très difficile, voire impossible, l'analyse statistique des données. Conformément à son plan de développement, la MDPH a décidé à partir de 2010 de moderniser son organisation informatique avec l'installation d'un progiciel de gestion d'activité pour l'ensemble de ses usagers.* ».

Après ces éléments de présentation et des explications méthodologiques, une deuxième partie du rapport, procède au dénombrement de la population handicapée concernée (les ayants droits MDPH Réunion) :

¹ MDPH Réunion – SAGIS, 2010, *Dénombrement et description de la population handicapée bénéficiaire de droits à compensation par la MDPH 974*, PDF, 50p.

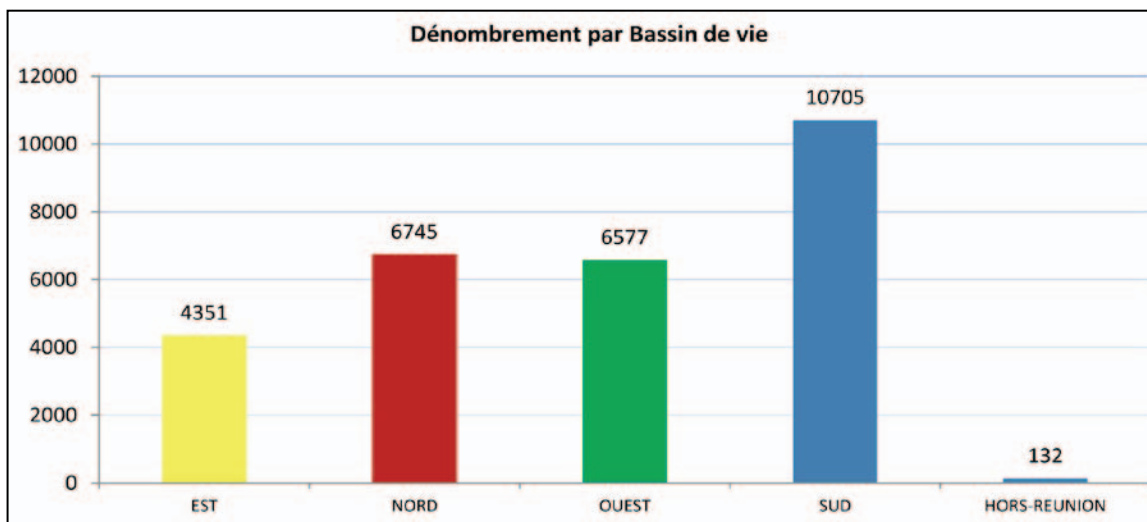
- On dénombre 28 510 personnes handicapées bénéficiaires d'un droit à compensation actif au 1er octobre 2010 (soit 3,4% de la population réunionnaise).
- 61,2% d'hommes et 38,8% de femmes (alors que les hommes représentent moins de la moitié de la population réunionnaise totale).
- la pyramide des âges fait ressortir deux grandes classes de population : les 5-15 ans et les 40-60 ans. Il faut dire que « la population des « 60 ans et plus » est moins nombreuse du fait du changement du régime de prise en charge de cette population devenue âgée avec principalement des dispositions de garantie de ressources ne relevant pas de la compétence de la CDAPH (APA, etc.). Dès lors, ce public ne reste connu par la MDPH que s'il a des droits complémentaires « sans barrière d'âge » ouverts, comme les cartes par exemple¹. ».



Graph.5 Population MDPH Réunion par tranche d'âge (source : MDPH Réunion).

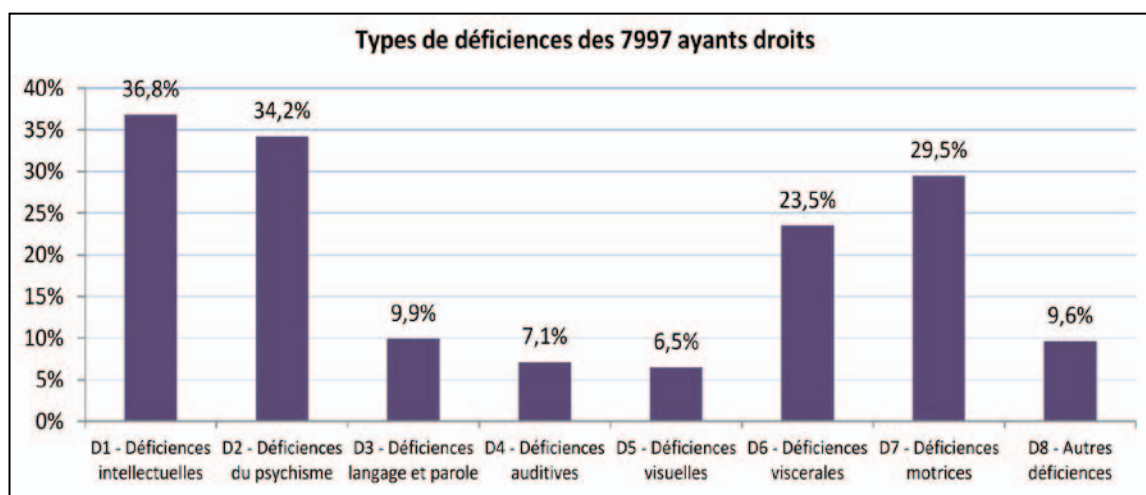
- la répartition géographique des 28 510 personnes handicapées, ayants droits MDPH Réunion, est assez comparable à celle de la population réunionnaise totale : une majorité dans le Sud (37,5%), autant dans le Nord que l'Ouest (23,6% et 23%) et enfin une minorité dans l'Est (15%), plus quelques uns hors département (0,5%).

¹ Op. cit., p16.



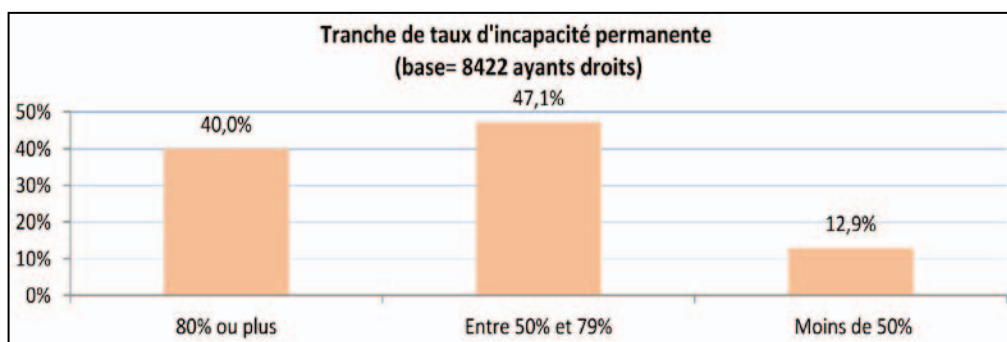
Graph.6 Répartition par micro-régions des 28 510 ayants droits de la MDPH Réunion (source : MDPH Réunion).

- au niveau des déficiences (données sur 7997 ayants droits seulement), on retrouve en premier lieu celles liées aux facteurs de risque et aux affections cités au point précédent (cf. 2.1) : déficiences intellectuelles (36,8%), déficiences psychiques (34%) puis motrices (29,5%) et enfin viscérales (23,5%).



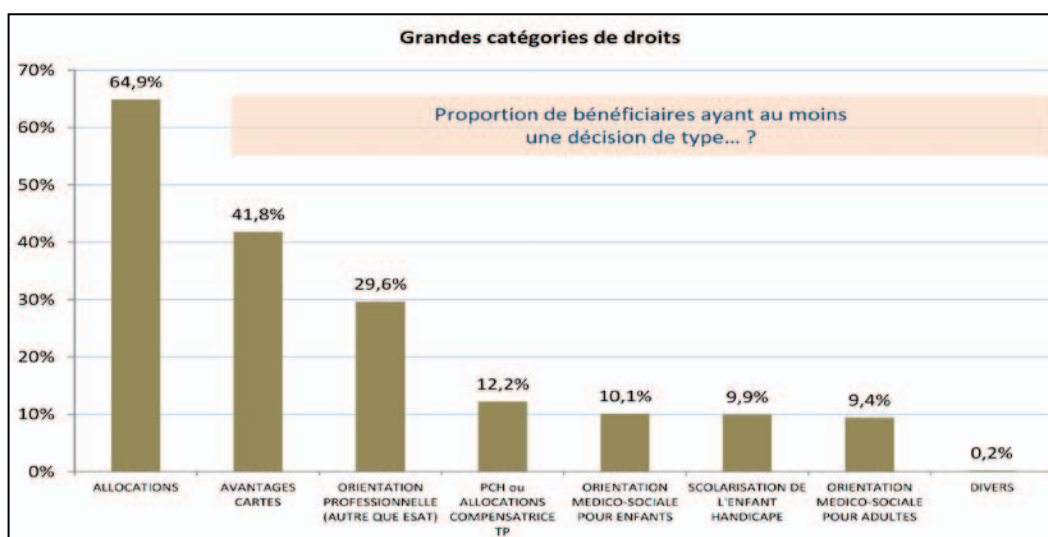
Graph.7 Répartition des types de déficiences (en %) pour une partie des ayants droits MDPH Réunion (source : MDPH Réunion).

- ces déficiences, en se référant à une base de 8422 ayants droits (seules données disponibles pour ce thème par la MDPH Réunion, les tranches de taux d'incapacité permanente n'étant répertoriées électroniquement que depuis février 2010), donnent lieu essentiellement à des handicaps moyens et lourds (plus de 50% d'incapacité).



Graph.8 Répartition (en %) de 8422 ayants droits (post février 2010) par tranche de taux d'incapacité (source : MDPH Réunion).

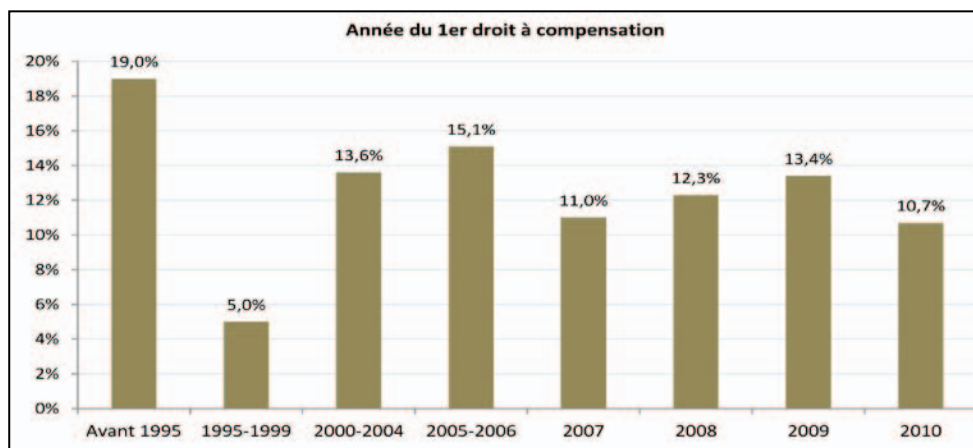
S'agissant des types de droit accordés et de leur répartition chez les ayants droits, on relève en résumé les allocations (AAH et AEEH) et les droits à la compensation qui prennent la forme d'aides financières (PCH, ACTP) ou d'aides humaines (auxiliaires de vie), les « cartes » (macaron de stationnement, carte d'invalidité avec mention du taux d'incapacité, etc.) et enfin les orientations accordées vers tel ou tel dispositif d'accueil et de prise en charge (ESAT, foyer, établissement médico-social, etc.). Ainsi, à La Réunion, presque 65% des ayants droit MDPH ont au moins droit à une allocation et presque 42 % bénéficie au moins d'un « avantage carte » (cf. Graph.9).



Graph.9 Proportion (en %) d'ayants droit bénéficiaires, par catégorie de droit (source : MDPH Réunion).

Pour terminer sur la définition et la description de la population handicapée de La Réunion, du moins celle connue des services MDPH, il est intéressant de se pencher sur un dernier graphique, celui de l'année de l'obtention du premier droit pour chacun des 28 510 ayants droit : près « d'un quart de la population handicapée recensée a un plan de compensation depuis plus de 10 ans [et 37,6 % avant la loi 2005 et la mise en place des MDPH] et un tiers n'est connue que depuis moins de trois ans¹. ».

¹ Op. cit.



Graph.10 Proportion (en %) d'ayant droits par année d'obtention du 1^{er} droit (source : MDPH Réunion).

D'autres organismes que la MDPH sont concernés par la prise en charge des personnes handicapées. Concernant La Réunion, la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) et le Conseil Général fournissent d'autres données tout aussi pertinentes. Cependant, là aussi, il s'agit uniquement de chiffres sur les personnes connues de ces organismes :

- 12 411 personnes étaient bénéficiaires auprès de la CAF Réunion de l'AAH au 31 décembre 2010¹ (la CDAPH statue sur l'ouverture du droit à cette allocation mais c'est la CAF qui paye et gère les bénéficiaires).
- le handicap, c'est aussi la perte d'autonomie liée à la vieillesse et si dès 60 ans certains ne sont plus suivis par la MDPH, c'est qu'ils bénéficient de l'APA accordée par le Conseil Général : 12 152 bénéficiaires en 2010². D'ailleurs, « *la part de la population des plus de 60 ans couverte par l'APA à La Réunion (11,68%) est supérieure de plus de 3 points à la moyenne nationale (8%) et à partir de 75 ans, [cette] part (...) est de 50 % contre 20% dans l'hexagone*³. ».

1.2.2 L'enquête HID Réunion 2004 de l'INSEE

L'objectif principal de cette enquête est de fournir des données de cadrage, couvrant l'ensemble de la population réunionnaise. Elle vise à établir une estimation du nombre de personnes touchées par divers types de déficiences ou d'incapacité, à décrire leur situation sociale, à relever l'aide dont ils bénéficient et permettre l'évaluation de celle qui leur serait nécessaire. C'est ainsi que l'enquête HID Réunion (HIDR) a été présentée en octobre 2006, lors d'un séminaire à l'IRTS de Saint-Benoît. Cette enquête diffusée par l'INSEE et traitée en partenariat avec le Conseil Général, l'AGEFIPH, la DRASS, l'ARS-OI (ex-ORS) et

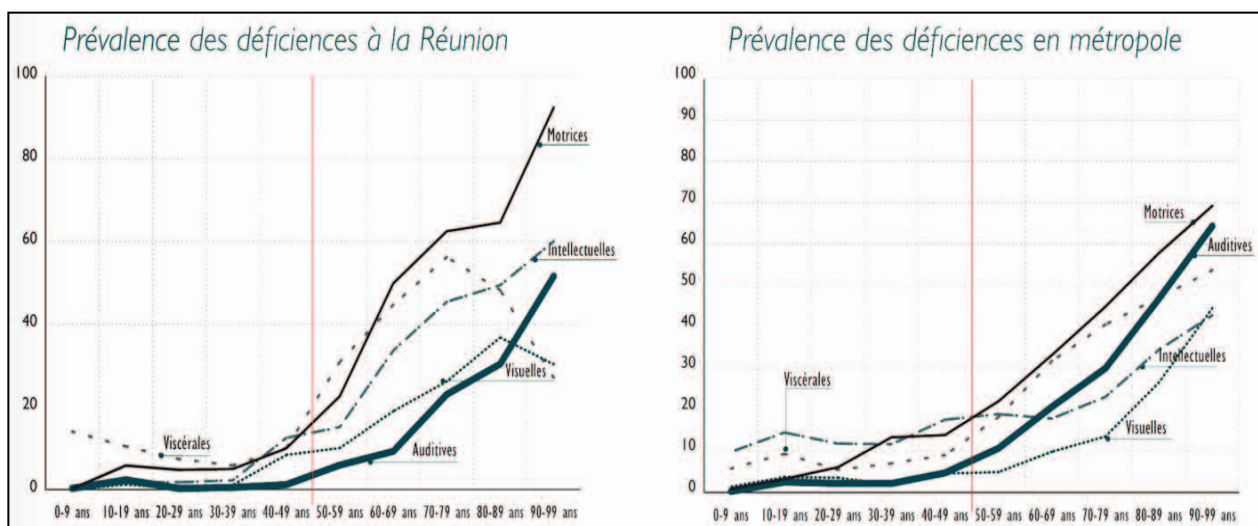
¹ Chiffres CAF Réunion – ORS.

² et ⁴ Chiffres Conseil Général Réunion – INSEE : <http://www.cg974.fr/index.php/Conference-de-presse-reforme-gouvernementale-sur-la-dependance-les-consequences-pour-La-Reunion-16-fevrier-2011.html>

l'Observatoire du Développement de la Réunion (ODR) a donné lieu à plusieurs exploitations. Il s'agit là encore de données quantitatives mais auxquelles il a été ajouté des informations plus qualitatives et même descriptives.

Toute la population réunionnaise vivant en domicile ordinaire (tous âges et tout milieu social) était concernée. Les personnes vivant en institutions médico-sociales et en milieu carcéral étaient hors champ. De ce fait, l'enquête s'est déroulée en deux étapes : un filtrage par un questionnaire « Vie Quotidienne et Santé à la Réunion » (VQSR), diffusé avec l'enquête emploi 2003 de l'INSEE, puis par une enquête détaillée « Handicaps, Incapacités, Dépendances à la Réunion » (HIDR), réalisée auprès d'un échantillon de 1 867 répondants à VQSR (1 556 questionnaires exploitables au final).

Une première exploitation a permis de dégager les déficiences et leur taux de prévalence. Dans ce module intitulé « Cause et origine des incapacités », il est expliqué, chiffres et graphiques à l'appui, que *d'une manière générale les taux de prévalence des incapacités sont nettement plus élevés à La Réunion [et que] (...) les incapacités surviennent beaucoup plus tôt. Ainsi, dès 50-59 ans les taux de prévalence des incapacités apparaissent à des niveaux équivalents à ceux observés en métropole pour les 70-79 ans*¹.



Graph.11 *Prévalence des déficiences (en %), par tranches d'âge. Comparaison Réunion – Métropole (source : HIDR 2004).*

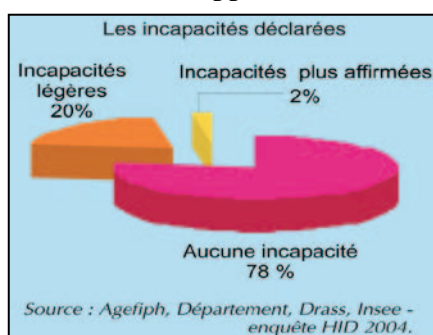
Pour le module suivant, « Description des incapacités », les responsables de l'enquête faisant face à une certaine « faiblesse » de l'échantillon (nombre insuffisant d'interrogés, classes d'âge sous ou sur représentées) ont dû recourir à un indicateur inédit pour caractériser les incapacités relevées. Là où en métropole la dernière enquête HID porte sur un échantillon de 16 945 individus, les indicateurs de « Colvez² », de « Katz³ » ou la grille « AGGIR¹ » sont

¹ HIDR, Actes du séminaire du 5 octobre 2006 à l'IRTS de Saint-Benoît, PDF.

² Centré sur les questions de mobilité.

³ Une synthèse des besoins d'aide vers l'indépendance pour la réalisation de six activités de la vie quotidienne.

fonctionnels et pertinents. Or, à La Réunion il a fallu classer la population en trois groupes, selon le poids des incapacités ressenties pour ainsi obtenir un « indice HID synthétique ». Les trois classes sont les suivantes : les individus qui jouissent de toutes leurs capacités, ceux atteints d'incapacités légères, et enfin les individus souffrant d'incapacités importantes. Comme le montre le graphique 12, les incapacités déclarées lors de l'enquête sont essentiellement légères. Les enquêteurs ont constaté qu'à « *La Réunion comme en métropole, les personnes atteintes d'incapacités plus affirmées sont socialement plus isolées que les personnes sans incapacité, mais que le poids du handicap est plus lourd à La Réunion²* » (cf. Tab.4). Enfin, face à une ou des incapacités, les personnes « limitées » dans leur quotidien (toilette, déplacements, etc.) font avant tout appel à une aide humaine (cf. Graph.13).



Graph.12 Répartition (en %) des incapacités déclarées dans l'enquête HIDR 2004, en 3 classes.

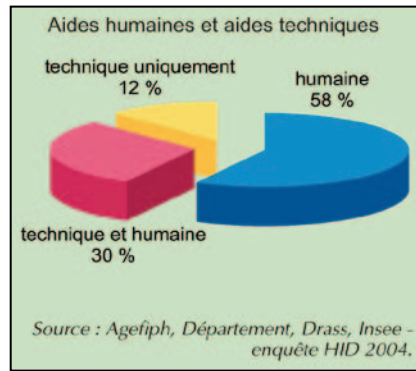
		Caractéristiques sociales selon le degré d'incapacité		
		Sans incapacité	Incapacités légères	Incapacités plus affirmées
moins de 25 ans scolarisé	Réunion	75 %	80 %	20 %
	Métropole	77 %	80 %	63 %
15-49 ans qui travaillent	Réunion	45 %	28 %	6 %
	Métropole	67 %	40 %	12 %
30-69 ans célibataires	Réunion	33 %	38 %	45 %
	Métropole	15 %	13 %	21 %
Vie en couple	Réunion	72 %	54 %	41 %
	Métropole	83 %	71 %	65 %
Départ en vacances	Réunion	60 %	41 %	13 %
	Métropole	73 %	42 %	23 %
Vie associative	Réunion	12 %	13 %	2 %
	Métropole	35 %	33 %	17 %

Source : enquête HID 2004 - Agefiph, Département, Drass, Insee pour La Réunion. Insee, enquête HID 1998 et 1999 pour la métropole.

Tab.4 Incapacités et vie sociale, comparaisons Réunion – Métropole.

¹ Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources : permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie.

² HIDR, Actes du séminaire du 5 octobre 2006 à l'IRTS de Saint-Benoît, PDF.



Graph.13 Répartition (en %) des types d'aides face à l'incapacité, à La Réunion.

À partir de l'enquête HIDR, les différents partenaires préoccupés par la croissance de la population réunionnaise dépendante ont extrapolé l'échantillon (16 000 VQSR puis 1556 individus au final) pour tenter de quantifier cette population :

- 174 000 Réunionnais auraient au moins une incapacité, soit 20% de la population (en 2004).
- parmi cette population « en incapacité » 10 % auraient une incapacité affirmée et 1 personne sur 2 bénéficierait d'une aide humaine.

Pour conclure, et donc répondre à la question « combien il y a-t-il de personnes handicapées à La Réunion ? », on peut dire que, tout comme en métropole, il y a une fourchette basse et une fourchette haute. En 2010, dans la population réunionnaise, la fourchette basse est de 28 510 personnes handicapées reconnues et la fourchette haute (la part estimée de personnes touchées par une incapacité) est de quasiment 200 000 individus (déjà 174 000 en 2004). Autrement dit entre 3,4% et 24% de la population réunionnaise...! Par comparaison, la fourchette variait en métropole de 6,8% à 40% de la population totale selon l'enquête HID de 1999-2001. Un seul chiffre permet en fait une comparaison absolue, c'est celui du nombre d'allocataires AAH (c'est à dire la plus petite fourchette, le « noyau dur ») : entre 2009 et 2010, 822 000¹ personnes ont bénéficié de l'AAH en France métropolitaine, soit 1,31%² de la population métropolitaine totale contre 12 034³ bénéficiaires à La Réunion, soit 1,45 %⁴ de la population totale de l'île.

Au final, les chiffres du handicap sont assez comparables entre Réunion et France métropolitaine. Ainsi, que ce soit au niveau national ou départemental, de plus en plus de personnes sont reconnues comme ayant un handicap ou se déclarent telles, et le vieillissement de la population fait craindre une « explosion » de la dépendance. Pourtant, le contexte

¹, ², ³ et ⁴ Pourcentages obtenus avec les chiffres population INSEE et les chiffres d'allocataires CAF.

socio-démographique évoqué au début du chapitre et les spécificités sanitaires font plutôt penser qu'il y aurait pour le handicap des caractéristiques propres à La Réunion. En effet, les statistiques montrent que la population réunionnaise est relativement plus demandeuse d'aides financières pour compenser un handicap, mais aussi une situation socio-économique plus difficile (PIB moyen/hab. inférieur de 60 % de la moyenne nationale¹). La question ne serait-elle donc pas plutôt celle du poids social du handicap, qui comme le suggère l'enquête HIDR serait plus lourd qu'en métropole ?

2) Vivre en situation de handicap à La Réunion : quelle réalité ?

À la conclusion du point précédent, la question du poids social du handicap à La Réunion a été posée. Comment répondre à cette question ? Il semble assez évident qu'il faut tout d'abord chercher à savoir si à La Réunion, plus encore qu'en métropole, le handicap freine, voire empêche, un début d'intégration dans la société. En premier lieu, est-ce que le contexte réunionnais, quand l'on est en situation de handicap, fait que l'on accède plus difficilement aux différents domaines de la vie sociale, c'est-à-dire au marché du travail, à la formation et aux études, à une place en établissement spécialisé, à un logement, aux transports, etc. ?

2.1 Scolarisation et études des personnes en situation de handicap à La Réunion

Concernant la scolarisation des enfants handicapés réunionnais, la situation est assez simple : on note une assez bonne intégration en milieu scolaire ordinaire, avec encadrement, mais beaucoup d'enfants s'y retrouvent faute de places suffisantes en établissement spécialisé.

L'île est plutôt sous-équipée avec un taux d'équipement global en places en établissement d'accueil de personnes handicapées de moins de 20 ans de 6.4‰, contre 9.1‰ en métropole. Du coup, comme le souligne la DRASS Réunion², « depuis 1990 le nombre de places en établissement et en services ambulatoires ne cessent d'augmenter, mais ces créations suffisent à peine à répondre à la croissance démographique ; [ce qui] se traduit par un engorgement massif des listes d'attente des établissements pour enfants handicapés. ». La MDPH, quant à elle, précise dans son rapport d'activité de 2011 que « le déficit de places [ndr : 323 places manquantes] en IME (Institut Médico Educatif) déséquilibre l'offre globale

¹ INSEE, chiffres 2010 : PIB/hab. Réunion = 17700€; PIB/hab. national = 29805€

² DRASS Réunion, 2006, Rapport d'enquête auprès des Établissements et services pour enfants et adultes handicapés, PDF, 67p, décembre 2006.

de parcours scolaire et éducatif. ». Face à cette situation, une réorientation s'opère vers le milieu scolaire classique adapté (CLIS, UPI) ou vers les Services d'Education Spéciale et de Soins À Domicile (SESSAD). Or pour ces solutions, on note désormais un dépassement de la demande sur l'offre comme le montre les statistiques qui suivent :

- À La Réunion, 60% des pensionnaires d'établissement spécialisé ont une déficience mentale et la majorité (59%) sont des garçons (chiffres DRASS Réunion, 2006).
- En 2006, la DRASS Réunion¹ comptabilisait 11 SESSAD et 11 établissements d'éducation spéciale pour déficients mentaux (IME, IMP, IMPRO).
- Les IME de La Réunion accueillent en 2010 et selon la MDPH, 932 enfants pour 1255 demandes et les SESSAD 485 pour 1313 demandes (offre fluctuante selon accueils en IME).
- Les CLIS et UPI sont un peu moins saturés, avec tout de même un déficit d'environ 60 places pour les deux catégories.

S'agissant des études supérieures à La Réunion, l'Université de La Réunion répartie sur les campus nord (Moufia, La Victoire, Parc Technologique Universitaire, IUFM) et sud (IUT de Saint-Pierre et UFR SHE du Tampon) de l'île est dotée d'une Mission Handicap. Selon les derniers chiffres fournis par ce bureau (mars 2011), 74 étudiants en situation de handicap sont connus et suivis. Une grande partie (26%) de ces personnes présente des déficiences cognitives (dyslexie, etc.). On relève ensuite autant d'handicapés moteurs que sensoriels (21%), des troubles de santé divers (21%) et enfin des personnes en souffrance psychique (dépression, schizophrénie, etc.). Ces étudiants handicapés² représentent 0,57 % de l'ensemble des 11 194³ étudiants de l'Université de la Réunion (hors IUT et IUFM).

Malgré l'écart de grandeur, une comparaison avec la France métropolitaine est possible et intéressante sur trois points :

- tout d'abord, les 9 291 étudiants handicapés (uniquement inscrits dans des UFR) de métropole représentent 0,76 % de la population étudiante métropolitaine totale⁴. Il y a donc une proportion d'étudiants handicapés un peu plus importante en métropole qu'à La Réunion. Dans les deux cas le pourcentage reste faible, car théoriquement, si l'on applique le taux de prévalence d'une déficience dans la population générale des 20-

¹ DRASS Réunion, 2006, Rapport d'enquête auprès des Établissements et services pour enfants et adultes handicapés, PDF, 67p, décembre 2006.

² Toute déficience reconnue et signalée.

³ Chiffres INSEE et Université Réunion.

⁴ <http://www.handi-u.fr/cid52055/etudes-et-enquetes.html>

39ans¹ (c'est à dire en âge de faire des études supérieures), on devrait compter au moins 293 462 étudiants handicapés en métropole.

- concernant les types de déficiences, chez les étudiants handicapés métropolitains, on note en premier lieu les troubles moteurs et sensoriels (43%) puis les troubles de santé divers (26%) alors que les troubles cognitifs et du langage n'arrivent qu'en 3^{ème} position (15%). Il y aurait donc moins de handicaps lourds parmi les étudiants Réunionnais que chez leurs homologues métropolitains.
- enfin, s'agissant du niveau d'étude, il y a plus d'étudiants handicapés inscrits en Licence (3 années) à La Réunion qu'en métropole (82,4% contre 76,5%) et l'inverse en Master (14,8% contre 21,7%). Proportionnellement il y a également plus de doctorants handicapés à La Réunion mais la faiblesse en valeur absolue (2 étudiants) rend cette donnée peu significative. Même si cette répartition des effectifs exprime une différence, celle-ci reflète avant tout la situation générale du cursus LMD à La Réunion. Pour autant, ces écarts entre situation générale et étudiants handicapés à La Réunion ne sont pas négligeables : 75% d'inscrits en Licence contre 82,4% chez les étudiants handicapés, 24% contre 14,8% en Master et 7% contre 2,7% en Doctorat. Les étudiants handicapés Réunionnais sont donc surtout inscrits dans le premier cycle universitaire, mais cela s'explique probablement davantage par l'arrivée récente d'handicapés Réunionnais dans les études supérieures et par un auto-sigalement plus fréquent que par une moindre accession aux plus hauts cycles universitaires.

En matière d'intégration par la scolarisation ou l'encadrement spécialisé, on constate donc qu'effectivement, à La Réunion, le contexte fait que les enfants handicapés sont moins aidés et plus difficilement accueillis en milieu médico-éducatif spécialisé. Cela est fort dommage car souvent la vie dans ces établissements permet l'émulation de groupe et l'accès à des activités sportives ou de sorties qui au final participe de l'épanouissement personnel de l'enfant. Au-delà de 20 ans, les mêmes problèmes se posent toujours pour certains mais de plus en plus d'enfants handicapés sortant d'une scolarité classique (y compris CLIS et UPI) accèdent aux études supérieures. Toujours est-il que les jeunes handicapés réunionnais semblent « freinés » et qu'ils ont un besoin urgent d'épanouissement et de qualification pour pouvoir prendre en main leur avenir socioprofessionnel ou s'intéresser aux enjeux de demain (le développement durable, la préservation de l'île, etc.) et prétendre à une appartenance pleine et entière à la communauté des citoyens.

¹ 24%.

2.2 Quelle insertion professionnelle pour les travailleurs handicapés Réunionnais ?

Comme dans beaucoup de régions et de départements français, trois sources permettent d'avoir une vue d'ensemble de la situation réunionnaise actuelle en matière d'insertion professionnelle des personnes handicapées : la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), l'Association Nationale Gestion Fonds Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH) et le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP).

2.2.1 *Travailleurs handicapés et marché local du travail (privé et public)*

Tout d'abord, en 2011 la MDPH annonce avoir accordé jusqu'ici une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH) à 8446 de ses ayants droits¹.

L'AGEFIPH, dans son tableau de bord régional 2010² aborde le thème par le chômage et les embauches de travailleurs handicapés : 1823 demandeurs d'emploi handicapés (DETH) soit une augmentation de 4,8%, accompagnée dans le même temps d'une augmentation de 11% du nombre de contrats primés AGEFIPH et d'une hausse de 24% des embauches par le réseau Cap Emploi³. Enfin, un dernier chiffre positif est à noter avec la baisse de 19 points du nombre d'établissements à « quota zéro »⁴ (37% dorénavant).

Au niveau de la fonction publique, la FIPHFP dans son rapport régional d'activité 2009⁵ indique une nette progression du taux d'emploi légal de travailleurs handicapés qui est de 2,88% dans la fonction publique réunionnaise alors que la moyenne nationale est de 4,38%. Au 1^{er} janvier 2008, 723 fonctionnaires bénéficiaient de l'obligation d'emploi. Cependant, dans le détail, il est indiqué que la moyenne d'âge est élevée (84% ont plus de 40 ans), que seuls 5,9% de ces fonctionnaires sont cadres et que 30% sont des agents reclassés.

2.2.2 *Travail en milieu protégé*

Pour le travail en milieu protégé, 12 Etablissements et Service d'Aide pour le Travail (ESAT, ex-CAT) sont recensés à La Réunion. Le taux d'équipement en places en ESAT pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans est de 1,9 ‰ alors qu'il est de 3,2 ‰ en métropole⁶. Il n'y a pas d'autres types de structures et, comme pour l'accueil des moins de 20 ans, la demande

¹ MDPH Réunion – Sagis, 2010, Dénombrement et description de la population handicapée bénéficiaire de droits à compensation par la MDPH 974, PDF, mars 2010.

² AGEFIPH, 2010, *Tableau de bord régional* n°10, 1^{er} semestre 2010, PDF, 9p.

³ Cap emploi est un réseau national de 107 organismes de placement spécialisés assurant une mission de service public, inscrits dans le cadre de la loi Handicap 2005 et dédiés à l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Ce service est financé par l'AGEFIPH, le FIPHFP et par Pôle emploi.

⁴ Établissements n'ayant aucun salarié et ne respectant donc pas les quotas obligatoires.

⁵ FIPHFP, 2009, *Rapport régional d'activité 2009*, PDF, 12p.

⁶ Chiffres INSEE, DRASS Réunion / FINISS, 2010.

dépasse l'offre : selon la MDPH il y aurait un déficit de 500 places (901 places pour 1420 offres). D'autre part, toujours selon la MDPH, « *la faiblesse des offres de formation disponibles localement comme par exemple l'absence de Centre de Rééducation Professionnelle ou de Centre de Pré-orientation, explique la faible demande d'orientation professionnelle vers une formation.* ». En effet à part les offres de l'AFPAR (Association pour la Formation Professionnelle des Adultes à la Réunion) et de la CCIR (Chambre de Commerce et de l'Industrie de la Réunion), ou du cas par cas avec Cap Emploi, les possibilités se font rares. Cela pose également le problème du choix et du niveau de qualification : est-on à La Réunion, en tant que personne handicapée, condamné à travailler en milieu protégé ou à suivre des formations souvent peu qualifiantes, nonobstant leur dimension d'intégration et d'épanouissement avérée pour certains ?

Enfin, un problème est régulièrement posé par les associations de personnes handicapées et les parents de jeunes adultes handicapés¹ : quid du handicap lourd ? En effet, ces formations et les ESAT sont prévus généralement pour des déficients légers (et bien adaptés à ceux-ci par ailleurs). D'après la délégation départementale de l'AFM (Association Française contre les Myopathies) il n'est pas prévu à La Réunion des offres pour les handicaps lourds, ni de former des accompagnants ou auxiliaires pour aider sur le lieu de travail et aucun cas d'un tel accompagnement ou d'adaptation de poste ne leur est connu à La Réunion. De plus aucune information ne circule à ce sujet, qui semble être tabou.

Pour conclure sur ce thème de l'insertion professionnelle des personnes handicapées, on peut donc dire qu'à La Réunion, la situation globale est moins bonne qu'en métropole où la situation n'est déjà pas à la hauteur de ce que l'obligation légale d'embauche laisse présager. La faute en incombe à une offre de formation adaptée largement insuffisante et à un déficit pesant en places d'accueil en ESAT. De plus, l'offre globale est peu qualifiante, peu connectée au marché réel de l'emploi et peu adaptée aux handicaps lourds, notamment moteur. Il est frappant, en outre, qu'il y ait plusieurs milliers de travailleurs handicapés reconnus à La Réunion (8446 RQTH) et que l'on parle seulement de 900 places en ESAT et de 75 étudiants ! Même si l'AGEFIPH et le FIFHP avancent des chiffres encourageants, beaucoup de choses restent donc à faire. Malheureusement, le problème est rendu encore plus complexe par un contexte socio-économique général difficile : taux de chômage des jeunes, crise conjoncturelle et remise en question, notamment dans le BTP et le tourisme. Aussi, le chômage, la précarité (même si il y a une augmentation de la part des CDD¹² mois et des CDI) et la sous-qualification / sous-rémunération sont des maux qui n'épargnent pas les travailleurs handicapés Réunionnais.

¹ Les Rencontres Citoyennes du Handicap 2011 du Tampon (13 et 14 avril 2011) ont encore été marquées par ces questions.

2.3 L'accès aux autres domaines de la vie sociale

2.3.1 *Transports*

Se déplacer en étant en situation de handicap reste actuellement un gros problème à La Réunion. Pour des handicaps légers, le problème est le même que pour les personnes valides et le « tout voiture » est plutôt la règle. Pour des handicaps plus lourds, notamment sensoriels et moteurs, cela relève du parcours du combattant. En effet, même si plusieurs collectivités sont en pleine réflexion (élaboration de schémas directeurs), voire en phase d'achat d'équipements et de véhicules (TCO par exemple), aucun transport collectif public n'est réellement accessible à ce jour. D'ailleurs, l'abandon d'un projet de tram-train fin 2010 a été plutôt mal accueilli par une partie des personnes handicapées de l'île. D'autre part, ces dernières années certains programmes d'équipement en véhicules adaptés ont été des échecs à la fois au niveau technique et au niveau de la fréquentation¹ : Mobi+ à Saint Paul (taxis « anglais », peu pratiques et non adaptés aux fauteuils électriques), et dans une moindre mesure le réseau Citalis dans le Nord (bus à plancher bas inutiles faute d'arrêts adaptés). Pour autant, ni le projet de tram-train² ni les autres systèmes évoqués n'auraient permis ou ne permettent pas à ce jour de désenclaver les Hauts de l'île, ni même la majeure partie du département. Cette situation a bien sûr été relevée par l'enquête HIDR de 2004, dans laquelle 49% des adultes handicapés Réunionnais interrogés déclarent avoir un accès difficile voire impossible aux transports en commun (cf. Tab.5 ci-dessous).

	n	% ⁽¹⁾
Accès difficile aux transports en commun	2 829	22
Pas d'accès aux transports en commun	3 420	27
Accès difficile ou impossible aux transports en commun	6 249	49

Source : AGEFIPH, DEPARTEMENT, DRASS, INSEE – Enquête HID 2004
Exploitation ORS

Tab.5 *Un accès difficile aux transports en commun* (source : ORS – HIDR 2004)

Reste le transport spécialisé. Dans ce domaine la situation est simple, et pourtant si problématique : il y a un seul opérateur sur l'île, un GIHP (Groupement Insertion Personnes Handicapées Physiques) subventionné par le Département mais en position de monopole et avec des objectifs et des orientations pas forcément très lisibles pour le public PMR. Ce

¹ Point de vue des associations et usagers, pas toujours partagé par les responsables techniques et les collectivités concernées.

² Premier tronçon de seulement 34 km, au niveau du littoral, sur les 207 km de circonférence de l'île.

service est régulièrement critiqué¹ car de qualité variable (prix pratiqués, prestations qui disparaissent de l'offre puis réapparaissent, etc.). Plusieurs communes et associations se sont donc dotées de véhicules adaptés pouvant accueillir une dizaine de personnes dont 3 ou 4 fauteuils électriques.

Au niveau des institutions, la MDPH peut attribuer des aides aux particuliers, ponctuelles (pour l'achat ou l'aménagement de véhicules) ou mensuelles (participation aux frais liés aux trajets). Cependant à La Réunion, il existe encore peu d'aménageurs de véhicules spécialisés dans l'installation de rampes ou d'élévateurs et l'importation de véhicules demeurent complexe, notamment en raison de son coût. Aussi, seules 28 aides PCH ponctuelles et 22 mensuelles (tout transports et pas uniquement pour l'aménagement de véhicules) ont été accordées récemment par la MDPH Réunion. Le Conseil Général propose quant à lui depuis 2006 un *Pass Transport* sur le modèle des tickets restaurants (2 chèquiers d'une valeur totale de 300€), pour les transports sur le réseau des Car Jaunes et auprès de taxiteurs privés agréés². Ce *Pass Transport* est réservé aux personnes handicapées adultes reconnues par la CDAPH et ne nécessitant pas d'un véhicule adapté (excluant *de facto* les personnes en fauteuil roulant) et n'a bénéficié qu'à 8200 personnes en 2011³, soit 34 % des adultes handicapés reconnus par la CDAPH de La Réunion⁴. En effet, l'inaccessibilité technique des transports en commun de l'île et des taxis (d'où le fait que ce *pass* ne soit réservé qu'à des personnes ne nécessitant pas de véhicule adapté) fait que ce dispositif reste très limité dans son utilisation pour une majorité de bénéficiaires.

2.3.2 Logement

Le logement est également un problème récurrent pour les handicapés réunionnais. Pour des aménagements et des aides techniques dans le bâti ancien destinés aux propriétaires, il existe différentes subventions du Conseil Général et de la MDPH. Ainsi au 1^{er} octobre 2010, la MDPH Réunion comptabilisait 108 aides PCH ponctuelles et 335 aides techniques. Cependant, selon l'exploitation⁵ de l'enquête HIDR de 2004 faite par l'ORS (devenue ARS-OI), seuls 44% des besoins en matière d'aménagement du domicile sont satisfaits à La Réunion.

Pour ce qui est du secteur locatif, le problème est bien plus complexe. Dans le locatif « classique », en appartement ou villa, il est assez difficile de trouver un logement accessible.

¹ Imaz Press Réunion, 2010, article publié en ligne le 14/01/2010, *Le GIHP joue sur les coûts*.

² 205 taxiteurs agréés par le Conseil Général et répartis sur toute l'île.

³ Chiffres Conseil Général Réunion.

⁴ Chiffres MDPH Réunion : agrégation des classes d'âges au-delà de 17 ans = 23901 personnes.

⁵ ORS, 2006, Rapport Enquête Handicap-Incapacité-Dépendance 2004, PDF.

Ceci est dû essentiellement au manque de logements collectifs neufs -construits avec de réelles exigences d'accessibilité- et au relief de l'île qui complique les accès de plain pied, ce qui explique la rareté de ce type de produit immobilier. La situation est identique en matière de logement social : les personnes valides remplissent déjà les listes d'attente et les associations déplorent que l'accessibilité ne soit pas un objectif prioritaire pour les bailleurs sociaux. Enfin, pour l'accession à la propriété et notamment dans le cadre d'un Logement Évolutif Social, le problème n'est pas tant celui de l'obtention de subventions ou d'un crédit – quoique – que l'aspect évolutif qui n'est pas à la portée d'une personne en situation de handicap. L'opération des « Bâtisseurs du cœur¹ 2010 » a d'ailleurs parfaitement souligné ce problème puisque seul le recours à la générosité et au bénévolat ont permis au propriétaire du LES bénéficiaire d'avoir un logement réellement fini et accessible. À noter aussi que malgré le cumul possible de l'AAH avec l'allocation au logement ou d'autres aides, beaucoup de Réunionnais handicapés n'ont pas les moyens suffisants pour loger dans un lieu parfaitement adapté.

2.3.3 Matériel adapté

Dans l'acquisition de matériel adapté (du fauteuil roulant au petit matériel en passant par les prothèses), deux problèmes majeurs se posent :

- le manque de revendeurs spécialisés (tout juste une dizaine, tous matériels confondus)
- l'éloignement de l'Union Européenne qui implique un manque de choix (peu de démonstrations possibles et peu de références proposées) et surtout un surcoût. Là encore, les associations déplorent la situation et réclament un fonds compensatoire d'aide ainsi qu'un observatoire des prix et des exonérations de taxes. En effet, un fauteuil électrique coûte en moyenne 15 à 20% plus cher² et le petit matériel (siège de bain, coussin anti-escarres, déambulateur, etc.) peut être jusqu'à 40% plus onéreux³. La faute en incombe aux coûts de transport, aux frais de douane et au peu de bénéfice réalisé sur un matériel très spécifique revendu aux quatre coins de l'île et à peu d'exemplaires.

2.3.4 Loisirs et handisport

Quand l'on est une personne valide à La Réunion, beaucoup de loisirs sont possibles, notamment sportifs et de pleine nature. Pour autant, « l'île intense » peut également mériter sa réputation pour les personnes en situation de handicap. En effet, le handisport « classique »

¹ Opération réalisée dans le cadre du Téléthon Réunion 2010, à Saint-André, avec l'aide d'artisans bénévoles, le partenariat de fournisseurs de matériaux et celui du Conseil Général.

² et ³ Valeurs moyennes avancées suite à discussion avec des associations et plusieurs revendeurs locaux.

est plutôt bien développé sur l'île grâce à la présence d'un Comité Régional Handisport et d'un Comité Régional de Sport Adapté, ou encore par des associations comme *Saint-Paul Handisports* et *Sport, Culture et Accessibilité*. Au-delà, des activités moins répandues, comme la randonnée en joëlette¹ ou la baignade en tiralos, voire même des sorties en hélicoptère, ULM et parapentes sont possibles. Le rôle des associations et des CCAS (Centre communal d'action sociale) est primordial dans cette offre d'activités, mais certains problèmes récurrents (voir 2.3.5) font que cette dynamique associative est souvent mise à mal.

Comme pour les transports, depuis 2003, le Conseil Général a mis en place les « *Pass Loisirs* »². Ce dispositif novateur consiste en un partenariat avec 106 prestataires dans les secteurs du loisir, du sport de la culture et de l'hébergement, ainsi qu'en un système de chèques de 5€ à dépenser auprès de ces prestataires. En 2011, chacun des 10250 bénéficiaires a ainsi pu disposer de 2 chèquiers d'une valeur totale de 270€ L'accès au dispositif est gratuit et réservé aux titulaires d'une pension d'invalidité ou de l'AAH ou de l'AEEH. Il sera nominatif à partir de 2011. Officiellement par souci de personnalisation et de sécurité, ce caractère nominatif semble plutôt être le fait d'une politique anti-revente, certains n'hésitant pas jusqu'alors à obtenir un « ti'monnaie » en revendant leur chéquier, signe supplémentaire de précarité sociale. Le même phénomène³ ayant été repéré concernant le *Pass Transport*, c'est la même solution qui a été déployée.

2.4 La loi de 2005 à La Réunion : le point sur la mise en accessibilité des espaces

Les 13 et 14 décembre 2007, les « Messagers de l'espoir »⁴ composés de sportifs valides et handicapés sont partis dans un tour des communes réunionnaises pour sensibiliser élus et citoyens à l'application de la loi 2005. A l'époque l'accent avait été mis sur la création des commissions communales d'accessibilité (CCA). En effet, 2 ans après la promulgation de la loi, cette mise en place semblait très timide dans la plupart des communes de l'île, voire non inscrite au calendrier. Qu'en est-il actuellement ? Le retard s'est-il réduit ?

2.4.1 *Mise en place des commissions d'accessibilité*

Il semble que le message de décembre 2007 a porté ses fruits dans les communes et communautés de communes. En effet, alors qu'à l'époque il y avait peu de commissions déjà créées et beaucoup de promesses, on constate aujourd'hui que les municipalités et les intercommunalités ont évolué sur ce point. Les tableaux 6 et 7 rendent compte de la situation

¹ Chaise à porteur montée sur un monocycle.

² CG974 - Direction des Actions de Solidarité et d'Intégration, 2010, *Le Pass Loisirs*, PDF de présentation.

³ Confirmé en aparté par les représentants d'associations d personnes handicapées et certains utilisateurs.

⁴ Imaz Press Réunion, 2007, *L'accessibilité au coeur du message*, article publié en ligne le 27/01/2011.

au 1^{er} trimestre 2011 et permettent la comparaison entre collectivités. Une majorité de communes réunionnaises ont établi leur commission d'accessibilité et seules quelques municipalités n'ont pas encore rempli cette obligation. Il faut noter cependant un phénomène restreint mais bien réel : certaines communes respectent certes l'obligation légale avec la présence d'une CCAPH mais celle-ci tient plus d'une commission citoyenne du handicap qui se réunit rarement et ne semble émettre ni avis, ni diagnostic. De plus, certaines communes se reposent apparemment sur l'existence d'une commission intercommunale (CIAPH). Il est possible que ces dernières aient profité du flou législatif à propos de la non-coexistence d'une CCAPH et d'une CIAPH, qui a existé jusqu'en mai 2009 (voir partie I, chap. 1, 1.2.2). Or, l'article 2143-3 du Code général des collectivités territoriales a été modifié à cette date. Dès lors, lorsqu'une commune regroupant plus de 5 000 habitants appartient à un Établissement public de coopération intercommunale (EPCI), les deux structures doivent se doter d'une CAPH, à moins qu'une convention de transfert de compétences ait été signée. Or, de telles conventions n'existent pas encore à La Réunion. En résumé, le but n'est pas ici d'accuser telle ou telle municipalité, mais il est évident que certaines communes ont des CCAPH plus effectives que d'autres, qui se réunissent régulièrement et élaborent diagnostics et cahiers des charges pour des travaux de mise en accessibilité. Cela permet d'exprimer un dernier constat et le plus marquant : s'il y a bien une majorité de CCAPH en place à La Réunion, les municipalités ayant effectué des travaux de voirie ou dans les ERP sont bien plus rares.

<i>EPCI / Collectivité</i>	<i>CIAPH</i>	<i>Diagnostic + SDA</i>	<i>Réflexion / autres domaines</i>
CINOR	oui	validé / en cours	NC
TCO	oui	validés	accessibilité espaces loisirs / naturels
CIVIS	oui	validé / en cours	NC
CASud	NC	NC	NC
CIREST	oui	en cours / NC	accessibilité espaces naturels
Conseil Général	–	validé (SDIH) / en cours	forêts départementales

Tab.6 *Avancement des dispositifs de mise en accessibilité dans les EPCI réunionnaises*
(source : sites web des collectivités et DDE, au 1^{er} trimestre 2011).

<i>Commune</i>	<i>Intercommunalité</i>	<i>Présence d'une CCA</i>	<i>Fréquence sessions</i>	<i>Autre</i>
Les Aviron	CIVIS	oui*	NC	
Bras-Panon	CIREST	oui	exceptionnelles	
Cilaos	CIVIS	oui	exceptionnelles	
L'Entre-Deux	CASUD	oui	régulières	difficultés / monuments H
L'Étang-Salé	CIVIS	oui	régulières	
Petite-Île	CIVIS	oui	régulières	
La Plaine-des-Palmistes	CIREST	NC	NC	
Le Port	TCO	oui	régulières	
La Possession	TCO	oui	régulières	
Saint-André	CIREST	oui	exceptionnelles	
Saint-Benoît	CIREST	oui	régulières	
Saint-Denis	CINOR	oui	régulières	travaux en cours
Sainte-Marie	CINOR	non		
Sainte-Rose	CIREST	oui	NC	
Sainte-Suzanne	CINOR	non		
Saint-Joseph	CASUD	oui	exceptionnelles	travaux récents
Saint-Leu	TCO	oui	exceptionnelles	travaux récents
Saint-Louis	CIVIS	oui	exceptionnelles	
Saint-Paul	TCO	oui*	NC	travaux en cours
Saint-Philippe	CASUD	oui	NC	
Saint-Pierre	CIVIS	oui	régulières	travaux récents
Salazie	CIREST	NC	NC	
Le Tampon	CASUD	oui + commission citoyenne	régulières	
Trois-Bassins	TCO	NC	NC	

Conseil.Dép.Consult.PH		oui	NC	
Sous-Comm.Dép.Access.		oui	régulières	

* = CCAPH légalement existante mais sans fonctionnement apparent
NC = non connu

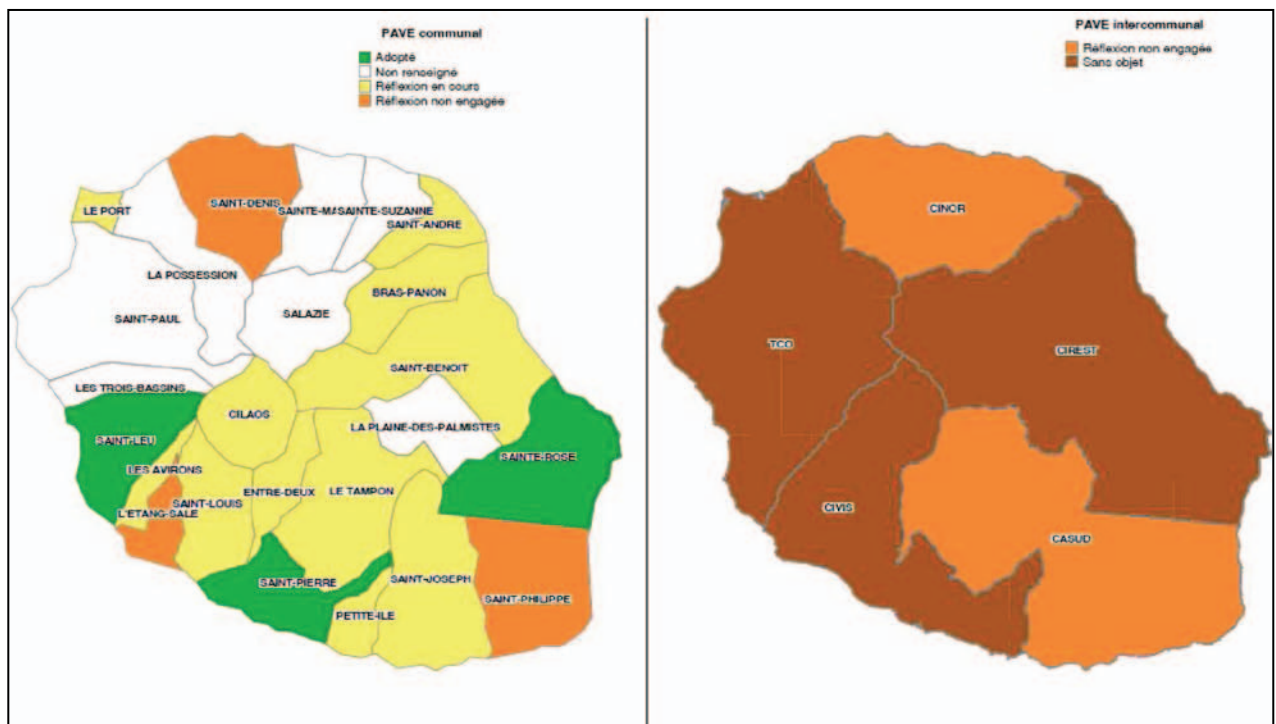
Sources : sites web mairies, Délégation AFM 974.

Tab.7 Les CCAPH et commissions départementales d'accessibilité de La Réunion
(source : sites web des collectivités, presse locale, associations, au 1^{er} trimestre 2011).

2.4.2 Diagnostic des ERP et élaboration des PAVE (voirie) : état des lieux

Au niveau des diagnostics des établissements recevant du public (ERP) et des Plans Accessibilité Voirie et Espaces (PAVE), les choses sont allées dans le même sens, celui du rattrapage. Cependant, beaucoup de communes réunionnaises ne se sont pas encore pleinement préoccupées de leurs obligations en matière de planification de la mise en accessibilité de leur territoire et de leurs établissements. Ainsi, concernant les diagnostics d'ERP, seules 11 communes (sur 22) peuvent déclarer¹ avoir réalisé ou entamé ce travail de diagnostic (ce qui ne veut pas dire que des travaux de mise en accessibilité aient été entrepris).

¹ Déclaration officielle, faite pour les JTA Réunion 2010 et à la demande de la DDE.



Carte.5 Mise en place des PAVE à La Réunion : bilan au 1^{er} juillet 2010 (source : DDE Réunion).

2.4.3 Écarts de situation : un retard d'autant plus dommageable à La Réunion

Comme on vient de l'expliquer, la mise en accessibilité des espaces publics réunionnais, ainsi de la voirie et des transports collectifs, bien qu'obligatoire et datée, a pris un certain retard. Certes, ce retard est comparable à celui observé en France métropolitaine. Cependant, du fait de l'importance de l'urbanisation sur l'île, du relief marqué et du climat tropical, ce retard revêt une certaine importance à La Réunion. En effet, si rien n'est planifié à temps, les solutions à trouver n'en seront que plus complexes et le risque est réel de voir des aménagements récents mais dépassés dès la fin des chantiers... Alors que l'île se développe de manière très accélérée depuis quelques années, de par la démographie et l'urbanisation croissantes, il est d'autant plus dommageable que la mise en accessibilité soit remise à plus tard alors qu'il est encore temps de faire directement du neuf ou du rénové accessible.

Aussi, du fait que certaines collectivités aient compris l'intérêt de cette priorité et que d'autres semblent l'ignorer, des écarts de situation apparaissent. Or, sur une île plus qu'ailleurs, ces écarts favorisent l'existence de phénomènes qui interrompent la chaîne des déplacements. Un simple exemple résume tout ce que ces retards impliquent : si une PMR prend un bus public adapté à un arrêt accessible grâce à une voirie accessible au centre de Saint-Denis pour se rendre à Saint-André¹ et qu'arrivée à destination, elle ne peut descendre faute d'une

¹ Situation tout à fait fictive, dont le but n'est pas de pointer du doigt une commune plus qu'une autre.

accessibilité suffisante, alors la chaîne est rompue. Dans de tels cas, on peut quasiment dire qu'un seul écart de situation annihile tous les efforts consentis par ailleurs.

D'autre part, même si certaines commissions d'accessibilité sont apparemment bien en place, leur fonctionnement régulier et leur efficacité ne sont en général pas connus ou évoqués. Ainsi, après un tour d'horizon des sites internet¹ des communes réunionnaises et des communautés de communes, il est impossible d'obtenir une quelconque information sur le caractère effectif de ces commissions, ni sur les décisions qui y sont prises.

En résumé, si la complexité de la mise en accessibilité est souvent mise en avant à juste titre par les acteurs réunionnais concernés, il serait judicieux de prendre le temps de la réflexion plutôt que de repousser le problème à plus tard puis de se précipiter pour trouver une « pseudo solution ». Enfin, il nous faut souligner un manque évident d'information sur la mise en place ou le travail effectué par les diverses commissions d'accessibilité, les seules données facilement accessibles étant celles des JTA de 2010.

2.4.4 Situations comparées des niveaux d'accessibilité, par secteurs géographiques

La situation relative à la mise en accessibilité sur l'Île de la Réunion n'est pas homogène. En effet, certaines communes se sont dotées de commissions d'accessibilité (CCAPH) et ont récemment réalisé des travaux de mise aux normes alors que d'autres ont une commission d'installation récente et une voirie totalement inaccessible. On s'aperçoit très vite que les écarts en matière d'accessibilité sont également géographiques : les communes littorales sont globalement plus accessibles, notamment de Saint-Denis (Nord) à Saint-Pierre (Sud-Ouest) en passant par Saint-Paul, alors que les « Hauts » le sont beaucoup moins. La carte.4 spatialise ces constats. Deux autres cartes (cf. Annexe 2) faisant figurer les obstacles naturels (ravines et pentes) et les risques liés aux aléas environnementaux (inondations, glissements de terrain, etc.) démontrent que cette répartition géographique des zones bâties plus ou moins accessibles n'est pas anodine. Pour comparer les différents niveaux d'accessibilité à La Réunion, il est donc possible de discerner cinq sous-ensembles :

- un quart littoral nord-ouest très urbanisé, plutôt accessible (Sainte-Marie à Etang-Salé) : la bande littorale ouest et nord-ouest de La Réunion est la zone la plus dense et urbanisée (environ 230 000 hab.²). Avec le chef lieu Saint-Denis, le pôle économique du Port et un ensemble de villes moyennes très touristiques, il n'est pas étonnant que ce soit aussi la zone la plus accessible. Il faut dire qu'avec plusieurs commissions d'accessibilité bien en place, des travaux de voirie récents bien répartis et des

¹ Visite des sites web de toutes les communes et communauté de communes (ceux existants) effectuée le 28/04/2011.

² INSEE, population légale des communes et cantons de La Réunion, 2008.

obstacles réduits (quelques ravines et des espaces inondables), toutes les conditions sont réunies pour une accessibilité, perfectible certes, mais optimale.

- un pôle du Sud-Ouest également dense et dynamique, plutôt accessible : l'ensemble Saint-Pierre-Le Tampon (centre et bas) est également une zone densément peuplée et plutôt accessible. Là encore ce sont deux villes moyennes dynamiques et surtout attentives à l'accessibilité : leurs deux commissions d'accessibilité sont parmi les plus actives de l'île.
- les Hauts de l'Ouest, le « Sud sauvage » : ces zones rurales qui dominent en partie la frange côtière accessible sont parfois rattachées à des communes plutôt accessibles mais elles sont, soit enclavées, soit éloignées des centres-villes des Bas. Cet enclavement est généralement dû à deux contraintes : le relief escarpé (ravines, terrains meubles ou rocaillieux) et un accès difficile aux transports publics.
- le quart Nord-Est : cet ensemble de gros bourgs et de zones semi-urbaines n'est pas des plus accessibles et il y a un besoin urgent de mise en accessibilité des centres-villes de la zone (Saint-Benoît, Saint-André, Sainte-Rose). Les pentes y sont certes assez douces mais les terrains ne sont pas toujours totalement viabilisés et les abords pas forcément bitumés. Cependant l'existence de quelques commissions communales d'accessibilité et la bonne dynamique insufflée par l'intercommunalité (CIREST) et sa CIAPH sont des points positifs.
- les cirques (Mafate, Salazie, Hauts de Saint-Denis) et les hauts plateaux forestiers : il s'agit là des sommets peu accessibles, voire inaccessibles de l'île. Ici, c'est surtout le relief très escarpé qui conditionne l'accessibilité : Mafate, Salazie et leurs îlets sont bien trop enclavés et encaissés pour permettre de réaliser une voirie optimale. Certes les centres-villes comme celui de Salazie sont plutôt plats et relativement fréquentables pour des PMR...mais encore faut-il y accéder. Enfin, les nombreuses zones meubles, les pentes abruptes et les routes sinueuses ainsi que le classement en Parc National rendent très compliqué tout chantier et toute construction.

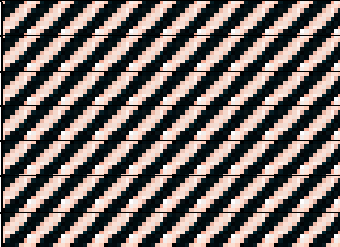

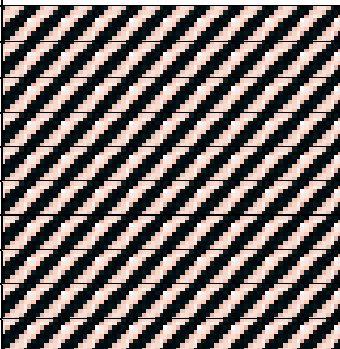
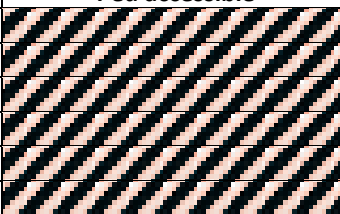

Le tableau 8 indique pour les cinq secteurs les communes et cantons compris dans la zone ainsi que le nombre d'habitants concernés sur la base des données INSEE¹. Est mentionnée également la part de population MDPH résidant dans ces communes². Les chiffres suivis d'un astérisque (en fait ceux correspondants à des cantons) sont des pourcentages proportionnels à la part de population totale représentée³. Malgré ces limites dans les chiffres retenus, les

¹ INSEE, population légale des communes et cantons de La Réunion, 2008.

² MDPH Réunion, 2011, 28510 personnes handicapées suivies.

³ ratio arbitraires et extrapolés par rapport aux données MDPH, ces dernières étant uniquement disponibles par communes et non par cantons.

ensembles de population PMR concernés par le niveau d'accessibilité de la zone sont cohérents et pertinents. Ainsi, on s'aperçoit que même si plus de 365 000 habitants et presque 45 % de la « population MDPH » résident dans les zones les plus accessibles de l'île, 42 % des personnes handicapées suivies par la MDPH vivent dans des espaces peu accessibles et 13% dans des zones très enclavées.

<i>Secteur/communes</i>	<i>Population</i>	<i>% pop. MDPH</i>	<i>CCAPH</i>	<i>Niveau d'accessibilité global</i>
Nord-Ouest / Ouest	231 800	~ 25,8		Bon
Sainte-Marie	30 800	3,6		
Saint-Denis ¹	63 700	7*		
La Possession	30 000	2,8		
Le Port	38 500	4,8		
Saint-Paul (centre, St Gilles les Bains, Ermitage) ²	40 300	4,4*		
Saint-Leu ³	15 000	1,9*		
Etang-Salé	13 500	1,3		
Pôle St Pierre - Tampon	135 700	~ 18,5		Bon
Saint-Pierre	77 000	11,3		
Le Tampon ⁴	58 700	7,2*		
Hauts Ouest / Sud Sauvage	212 800	~ 25,5		Peu accessible
Hauts Ouest (de Bois Nèfles à Saline-les-Hauts) ⁵	58 900	6,6*		
Piton Saint-Leu ⁶	14 900	1,9*		
Trois-Bassins	7000	0,8		
Les Aviron	10 500	1		
Saint-Louis + La Rivière	57 100	5,9		
Entre-Deux	6 100	0,9		
Cilaos	6000	0,7		
Petit-Ile	11 800	1,7		
Saint-Joseph	35 500	5,3		
Saint-Philippe	5000	0,7		
Nord-Est / Est	132 900	16,8		
Sainte-Suzanne	22 600	2,6		
Saint-André	53 000	6,5		
Bras Panon	11 500	1,5		
Saint-Benoît	34 000	4,8		
Plaine-des-Palmistes	5000	0,6		
Sainte-Rose	6800	0,8		
Cirques et hauts plateaux	116 700	~ 13,1		
Salazie	7300	1,1		
Hauts du Tampon, Plaines des Cafres ⁷	13 900	1,7*		
Hauts Saint-Denis ⁸	95 500	10,3*		

¹cantons 1,2,5 et 7 ; ²cantons 1 et 5 ; ³canton 2

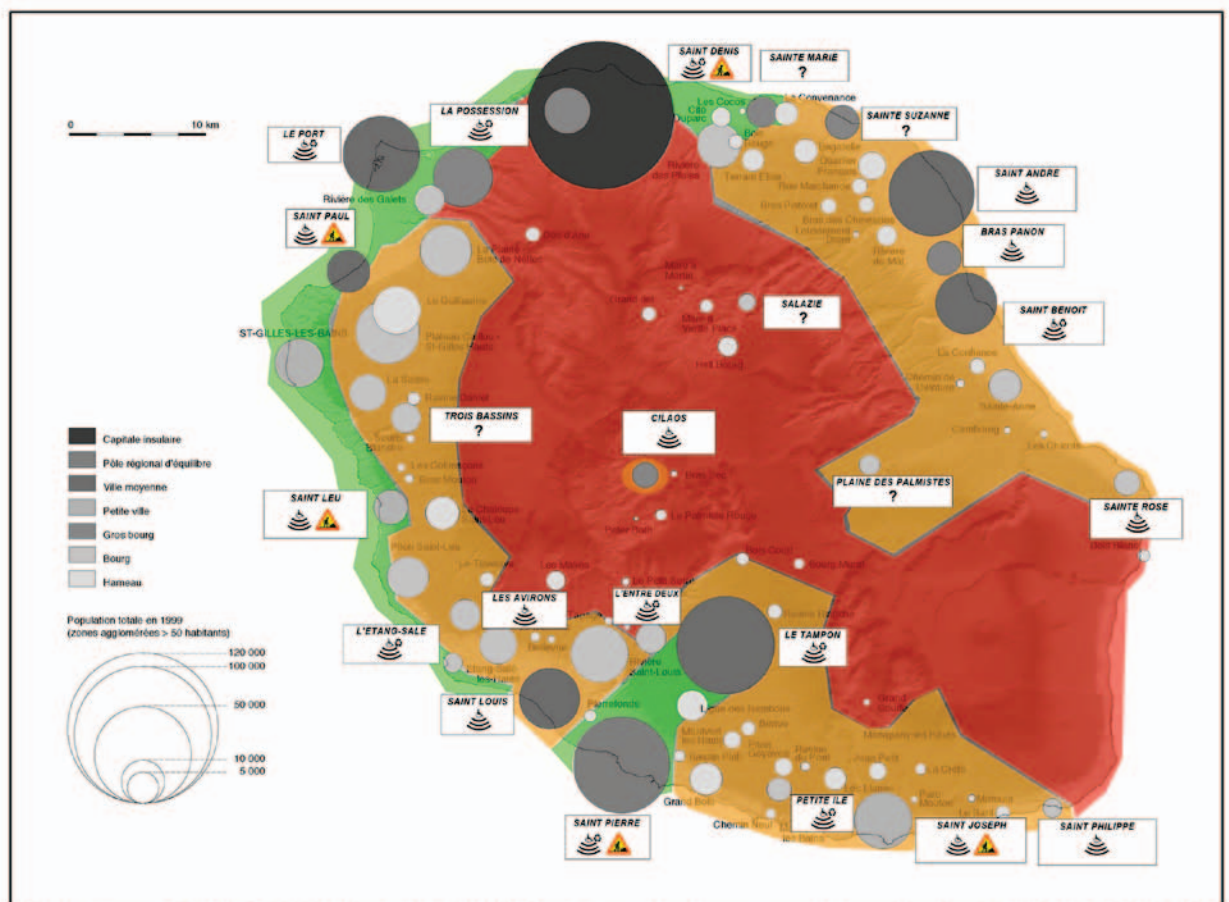
⁴cantons 1,3,4 ; ⁵cantons St Paul 2,3,4 ; ⁶canton St Leu 2

⁷canton Tampon 2 ; ⁸cantons 3,4,5,6,8,9

* ratio extrapolés








Sources : pop. légales INSEE, 2008 ; pop. MDPH, 2011

Tab.8 Populations par secteurs géographiques plus ou moins accessibles à La Réunion.



Réalisation : A.GUENAT, 2011, d'après J.M JAUZE - Laboratoire de cartographie appliquée : B.REMY / E.MARCADE

Légende

- | | | | |
|---|--|---|---------------------------------|
|  | Zone non accessible |  | CCAPH inexistante ou non connue |
|  | Zones peu accessibles |  | CCAPH en place |
|  | Zones plutôt accessibles |  | CCAPH avec réunions fréquentes |
|  | Travaux de mise en accessibilité récents ou en cours | | |

Carte.6 Situations comparées des secteurs géographiques de l'Ile de La Réunion et des communes, selon le niveau d'accessibilité et les efforts de mise en accessibilité, en 2011 (source : A.GUENAT, 2011).

2.5 Le handicap à La Réunion, vu du monde associatif

Le tissu associatif lié au handicap est assez important à La Réunion. Ainsi, on retrouve sur l'île des antennes locales d'associations nationales : AFM (Association Française contre les Myopathies), GEIST 21, Association Valentin Haüy (déficients visuels), ADAPEI 974, l'ARPEDA (Sourds et malentendants, émane de l'UNAPEDA), APAJH (Association pour Adultes et Jeunes Handicapés). D'autres sont uniquement locales (Collectif HANDIRUN, Collectif AVEC, Association CLER, Liaison, Autisme Réunion, DEAF RUN) et parfois rattachées à des institutions religieuses et caritatives (Association Frédéric Levavasseur, Fondation Père Favron). Enfin, il existe tout un cercle d'associations à vocation de loisir et de comités locaux handisports : le Comité Régional Handisport, le Comité Régional Sport Adapté, Saint-Paul Handisport, Run Handimove (randonnées en joëlettes), pour ne citer que les plus connus.

Malheureusement, pour la plupart de ces associations, les problèmes de transport et la difficulté d'avoir accès à un local adapté (accessibilité, toilettes...etc.) font que beaucoup d'énergie et de moyens sont mobilisés pour palier à ces contraintes, parfois au détriment de la durée et de la diversité des activités. Aussi, les collectivités réunionnaises devront s'investir encore un peu plus car si certaines ont une politique volontariste et cohérente, d'autres semblent considérer comme très secondaire l'épanouissement des personnes handicapées, aux dires de certains responsables d'association. De plus, selon ces mêmes responsables, certaines collectivités assument bien leurs responsabilités sociales mais elles tendent à considérer uniquement les besoins financiers et matériels de la population handicapée. Ainsi, il n'est pas rare d'entendre des personnes handicapées plutôt dynamiques se plaindre d'être constamment associées aux personnes dépendantes du 3^{ème} âge et de n'être invitées par les communes ou les associations qu'à des pique-niques et des thé-dansants. Doit-on effectivement être uniquement considéré comme malade et dépendant, de par son incapacité, et non comme personne que l'on doit aider à être active et à s'épanouir ?

2.5.1 Entretien avec deux présidents d'associations de personnes handicapées

Les extraits présents dans les pages suivantes sont issus d'interviews réalisées directement auprès des personnes mentionnées. Ce sont donc des propos rapportés, suite à des questions ouvertes dans le cadre d'entretiens semi-dirigés, sur des thèmes liés au handicap à La Réunion. L'intégralité de ces entretiens est reprise en Annexe 1.

- **Présentation des interviewés et de leur association**

Gérard Sangaria (G.S) est Délégué départemental (Réunion, 974) de l'Association Française contre les Myopathies (AFM). A ce titre, il représente au niveau local la présidence de l'AFM et le Conseil d'administration. Après avoir été Délégué adjoint de 2002 à 2010, il est en poste depuis juillet 2010. « *L'Association Française contre les Myopathies est avant tout une association de malades neuromusculaires. Depuis 1958, familles et experts se sont réunis afin de mener deux missions : Aider (à vivre avec une maladie neuromusculaire) et Guérir. Pour cela l'association nationale s'appuie sur des Délégations départementales et des Services régionaux et surtout sur la générosité de tous avec le Téléthon.* » (G.S). La Délégation Réunion existe depuis 11 ans (2000). M. Sangaria est handicapé moteur, étant lui-même atteint d'une myopathie.

Noël Thomas (N.T) est Président de Saint-Paul Handisport depuis novembre 2005. Cette association d'activités sportives et de loisirs pour personnes handicapées physiques, affiliée à la Fédération Française Handisport, existe depuis 2001. Les activités proposées sont tournées plutôt vers les handicaps lourds et se font en externe ou au sein d'établissements (pour les projets éducatifs et sportifs).

- Rapports avec les instances publiques et collectivités réunionnaises

Au niveau des finances, les deux associations bénéficient chaque année de subventions municipales (sur dossier). La Délégation AFM bénéficie, en outre, d'une partie des moyens récoltés lors des Téléthon. Aussi les relations sont assez bonnes et courtoises : « *les municipalités, notamment celles qui nous subventionne, sont bien conscientes de nos difficultés [ndr : celles des personnes handicapées]. On ne ressent pas de volonté politique à freiner cette mise en accessibilité, bien au contraire.* » (G.S). Cependant, selon M. Thomas, « *il y a un discours politique et consensuel et une réalité dans les actions diamétralement opposés. Je dirai donc une relation militante en ce qui me concerne.* ».

- Vivre avec son handicap à La Réunion

« *Il ne faut pas se leurrer : la situation reste difficile à La Réunion. Malgré un cadre de vie agréable, " l'accès à tous les domaines de la vie sociale " est assez compliqué.* » (G.S).

« *Financièrement, le coût de la vie étant plus élevé, les personnes seules ne joignent pas les deux bouts. Le matériel importé est beaucoup plus cher qu'en métropole, alors qu'il n'est pas taxé par l'octroi de mer..., et bénéficie d'un taux de TVA réduit.* » (N.T).

« A mon sens, la situation est complexe entre subir sans rien dire et avoir envie d'une vie meilleure mais « sans faire de vagues. » (N.T).

- **Comment est vécu le handicap, la déficience ?**

« Assez mal culturellement. Les notions de culpabilité et de punition (divine ou autre) sont encore très présentes. » (G.S).

« Malgré les difficultés, de mieux en mieux parmi les plus jeunes. Ils sont plus responsabilisés et informés sur leur pathologie. » (N.T).

- **Comment est vécue la maladie (espoir de guérison ou fatalité ?)**

Les deux interrogés s'accordent à dire qu'il n'y a pas plus de fatalité qu'ailleurs, mais que le sujet est encore tabou et que la guérison semble encore éloignée (peut-être uniquement pour les générations futures). M. Sangaria relève que « l'éloignement d'avec la métropole, donc des grands hôpitaux et des laboratoires de recherche, est parfois source de pessimisme ou de non connaissance des avancées réelles. ».

- **Évolution de la perception du handicap dans la société réunionnaise ?**

« Les esprits se " modernisent ", comme partout. » (G.S).

« On en parle beaucoup plus. Encore trop souvent avec condescendance, misérabilisme : " les pauvres ", " ils souffrent ", " on leur apporte un peu de bonheur ", etc. » (N.T).

➤ Situation actuelle, évolutions passées et futures

- **La Réunion avant la loi 2005 ?**

« Énormément de difficultés en matière d'accessibilité et de déplacements : beaucoup de centre-ville totalement inaccessibles, aucun hôtel ou gîte accessible, peu de lieux culturels ou de musées accessibles. » (G.S).

La Réunion après la loi 2005 ?

M. Sangaria retient « une meilleure accessibilité (Saint-Denis, Saint-Pierre, Saint-Leu par exemple) et le début de l'insertion professionnelle (qui reste malheureusement cantonnée à des postes restreints et liés au monde du social et du handicap). ». Cependant M. Thomas fait remarquer que l'« on attend toujours que de réelles instances de concertation soient en place. La prise de responsabilité est à minima et il n'y a pas de place pour l'esprit militant. ».

- **Selon vous, qu'est-ce qui va changer à moyen terme ?**

M. Thomas semble plus pessimiste que M. Sangaria. En effet si « *une meilleure anticipation des déficiences (dépistages, campagnes de sensibilisation, accouchements plus « sûrs ») est déjà en train de se faire d'où une baisse du risque d'apparition de certains handicap [et si] l'accessibilité des transports (chaînes des déplacements plus respectée) devrait grandement s'améliorer (...).* » (G.S), on peut concevoir aussi l'avis de M. Thomas qui pense « *qu'il n'y a que trop peu d'avancées et j'ai l'impression d'un saupoudrage. Chaque commune (presque) fait sa " journée handicap " alors qu'au quotidien ça n'avance pas.* ».

- **Qu'est-ce qui devrait changer ?**

Suite à cette divergence sur l'évolution pressentie à moyen terme, logiquement les deux personnes interrogées ont des avis différents quant aux points à améliorer concernant le handicap à La Réunion. Ainsi, là où M. Sangaria en appelle aux pouvoirs publics « *pour une compensation du handicap encore accrue, améliorée et des revenus des personnes handicapées [en augmentation], notamment face au prix local de la vie¹*», M. Thomas insiste sur la responsabilisation des personnes handicapées : « *que les PMR paient de leur personne pour défendre leurs droits. La cause finit par ne plus être crédible à force de ne voir que des valides parler au nom d'autres ! Enfin, il en appelle à « moins de communication et plus de concret pour améliorer le quotidien (transport, loisirs, accessibilité...).* ».

Si ces deux responsables partagent un constat et des revendications, leur analyse diffère en raison de leur statut différent, l'un étant délégué et porte-parole de personnes handicapées et l'autre militant, plus indépendant et autonome.

2.5.2 Focus sur les déficients visuels : entretien avec un rééducateur spécialisé

Selon les chiffres MDPH, il y aurait assez peu de déficients visuels (6,5 % sur un fichier de 7997 ayants droits seulement) à La Réunion. Cependant, si cela est vrai pour les handicaps déclarés, la réalité est très certainement tout autre. En effet, comme il a déjà été dit précédemment, la prévalence de cette déficience, plus précoce qu'en métropole, et l'importance des affections endocriniennes, notamment le diabète (20 % des Réunionnais atteints d'une maladie endocriniennes ont une déficience visuelle) font supposer que cette statistique officielle est très largement sous évaluée. Ainsi, au détour d'un article récent², on apprend que selon le comité AVH Réunion (association Valentin Haüy), il y aurait au moins 15 000 déficients visuels sur l'île. Pour autant, hormis la *Cécibase* à Saint-Pierre et le

¹ La Délégation AFM 974 a été très active dans le collectif *Ni pauvre, ni soumis*, local, en 2008.

² ImazPress Réunion, *Accès des déficients visuels à la téléphonie mobile*, article paru en ligne le 17/06/2011.

SAMSAH *déficients visuels* à Saint-Denis, il existe très peu d'établissements spécialisés à La Réunion. Les lignes suivantes, qui résument la situation réunionnaise pour le handicap visuel, sont basées sur les déclarations¹ d'un rééducateur du SAMSAH de Saint-Denis.

- **Considération de la situation de handicap des personnes mal-voyantes suivies**

« J'ai l'impression que la famille créole est très présente, elle couve ses handicapés (enfants, parents). Ceux-ci sont bien, peut-être trop, entourés. Cela me fait penser aux personnes handicapées dans les familles musulmanes en métropole. C'est un peu pareil. Ce n'est pas forcément négatif mais certains [ndr : bénéficiaires du SAMSAH] sont aidés (...), alors qu'en notre compagnie ils font seul. ».

- **Vécu au quotidien et intégration des mal-voyants**

« Le regard des Réunionnais est plutôt dur, notamment quand ils voient une canne blanche. Il y a beaucoup de moqueries, d'après les personnes que l'on suit. Certains sont partis en métropole il ya plusieurs années et en étant revenus trouvent que les regards sont plus durs ici, à la Réunion. Il y a également une vraie opposition urbain / rural : en ville les gens commencent à avoir plus l'habitude de croiser des malvoyants dans la rue (...). ».

- **Accessibilité (déficiences visuelles)**

« La problématique principale reste celle des déplacements (...). L'accueil dans les services publics et les administrations est un problème qui revient souvent aussi : c'est déjà un exploit de s'y rendre, à une mairie par exemple, mais alors s'y repérer à l'intérieur, trouver le bon guichet...etc. c'est quasi impossible pour eux ! ».

¹ Entretien réalisé le 16/02/2011.

Conclusion de la partie

Au terme de la présentation du « terrain réunionnais » riche en spécificités, tant humaines que naturelles, que peut-on conclure au regard de notre problématique de thèse ?

De fortes pressions pèsent sur l'homme à La Réunion, d'où des affections et des handicaps différents par rapport à la métropole, voire spécifiques. Ainsi, s'il n'y a pas une population plus déficiente (ce qui serait une affirmation plutôt discriminatoire et raciste), il y a néanmoins des contraintes naturelles et socio-économiques qui font que les déficiences touchent une frange plus large de la population et plus durablement. Enfin, on note des phénomènes d'exclusion des personnes handicapées encore plus marqués qu'ailleurs en raison de mutations sociétales d'une rapidité tout à fait exceptionnelle, alors même que les regards portés sur le handicap évoluent forcément moins vite.

Malgré des statistiques plutôt encourageantes, les conditions de vie des personnes handicapées sont plus difficiles qu'il n'y paraît. En effet, si les chiffres sont plutôt dans la « norme » (28 pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans bénéficient de l'AAH en 2010, contre 27‰ pour toute la métropole¹ ; 28510 bénéficiaires MDPH², soit 3,4%³ de la population totale, contre 4,8%⁴ pour la Seine-et-Marne par exemple), l'accès concret à tous les domaines de la vie sociale est moins bon qu'en métropole où il n'est déjà pas satisfaisant... Les difficultés sont surtout visibles au niveau de l'emploi (niveau moyen de diplôme et de qualification des travailleurs handicapés assez bas) et du manque de place en établissements d'accueil spécialisés.

En reprenant la comparaison avec le département de la Seine-et-Marne (1,3 millions d'habitants, entre ville et campagne, un peu comme La Réunion), il faut également préciser que l'île n'a que 28 000 personnes handicapées « officielles » sur 800 000 habitants mais réparties sur 2512 km² et 24 communes contre 64 000 réparties sur...5915 km² et 514 communes pour la Seine-et-Marne. De plus, si l'île est « petite », paradoxalement, s'y déplacer est assez complexe pour une PMR. Enfin, du fait d'une surreprésentation de certains handicaps, d'autres déficiences sont oubliées et le flou est total quant

¹ Chiffres ARS.

² Au moins un droit ouvert au 1^{er} octobre 2010.

³ Chiffre MDPH Réunion.

⁴ Chiffre MDPH 77.

au nombre de personnes handicapées non connues, car isolées dans des hauteurs et des « îlets » quasi inaccessibles.

Les entretiens menés soulignent bien toutes ces difficultés et spécificités mais rappellent aussi la présence d'un très important tissu associatif. L'étude¹ de la mise en place des instances et schémas directeurs d'accessibilité, prévus par la loi 2005, montre quant à elle que les retards constatés sont en passe d'être résorbés, malgré des écarts persistants entre les collectivités.

In fine, on constate peu d'originalité dans cette application locale de la loi 2005 ainsi qu'une certaine incohérence spatiale ou chronologique. Á titre d'exemple, des arrêts de bus et des gares routières adaptés mais pas réellement accessibles, à défaut de bus adaptés ou d'une voirie aux normes. Pour autant, quelques réalisations plutôt exceptionnelles (sites handiplages, *Pass Loisirs*, aménagements intercommunaux en cours, etc.) prouvent qu'on peut réaliser des mises en accessibilité d'une certaine qualité, voire mener des politiques du handicap innovantes, à La Réunion.

¹ Bilans, cartes et entretiens avec organismes et collectivités territoriales.

**L'ACCESSIBILITÉ DES ESPACES
NATURELS TOURISTIQUES ET DE
LOISIRS : UNE NOUVELLE DIMENSION
DES POLITIQUES PUBLIQUES ?**

L'EXEMPLE RÉUNIONNAIS



*Visite de terrain avec l'ONF, en Forêt de Bélouve, La Réunion, 2010.
(crédit photo : N.Thomas)*

« Une rampe, c'est beaucoup plus qu'une rampe. (...) C'est une pratique sociale à part entière parce que pour qu'il y ait une rampe, il faut qu'il y ait une représentation de ce à quoi elle va servir, à qui elle va servir ; il faut des acteurs qui la fassent et d'autres qui la revendiquent. Cela implique donc une représentation et une action concrète d'individus multiples. C'est donc une pratique sociale à part entière ».

Jésus Sanchez.

Introduction

Qu'amène l'accès aux espaces naturels, touristiques et de loisir dans l'intégration de tous à la vie sociale ? Comment se traduit sur le terrain cette mise en accessibilité très spécifique et encore trop souvent avant-gardiste ? Comment participer à son amélioration, à son soutien technique ?

Cette troisième partie reprend les questionnements débattus en fin de première partie pour y apporter des éléments de réponse concrets, basés notamment sur le cas réunionnais (et d'autres à travers le monde). Il sera donc question des politiques actuelles de mise en accessibilité et d'accueil des personnes à mobilité réduite sur des sites naturels touristiques et de loisirs. Par l'étude, cette partie de la thèse aura pour but de montrer en quoi ces politiques sont une nouvelle dimension des politiques sociales publiques, autrement dit un nouveau moteur d'intégration, voire d'inclusion.

Enfin, au-delà du constat de l'application de concepts d'intégration et d'accessibilité universelle, la dernière partie du travail de recherche proposera des outils de diagnostic et d'aide à la décision visant à l'amélioration de cette nouvelle dynamique d'accessibilité dans les collectivités locales.

I/ Rendre accessible les espaces naturels : les tendances actuelles sur l'Île de La Réunion

Bien que la notion de conception universelle (ou d'accessibilité universelle) se soit internationalement développée depuis les années 1970, ce n'est que récemment que « l'accès à tout pour tous et partout » est prôné par les instances publiques ou associatives dans la plupart des pays européens. Depuis la loi 2005, la France fait partie des pays les plus avancés en matière d'intégration des personnes handicapées. À ce titre, elle commence à concevoir l'accessibilité universelle sur l'ensemble de son territoire qu'il soit urbanisé ou non. Dans ce contexte, une réflexion globale pour la mise en accessibilité des espaces naturels – notamment touristiques – s'est engagée, débouchant parfois sur les premières réalisations concrètes. L'Île de La Réunion n'échappe pas à cette tendance, loin s'en faut. Mais quel est le potentiel réel de ce département et les opportunités qui en découlent ? Quelles sont les politiques publiques concernant cette mise en accessibilité des espaces de pleine nature à fortes valeurs patrimoniales et touristiques ?

1) Les espaces naturels touristiques et de loisir réunionnais : potentiels d'accessibilité et opportunités associées

Comme on l'a vu précédemment, les statistiques relatives à la population handicapée réunionnaise nous ont permis de mettre à jour certaines spécificités puis de dresser un bilan de l'accessible, du moins en milieu urbanisé. Reste que sur l'île, depuis quelques années et à la faveur d'actions et d'initiatives isolées¹, certains potentiels d'accès à la pleine nature se sont fait jour. Ce chapitre propose donc une première évaluation de tous ces potentiels ; le but étant surtout d'identifier les opportunités qui pourraient se greffer sur ces potentiels et ainsi les rendre plus attractifs aux yeux des décideurs et des investisseurs.

¹ Création du site handiplage de La Saline, actions de l'association *Run Handimove*, etc.

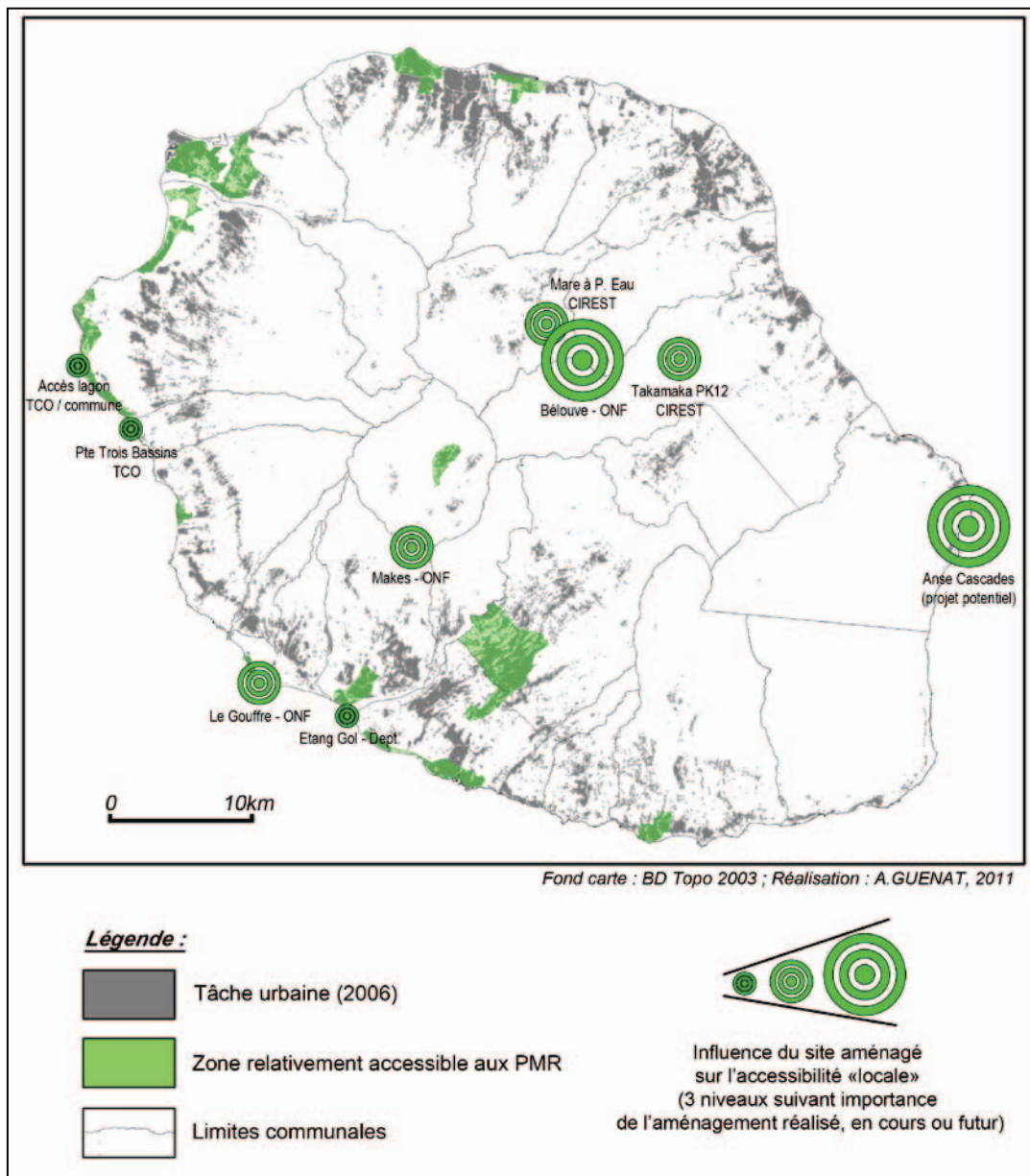
1.1 Accéder aux sites naturels : une opportunité pour améliorer l'accessibilité globale de l'île

À La Réunion, comme un peu partout ailleurs en France, seules les grandes agglomérations urbaines sont accessibles aux personnes à mobilité réduite. À quelques exceptions près, sorti de ces espaces, il devient assez difficile d'accéder aux lieux et de se mouvoir dans l'environnement naturel. Aussi, comme on l'a vu précédemment dans la deuxième partie de cette thèse, seule la frange littorale ouest réunionnaise est globalement qualifiable de « accessible aux PMR ». Précisons au passage que cette information est surtout valable pour le handicap moteur et beaucoup moins pour les autres handicaps.

Ainsi, il paraît assez évident que rendre plus accessible certains sites naturels et autres espaces peu urbanisés devrait permettre d'améliorer l'accessibilité globale sur l'île. On peut également supposer que ces aménagements en zone naturelle peu urbanisée mais néanmoins attractive sont appelés à être un maillon de la chaîne du déplacement, au même titre que le cadre bâti, la voirie, les espaces publics et les transports collectifs. Autrement dit, ce seront autant de points d'ancrage pour étendre l'accessibilité des zones denses et urbanisées vers les zones non-urbanisées. Bien sûr, ces quelques aménagements ponctuels ne peuvent être assimilés à une réelle mise en accessibilité (au sens de la loi 2005) mais plutôt comme participant au désenclavement des espaces les moins accessibles. Enfin, il faut rappeler que cette accessibilité aux PMR est aussi un élément de confort pour tous et un gage de qualité, donc un facteur favorisant l'accès de tous les publics, notamment les touristes. La carte 7 fait apparaître les zones les plus accessibles aux PMR à La Réunion (centres-villes denses essentiellement) ainsi que des aménagements de sites naturels réalisés, en cours ou en projet. L'influence de ces aménagements, c'est-à-dire leur capacité à prolonger l'espace accessible est également mise en avant par ce document.

1.2 Adapter les sites touristiques : une démarche de développement durable et un intérêt pour l'ensemble de la filière tourisme

Tous les sites mentionnés sur la carte 7 sont des lieux d'activité touristique ou de loisirs, voire des « incontournables » de l'île. Aussi, cela amène à évoquer l'intérêt économique d'aménager ces espaces dans le but d'accueillir tous les publics et donc d'apporter une plus value à la filière touristique réunionnaise. Au final, la mise en accessibilité devrait rejoindre un véritable cercle vertueux associant développement touristique – notamment le tourisme vert – et développement des loisirs et sports de nature attirant ainsi de nouveaux publics : personnes âgées, PMR, locaux ou étrangers. L'opportunité est donc également celle d'un développement économique, véritablement durable à tous les niveaux.



Carte.7 Aménagement de sites naturels et extension de l'espace accessible PMR sur l'île de La Réunion (A. GUENAT, 2011).

Voici quelques exemples concrets de ce développement déjà en marche.

Récemment¹, Le Quotidien, l'un des deux principaux journaux de La Réunion, a publié un dossier (cf. Annexe 3) sur le développement actuel des activités de nature adaptée sur l'île. De façon pertinente, l'article principal de ce dossier suppose que La Réunion a tout désormais pour devenir une destination « *handi-friendly* ». Certes, comme le précise ce même article un peu plus loin, « à condition d'un peu plus de volonté politique et de réels investissements en matière d'hébergement, domaine où rien ou presque n'existe ». Cette remarque cinglante vaut également pour la mise en accessibilité, même si dans ce cas la volonté est plus réelle.

¹ Le Quotidien de La Réunion, 2011, *L'île intense avec ou sans handicap*, article publié le 11/07/2011.

Est-ce pour autant que la clientèle touristique à mobilité réduite représente un vrai potentiel pour la destination Réunion ? Difficile de l'affirmer car même si beaucoup pensent que les PMR ne doivent pas être, à juste titre, une clientèle de « niche », il semble que l'accueil de ce public ne se fasse pas en masse à l'heure actuelle. Cette clientèle n'est cependant pas confidentielle et représente un potentiel pour l'ensemble de l'industrie touristique. Pour preuve, l'expérience d'associations et de sites d'information spécialisés : on peut citer le blog *Accesnature* qui a conforté plusieurs personnes handicapées dans leur choix de destination touristique accessible ou encore la venue du célèbre « globetrotter » handicapé japonais Hideto Kijima. Les associations comme *Saint-Paul Handisport*, quant à elles, accueillent régulièrement de petites délégations d'athlètes handisports de métropole. Au-delà de ces quelques dizaines de touristes, l'apparition de nouveaux prestataires d'activités spécifiques est bel et bien une preuve d'un marché qui se dessine :

- création (en 2001) de *Tropic Guest House*, prestataire d'animations et de séjours adaptés.
- apparition (années 2000) de plusieurs activités adaptées : joëlette, tiralo, kayak, voile, etc.
- création (en 2010) de *GNS Réunion*, loueur de véhicules adaptés.
- développement du parapente adapté avec formation et achat d'équipement de dernière génération (juillet 2011).

Malgré ces avancées et ces nouvelles possibilités de séjour et d'activités, et comme le souligne l'article du Quotidien cité plus avant, La Réunion reste en retrait du point de vue de l'hébergement adapté. Il faut cependant rappeler que c'est toute la filière hôtelière qui est concernée et que l'épisode du chikungunya a freiné certaines volontés d'investissement. Néanmoins, le secteur est actuellement de nouveau en croissance et la filière doit donc impérativement s'adapter aux PMR si elle veut bénéficier de cette nouvelle clientèle, très intéressante tant au niveau de l'image de marque que du bénéfice commercial¹.

Un exemple illustre parfaitement cette prise de retard puis la tentative de rattrapage : la mise en place du label Tourisme et Handicap sur l'île. Ce label national créé en 2001 – en même temps que l'association qui le décerne – a pour but la labellisation des structures touristiques et d'hébergement pour l'accueil de tous les publics handicapés. Alors que le label s'est rapidement développé dès 2003 en métropole, ce n'est qu'en 2005 qu'une convention est signée entre l'Association Tourisme et Handicap (ATH) et le Comité du Tourisme de la Réunion (CTR). Cette convention avait pour projet ambitieux de « développer à La Réunion l'accès aux loisirs et aux vacances des personnes en situation de handicap »². Force est de constater qu'après la signature de cette convention, peu d'avancées réelles

¹ Il n'existe pas réellement de statistiques, mais une personne handicapée voyage rarement seule.

² IMAZPRESS REUNION, 2005, Tourisme et Handicap, un trait d'union, article paru en ligne sur ipreunion.com, le 8 avril 2005.

ont vu le jour... Á la suite d'une alternance politique au niveau de la collectivité régionale, le CTR est devenu IRT (Île Réunion Tourisme) et ce n'est qu'au début de l'année 2011 que la mise en place du label a été remise sur les rails, cette fois par l'intermédiaire de la Direction des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIECCTE) de La Réunion. Selon la Direction, il y aurait actuellement quatre dossiers (essentiellement des établissements hôteliers) en cours d'examen par la commission régionale Tourisme et Handicap. Il aura donc fallu attendre 10 ans pour que des labellisations soient réellement étudiées et, espérons le, accordées sur l'île.

Il est dommage qu'un certain retard ait été pris car comme l'explique l'Agence de développement touristique de la France, « *la valeur ajoutée du label Tourisme et Handicap pourrait être de favoriser l'émergence d'une offre globale adaptée. Il apporterait alors une dimension touristique et un intérêt économique, aux efforts consentis par les acteurs touristiques dans le cadre de la Loi 2005 : car l'accessibilité aux équipements et services touristiques est non seulement une obligation sociale mais aussi un enjeu économique fort.*¹ ». Cependant alors que les prestataires réunionnais, notamment les hôteliers, cherchent à diversifier et à étoffer leur offre, l'adaptation des structures et des espaces aux PMR semble rentrer tout doucement dans la même dynamique. D'ailleurs le tout nouveau label « *Destination pour tous* », encore à l'essai² et à vocation plus globale et territoriale, pourrait permettre à La Réunion de reprendre le train en marche. En effet, « *"Destination pour tous" labellisera des territoires à vocation touristique garantissant des prestations touristiques (hébergement, restauration, activités culturelles, sportives et de plein air) et des services de proximité (commerces, services ouverts au public, services de soin, etc.) accessibles.*³ ». Autant de qualités atteignables pour « l'île intense » si justement un effort conséquent est réalisé au niveau de l'accessibilité des zones urbaines et naturelles touristiques.



Fig.14 Logos labels « *Tourisme & Handicap* » et « *Destination pour tous* ».

¹ <http://www.atout-france.fr/publication/adapter-loffre-touristique-handicaps>

² Le label a été lancé sur des territoires pilotes fin 2010 : Angers, Bordeaux, Parc Régional du Morvan, etc.

³ <http://www.developpement-durable.gouv.fr/Label-Destinations-pour-tous.html>

1.3 Activités Physiques et Sportives de Nature Adaptées et sites touristiques à La Réunion

« L'île de la Réunion offre en raison de sa situation géographique, de sa configuration géomorphologique, et de sa particularité climatique la possibilité de pratiquer dans des conditions optimales une grande diversité de sports-nature tout au long de l'année. Il est, en effet, rare de disposer sur un même territoire d'une telle variété et d'une telle densité d'espaces, propres à l'exercice des sports-nature. La randonnée pédestre et équestre, le VTT, l'escalade, le canyon, le vol libre, le canoë-kayak, le surf, la plongée et la voile s'offrent aux habitants comme aux touristes. L'aménagement de nombreux sites et l'organisation d'évènements sportifs porteurs s'inscrivent dans cette dynamique (...). »¹. C'est par ce paragraphe que Olivier Bessy et Olivier Naria introduisent un de leurs nombreux rapports sur les loisirs et le tourisme sportif à La Réunion. À la lecture des informations données lors de l'étude² commandée en 2003 par le Conseil de la Culture de l'Éducation et de l'Environnement (CCEE) et réalisée par le Centre Universitaire de Recherche en Activités Physiques et Sportives (CURAPS) de l'Université de La Réunion, on constate d'ailleurs que cette multiplicité des possibles est bien caractéristique de « l'île intense ». Selon les données régionales de l'étude, il y aurait eu durant l'année 2002 plus de 650 000 pratiquants (touristes et locaux) d'APSNA sur l'île et quasiment 2 millions de sorties. « L'ensemble de ces données montre que l'offre de sport nature s'est considérablement développée durant ces quinze dernières années. Ces activités dépassent aujourd'hui les frontières du sport pour s'inscrire dans l'univers des loisirs et du tourisme. Les dynamiques mises en évidence en matière d'entreprises, d'aménagements et d'évènements en témoignent.³ ».

Vu le contexte, il paraît donc assez logique et pertinent de se pencher sur le cas réunionnais pour tenter de montrer en quoi APSNA et aménagements des sites de pratique et touristiques (mise en accessibilité) sont amenés à être complémentaires et concomitants. Autrement dit, il s'agit de s'interroger sur les modalités d'intégration des APSNA dans un maillage de sites de pratique d'APSNA préexistants.

À La Réunion il existe deux pôles de sports nature :

- « le premier se situe sur le versant occidental qui est propice aux activités aériennes, océaniques et aqua-terrestres. Cette région abritée du vent est plus sèche et ensoleillée. ».
- « le second pôle se localise sur le versant oriental qui convient principalement aux activités de canoë-kayak et de canyoning : il profite de l'arrosage et de l'enneigement de

¹ BESSY (O.) et NARIA (O.), 2004, *Loisirs et tourisme sportif de nature et développement durable à La Réunion*, Rapport final d'étude, p16, CCEE Réunion, 139p.

² *Ibid.* .

³ *Ibid.* : pp32-33.

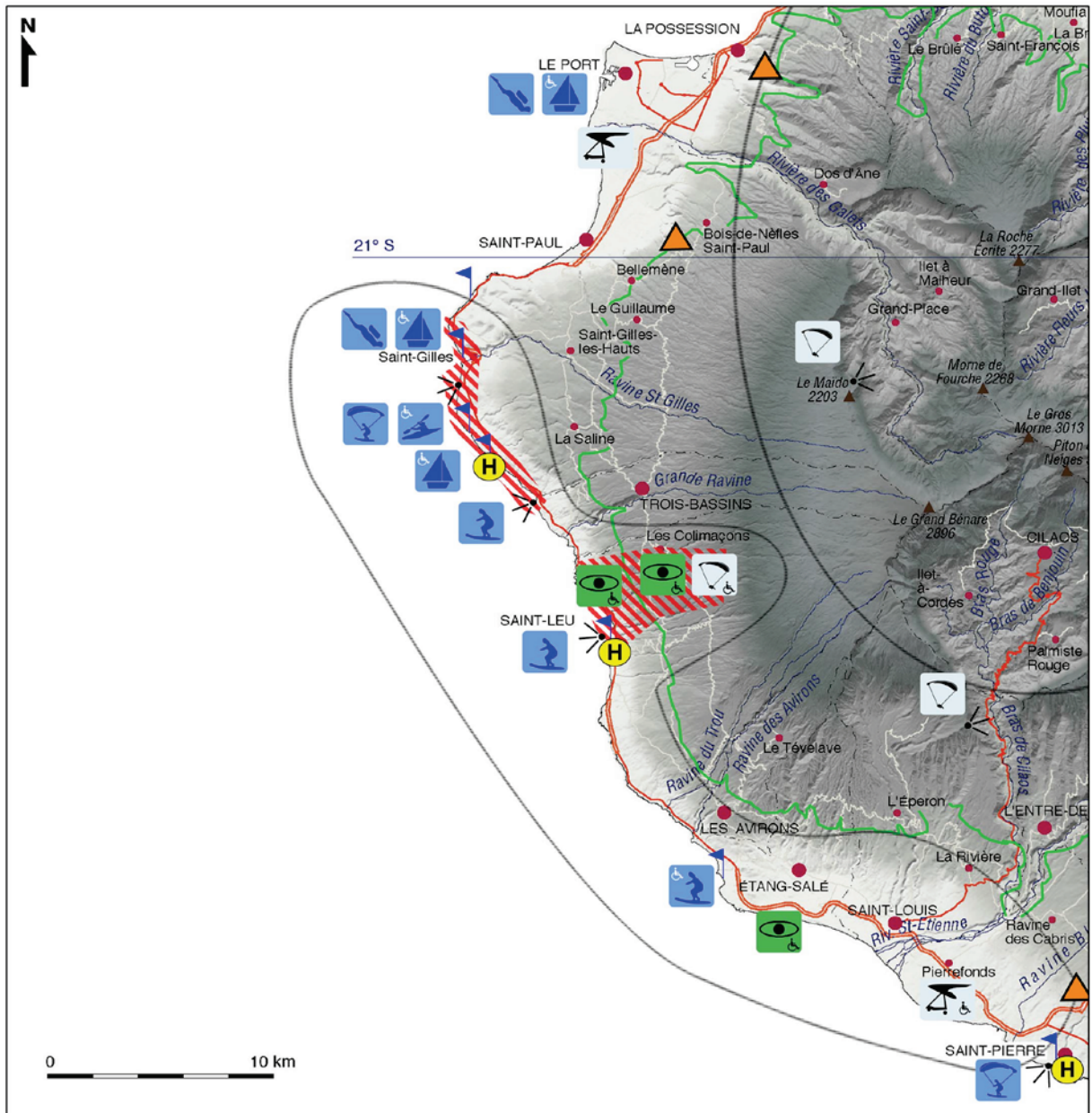
ce secteur.¹ ». Pour cela un focus sur l'Ouest réunionnais est tout à fait approprié. En effet, alors que cette micro-région est la plus équipée et pourvue en termes de sites de pratique (plus de 350 en 2003²), c'est aussi là que de nombreux aménagements d'accessibilité (handiplages, accès au front de mer, aux parcs, aux sites touristiques) ont été réalisés et vont encore apparaître. De plus, c'est dans l'Ouest que plusieurs associations ont vu le jour depuis quelques années pour permettre le développement du handisport et des APSNA à La Réunion : *Run Handimove*, *SCA*, *Saint-Paul Handisport*, etc.

À titre d'illustration, la carte 8 propose une mise en lumière de cette intégration d'APSNA au sein d'un ensemble d'activités sportives de pleine nature. On constate très rapidement que plusieurs sites permettent une pratique adaptée d'APSN variées. En plus de cette « superposition » d'activités et de sites de pratique, de nombreux aménagements sont apparus de façon progressive sur les mêmes zones balnéaires et touristiques de l'Ouest. Ainsi, dans les mêmes années 2000 et notamment après 2005, des points de vue adaptés (plateformes en zone montagnaise et fronts de mer urbanisés) et des accès aux parcs et sites remarquables ont vu le jour. Cette dynamique spatiale et temporelle constitue un véritable « cercle vertueux » pour l'accès des personnes handicapées aux espaces naturels touristiques et de loisir sportif de l'Ouest réunionnais. Là encore, on retrouve d'ailleurs certains phénomènes structurants : pas d'établissement hospitalier dans ce cas mais des associations handisports et handi-loisirs ainsi que des volontés politiques (handiplages gérés par des CCAS et travaux d'aménagements). Aujourd'hui, on peut même déterminer deux zones denses au niveau du nombre de sites de pratique d'APSN, d'APSNA et du nombre de sites touristiques accessibles : la zone balnéaire Saint-Gilles – Ermitage – La Saline et Saint-Leu (littoral et Hauts). Certes, ces zones n'ont pas été repensées sur la base de la loi 2005 mais certains aménagements ont été bénéfiques à l'accessibilité globale tandis que d'autres ont été le résultat d'un constat de grande fréquentation ou de forte demande (sites handiplage, aménagement récent de la Pointe de Trois Bassins, par exemple). Il n'est donc pas étonnant de voir que ces espaces touristiques gagnent en notoriété, ici comme en métropole, et qu'on évoque désormais l'Île de La Réunion comme destination « *handi-friendly* »³.

¹ BESSY (O.) et NARIA (O.), 2004, *Loisirs et tourisme sportif de nature et développement durable à La Réunion*, Rapport final d'étude, p16, CCEE Réunion, 139p.

² *Ibid.* : carte p34.

³ LE QUOTIDIEN, 2011, Loisirs de pleine nature : pour une Réunion « *handi-friendly* », in : *Le Quotidien de La Réunion*, 11 juillet 2011.



Source : d'après fond de carte B.Rémy / E.Marcadé

Conception et Réalisation : A.GUENAT, 2011

Légende :		Activités sportives de nature	Sites touristiques et aménagements
Fond de carte		pratique du kitesurf (libre)	poste MNS / baignade surveillée
Éléments administratifs		pratique de la plongée (club)	site handiplage (gestion CCAS ou MNS)
Limite de commune		surf et surf adapté (libre & écoles)	point de vue accessible
Limite des «Hauts»		kayak mer adapté (club)	parc ou site «remarquable» accessible
Chef-lieu de commune		voile adaptée (club)	
Autre agglomération		ULM & ULM accessible (club)	
Communications		parapente et parapente adapté (club)	
Route 2x2 voies		association handisport / handi-loisir	
Route principale		zone activité associations handisport	
Route secondaire			zone dense d'imbrication d'activités adaptées ou non et de sites touristiques accessibles
Éléments physiques			
Sommet			
Rivière			

Carte.8 APSN, APSNA et sites touristiques sur l'Ouest réunionnais (A.GUENAT, 2011).

2) Vers de nouvelles politiques d'accueil des PMR pour les instances publiques et collectivités territoriales réunionnaises

Depuis le début de ce chapitre, il n'a été question que de rendre compte – de façon non exhaustive – des opportunités existantes à La Réunion en matière d'accès à la pleine nature. Pour autant, cette prospection et l'analyse de ces faits et enjeux ne doivent pas faire oublier les instances publiques, elles aussi concernées et parfois très au fait des problématiques d'accessibilité et d'accueil du public PMR. Qu'en est-il donc du point de vue de ces instances ? Comment la rencontre avec ce public PMR s'opère-t-elle à ce jour ? Ce dernier point aborde les conceptions actuelles de l'accueil du public PMR à La Réunion puis présente des initiatives d'aménagement dont certaines sont encore en cours d'installation.

2.1 Les nouvelles conceptions de l'accueil du public PMR, en pleine nature, à La Réunion

Comme on l'a vu à de multiples reprises, les mentalités à propos du handicap et la façon d'accueillir le public PMR ont énormément évolué, en France comme ailleurs. D'une quasi non prise en compte, on est passé à une considération plus digne et aujourd'hui, on tendrait presque vers une réelle inclusion. Sur le terrain, et plus particulièrement dans les lieux de pratique sportive, de loisir ou encore touristiques, cela s'est traduit par le passage d'une prise en compte anecdotique, voire contraignante (ou provoquée par un élément extérieur), à des actions volontaires, réfléchies ou spontanées, et surtout partagées par tous. La Réunion n'a pas échappé à cette évolution même s'il y a eu sans doute des décalages par rapport à la France métropolitaine. Aussi, depuis une dizaine d'années, les instances publiques en charge d'espaces naturels d'une part, et les collectivités territoriales de l'île d'autre part, ont adopté de nouvelles façons de tenir compte de nouveaux publics : « marmailles¹ », « gramounes² », personnes handicapées...etc.

2.1.1 L'apparition d'une collaboration étroite avec le monde du handicap

Alors qu'avec la loi 2005 et son programme d'obligation légale de mise en accessibilité de tous les domaines de la vie sociale et du bâti urbain, sont apparus moult cabinets d'étude et d'expertise, quasiment rien n'existe en matière d'espace naturels. Certes, ceux-ci ne sont pas concernés par cette loi mais par la dynamique qui l'accompagne et de nombreux gestionnaires

¹ et ² : expressions créoles : « marmailles » = enfants et « gramounes » = personnes âgées.

de sites naturels apprécieraient sans nul doute le point de vue d'experts pour le montage de projets orientés PMR. Aussi, se détournant très vite des questions d'audit et de diagnostics, beaucoup de gestionnaires d'espaces naturels se sont tournés vers le monde associatif et du handicap. Le rapprochement avec ce milieu, plutôt improbable il y a quelques dizaines d'années (méfiance mutuelle, voire ignorance complète), a permis, à défaut d'experts, la rencontre avec des personnes directement concernées dont la compétence tenait de l'expérience. Au-delà de quelques projets isolés, ces rencontres ont aussi sensibilisé certains élus et cadres et provoqué l'émergence de réseaux aujourd'hui très efficaces et réactifs, notamment au travers des commissions comme les CIAPH. Ainsi, à La Réunion, ce n'est qu'à partir du moment où ces commissions ont été effectives et que des PMR référentes y ont été conviées, que les choses ont évolué concrètement. C'est le cas notamment à la CIREST (intercommunalité de l'Est) et au TCO (intercommunalité de l'Ouest), parmi les plus actifs aujourd'hui dans la mise en accessibilité de l'île. D'ailleurs, lors d'un entretien¹, Fabien Cocâtre, Directeur adjoint des Transports, des Déplacements et de la Voirie du TCO, a confirmé cette évolution depuis 2005 : « *La contribution des associations, à travers l'élaboration du Schéma directeur d'accessibilité puis de la CIAPH, a permis de prendre conscience des enjeux et d'aboutir peu à peu à des projets concrets. Les élus communautaires ont accompagné cette évolution et sont aujourd'hui largement sensibilisés aux enjeux de la problématique accessibilité.* ». Enfin, il faut comprendre que cette étroite collaboration a également été bénéfique pour les associations et personnes handicapées, tout d'abord au niveau de l'accessibilité bien entendu, mais aussi au niveau psychologique. En effet, ces personnes auparavant souvent méfiantes, voire pessimistes, en raison d'expériences passées malheureuses sont désormais plus ouvertes et enthousiastes, donc plus efficaces. C'est également pour cette raison que beaucoup insistent désormais sur l'importance du militantisme et la responsabilisation de tous², tel Noël Thomas, Président de *Saint-Paul Handisports*.

2.1.2 Confort d'usage pour tous, sensibilisation écologique et développement durable

Contrairement à la métropole, ces concepts ont été mis en pratique en même temps à La Réunion. Ou plutôt leurs diffusions, des années 2000 à aujourd'hui, se sont chevauchées car c'est dans le même esprit et par les mêmes diffuseurs (ONF et Département puis Parc National, pour ne citer qu'eux) que ces concepts se sont développés sur l'île. De plus, beaucoup de projets ou de programmes d'aide se sont télescopés : sensibilisation des plus jeunes (biodiversité, déchets, énergies renouvelables) ouverture d'espaces protégés au public

¹ Entretien réalisé par mail, réponse datée du 8/08/2011 (intégralité en Annexe 1).

² Entretien réalisé par mail, réponse datée du 28/07/2011 (intégralité en Annexe 1).

local et touristique, aménagements de sentiers pour le plus grand nombre mais aussi insertion professionnelle par les métiers « verts » et désenclavement des « Hauts ». Autant de programmes et de concepts appliqués et menés conjointement dans le temps et l'espace, voire interactifs les uns avec les autres (par exemple l'aménagement de sentiers par l'intermédiaire de contractuels d'insertion). Autant de programmes qui ont poussé à la mise en accessibilité pour de nouveaux publics dont, aujourd'hui, les personnes handicapées. En effet, pour sensibiliser et amener dans les meilleures conditions de nouveaux publics sur les chemins et dans les forêts réunionnaises, il a fallu réfléchir aux modalités de l'accueil, d'où un intérêt particulier pour le concept de « confort d'usage pour tous ». Cet intérêt s'est surtout retrouvé du côté des zones forestières et sentiers de randonnées, donc dans les actions menées par l'ONF (associé au Département) et le Parc National. Concrètement, on peut citer les programmes *Sentiers marmailles*, les nombreuses réhabilitations de kiosques à pique-nique, ou la Fête de la Nature dans son application locale (visites adaptées). Tout doucement, on est donc passé de l'adoption du concept dans le discours à son application réelle dans de nouveaux aménagements (cf. chapitre suivant). D'ailleurs, signe qui ne trompe pas, il y a désormais dans les organigrammes des organismes d'État et des collectivités locales des personnels cadre pour l'accueil du public et l'écotourisme. Il s'agit de personnes référentes qui sont régulièrement sollicitées pour encadrer des projets d'aménagement PMR (réunions de terrain, contact avec les associations, direction d'étude, etc.). Pour La Réunion, on peut ainsi citer :

- Roland DUTEL, Responsable Pôle Écotourisme – Interprétation des patrimoines à l'ONF.
- Nicolas PAYET du Service des Infrastructures Rurales et Forestières du Département.
- Jacques PONET de la Direction de l'Agriculture et de la Forêt, qui assure le rôle de service instructeur des mesures forestières et de l'accueil du public.
- Pascal TEYSSÉDRE, Ingénieur écotourisme et loisirs au Parc National de La Réunion.
- Jean MASSIP, Directeur de l'Aménagement de l'Espace de la CIREST, membre de la CIAPH.

« Confort d'usage pour tous » : en quoi consiste t-il ?

« Ce concept affirme que toute situation de mise en accessibilité, toute adaptation réalisée n'a plus pour finalité de répondre à un besoin exclusivement sectoriel ou catégoriel mais profite à tous les publics. Ce concept, lorsqu'il est appliqué, contribue non seulement au confort de chacun mais favorise aussi la sécurité de chacun par l'élimination des barrières architecturales et des obstacles au déplacement. »¹.

L'intérêt est de gommer l'aspect « réservé à » (« aux handicapés », « aux personnes âgées », « aux enfants », etc.) d'un aménagement, en mettant en avant son bénéfice pour tous. Bref, il s'agit d'inclure tout le monde et non de partitionner l'espace ou de se limiter à une intégration partielle. Enfin, cela permet d'apporter une valeur ajoutée à un bien ou un service et de renforcer la qualité des prestations proposées. C'est pourquoi ce concept est très pertinent dans le secteur du tourisme et des loisirs.

Aujourd'hui, le concept a ses dérivés dont la Haute Qualité d'Usage© (HQU) prônée par l'architecte Régis Herbin² qui se base sur la notion de « convenance » des espaces de vie pour élaborer les différentes dimensions du confort d'usage.

2.1.3 Synergie des actions et mise en place d'une « hiérarchie des compétences »

Le point 2.1.1 a permis de mettre en lumière un élément important, conditionnant des actions de mise en accessibilité et un accueil réussis : la collaboration, en amont, de tous les acteurs concernés. Aussi le monde des aménageurs / décideurs n'échappe pas à cette condition. Encore faut-il que cette collaboration soit cohérente et un minimum organisée. Cela est d'autant plus vrai quand il s'agit d'espaces sur lesquels plusieurs acteurs ont leurs prérogatives et exercent leurs compétences de gestion et de protection. Or, à La Réunion, c'est très souvent le cas : ONF, Parc National, Département, Conservatoire du littoral, collectivités territoriales, sont autant de structures « condamnées à s'entendre » pour la gestion de quelques hectares d'espaces naturels. Heureusement, au fil des ans et de la redistribution des rôles (dernière en date : l'apparition du Parc National en 2007), il semble qu'une « hiérarchie des compétences » se soit installée sans trop de heurts. Du moins, pour de nombreux projets de mise en accessibilité les rôles de chacun sont désormais bien connus et plus ou moins reconduits à chaque fois (voir projets exposés en 3.2).

Voici donc un « tour de table » des principaux acteurs locaux (ou nationaux) et de leurs compétences, ainsi que le rôle particulier, souvent primordial, de chacun sur une telle île.

¹ CONSEIL NATIONAL DU TOURISME, 2004, *Tourisme & Handicap, la chaîne de l'offre touristique pour le droit aux vacances*, PDF, novembre 2004, 45p.

² Régis HERBIN est Directeur du CRIDEV (Centre de Recherche pour l'Intégration des Différences dans les Espaces de Vie), expert en accessibilité. http://www.robinsdesvilles.org/IMG/pdf/HQU_HERBIN.pdf

- **Département de la Réunion (Conseil Général).**

Les prérogatives du Conseil Général sont nombreuses et les principales – sociales et environnementales – revêtent un caractère très affirmé à La Réunion. Ainsi beaucoup d’espaces naturels protégés, primordiaux dans la conservation de la biodiversité de l’île, sont sous la responsabilité du Département : forêts, espaces naturels sensibles (ENS), réserves, etc. Mais au delà de cet aspect gestionnaire, le Conseil Général finance également des programmes sociaux qui souvent sont en rapport direct avec l’environnement. Ainsi, la gestion des ENS est sous-traitée -par convention- à des groupes d’intérêt public qui travaillent avec des contrats d’insertion, ou à des associations de protection de la nature (*Groupement pour la Conservation de l’Environnement et l’Insertion Professionnelle* et association *Allons Pren’Dioré en main*, par exemple). Citons un autre exemple de lien entre social et environnement : le programme d’ouverture des ENS aux scolaires grâce à une « dotation transport ». Enfin, on peut relever un lien plus indirect : celui des *Pass Loisirs* qui aident les personnes handicapées à accéder notamment à des activités sportives ou de loisir de pleine nature.

- **Office National des Forêts, antenne Réunion**

L’ONF est présent sur l’île depuis 1948 (1966 pour sa forme actuelle). Très vite, l’organisme d’État a pris une dimension très particulière par rapport à son rôle en métropole. En effet, il est devenu un important employeur dans le milieu rural et un véritable organisme d’insertion. « *La structure emploie (...) 400 personnes sous contrat CES ou CIA, 200 ouvriers permanents issus eux-mêmes de dispositifs d’insertion, et seulement une centaine de fonctionnaires [chiffres INSEE de 2004]. A l’origine, c’est-à-dire lors des premières décennies qui ont suivi la départementalisation, le personnel non titulaire était encore plus nombreux. Celui-ci était essentiellement composé des habitants des cirques montagneux, la plupart très pauvres, qui vivaient de fait au sein du domaine investi et géré par l’ONF. Le choix a donc été fait à l’époque de faire travailler toute une partie de cette population, lors des « grands travaux » tels que les reboisements en cryptomerias, la création des sentiers de randonnée pédestre (réseau de 850 kilomètres) ou encore la construction des routes forestières (réseau de 350 kilomètres).*¹ ». L’ONF gère 100.311 ha de forêts publiques à La Réunion dont 91 % de forêt départemento-domaniale, ce qui constitue

¹ROISNARD (N.), 2006, La promotion de l’environnement à La Réunion : pratiques associatives et enjeux politiques autour d’un gisement d’emplois, in : *Développement durable et territoires* [en ligne], Dossier 5 : *Économie plurielle, responsabilité sociétale et développement durable*, paru en ligne le 27 mars 2006.

un statut propre aux DOM îliens (Antilles et Réunion) : la nue-propriété revient au Département mais l'État en conserve le droit d'usage.

Aujourd'hui l'ONF n'est plus seul et doit partager plusieurs prérogatives avec le Parc National. Néanmoins, il garde un rôle primordial dans l'accueil du public et développe énormément l'écotourisme et la valorisation patrimoniale. *« L'ONF continue à appliquer le régime forestier (surveillance, réalisation des plans d'aménagement forestiers, programmation des travaux) ainsi que la réalisation d'études et de travaux concernant la conservation des écosystèmes, la production de bois et les équipements d'accueil du public. Le Parc national a la lourde tâche de coordonner les programmes scientifiques, de vérifier que les aménagements et équipements sont conformes aux orientations du Parc, de renforcer et de diffuser la connaissance et de valoriser auprès du grand public ce patrimoine exceptionnel.¹ ».*



Photo.9 Agents ONF et chantier route forestière Bélouve, années 1970 (source : JIR).

- **Parc National de La Réunion**

Dernier Parc National en date créé en 2007, son rôle est celui d'un Parc National « classique » (voir ci-dessus), mais il a deux particularités : il couvre 85% du domaine forestier historiquement géré par l'ONF et comporte des zones habitées en son cœur. Les 105 447 ha de son « cœur de parc » le place en tête des parcs nationaux français juste derrière celui de la Guyane. Avec ses milliers d'espèces endémiques (environ 1600 espèces de plantes indigènes) et son ensemble exceptionnel de forêt tropicale primaire, de milieux volcaniques et d'écosystèmes uniques étagés en altitude, ce parc est un écrin à forts enjeux patrimoniaux pour les Mascareignes, ces dernières étant l'un des 34 « hotspots » de la biodiversité mondiale². De plus, l'attrait touristique des cirques et remparts, désormais valorisés par le label UNESCO, fait que ce cœur de parc représente un enjeu considérable en matière d'écotourisme et donc d'emploi. Pour ce qui est de la « hiérarchie des compétences » évoquée plus tôt, le Parc National

¹ http://www.onf.fr/la-reunion/sommaire/onf/connaitre/domaine_gere/@@index.html

² Selon l'Union internationale pour la conservation de la nature.

est dorénavant l'interlocuteur unique en termes de responsabilité scientifique, par l'intermédiaire de son Conseil Scientifique. Son Conseil d'Administration est quant à lui garant de l'intégrité et de la crédibilité de l'aspect moral et protecteur que représente ce Parc National de La Réunion, mais aussi de son classement auprès de l'UNESCO.

- **Conservatoire du Littoral**

« Grâce à son intervention foncière, le Conservatoire du littoral à La Réunion tente de préserver des reliquats d'espaces naturels sur tout le linéaire côtier. Près de 900 hectares, répartis en 16 sites, sont ainsi protégés à ce jour. Une fois leur maîtrise foncière sécurisée, le Conservatoire du littoral met en œuvre, avec ses partenaires locaux, des actions de conservation. Celle-ci revêt deux aspects principaux : la restauration écologique et la gestion des usages.¹ ». Le Conservatoire est donc un acteur incontournable pour certains aménagements littoraux (voir 2.2.2).

<i>Espaces naturels protégés / gérés</i>	<i>Organisme(s) gestionnaire(s)</i>	<i>Nbre d'hectares</i>	<i>Part superficie de l'île (%)</i>
Forêt départemento-domaniale	ONF + Département	92 028	36,6
Forêt départementale	Département	3594	1,4
Autres zones forestières	Région, communes, associations	1323	0,5
Cœur de Parc	Parc National	105 477	42
Espaces naturels sensibles (ENS)	Département (GIP*)	4954	2
Autres espaces protégés (arrêtés)	Communes, associations	NC	NC
Littoral, étangs et rivages	Conservatoire du littoral	900	0,3
Réserve marine	GIP*- RNMR	3500	

*Groupement d'Intérêt Public

Tab.9 *Espaces naturels réunionnais protégés et gestionnaires* (A.GUENAT, 2011, sources : ONF, Conseil Général, PNR, Conservatoire du littoral).

- **Intercommunalités**

« 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. ».

¹ CONSERVATOIRE DU LITTORAL DE LA REUNION, PDF de présentation, 4p.

« [Les CIAPH] sont un indicateur pertinent du niveau de mise en place de la loi de 2005 en faveur des populations déficientes. ».

Ces extraits de la thèse de M. Mus¹ insistent sur l'importance de l'échelon territorial que sont les intercommunalités dans la mise en accessibilité des espaces et pour le respect de la continuité territoriale et de la chaîne des déplacements. Or, justement à La Réunion, même si elles se sont mises en place tardivement, ces CIAPH sont les acteurs phares de la dynamique de mise en accessibilité : transports adaptés, voirie accessible, aménagement de sites urbains (gares routières par exemple) ou naturels et touristiques. Et quand les actions ne sont pas directement du fait des intercommunalités, elles sont souvent financées en partie par ces collectivités. Si tout le monde va apparemment dans le même sens, deux collectivités se montrent particulièrement actives sur l'île : la CIREST à l'Est et le TCO à l'Ouest.

2.2 Des initiatives inédites à La Réunion

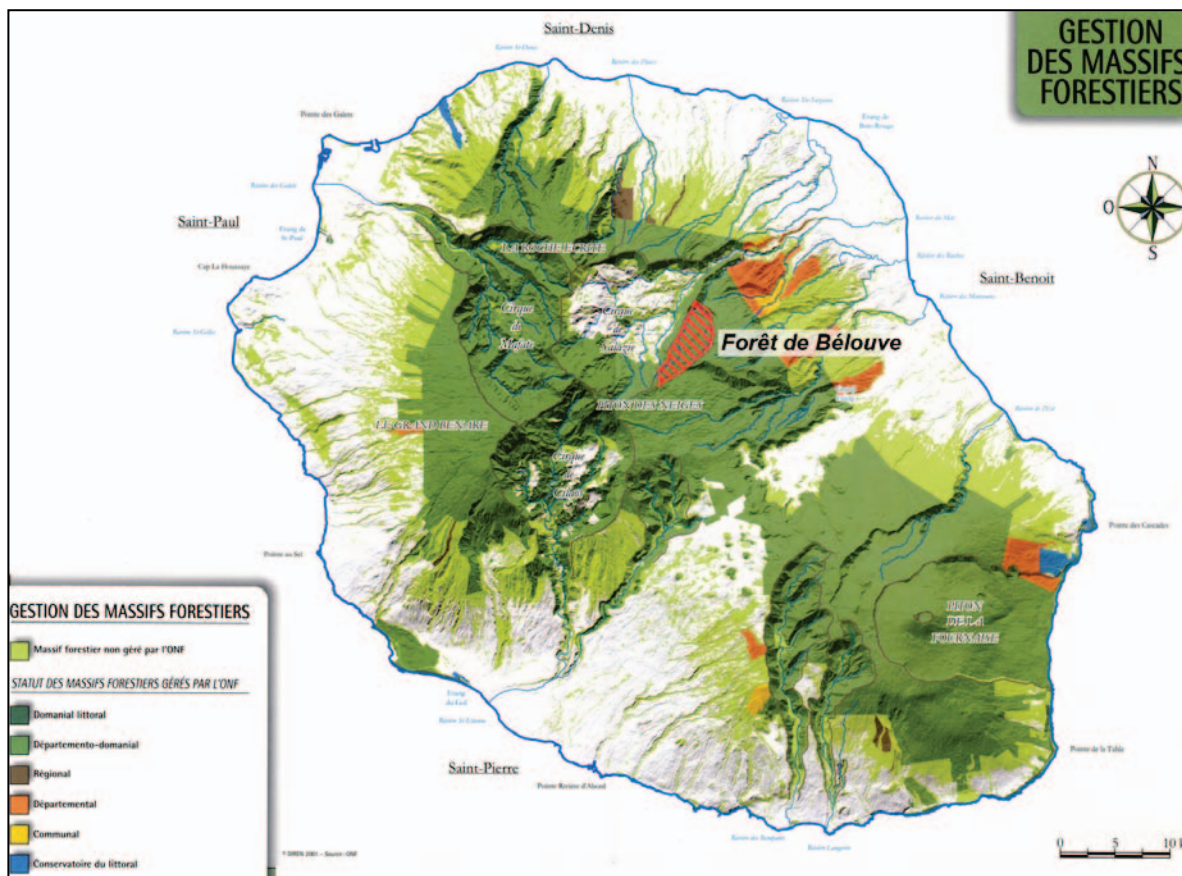
Comme on l'a déjà évoqué, La Réunion connaît depuis les années 2000 un engouement des instances publiques pour promouvoir et permettre l'accès de tous à une nature protégée et reconnue mondialement. Aussi, à plusieurs niveaux, diverses initiatives et projets ont pour point commun de rendre matériellement possible cet accès à une nature sauvage et sa mise en valeur. Ces initiatives d'aménagement sont également l'occasion de prendre des décisions réfléchies et collégiales avec notamment les associations de personnes handicapées. Dans le cadre de cette thèse, ces projets permettent de tester des outils de diagnostic et d'apporter une certaine expertise sur le terrain.

2.2.1 *Des forêts primaires et des espaces protégés « remarquables », accessibles à tous*

Sous cette dénomination, il s'agit de détailler le travail conjoint ou concomitant des trois acteurs gérant ces espaces à La Réunion : ONF, Parc National et Département.

Le principal espace forestier à avoir été concerné est le haut plateau (1500m d'alt.) de la *Forêt primaire de Bélouve*. Haut lieu de l'histoire de l'exploitation des « tamarins des hauts », ce plateau, avec son gîte et son belvédère est non seulement un lieu remarquable mais aussi un carrefour pour plusieurs sentiers de randonnée : Trou de Fer, Plaine des Lianes, descente sur Hellbourg.

¹ MUS (M.), 2010, *Populations déficientes, territoires en mutation : de nouvelles dynamiques spatiales ?*, Thèse de Doctorat, sous la direction de STECK (B.) et BODIN (F.), UMR Idées / CIRTAI, Université du Havre.



Carte.9 Localisation de la Forêt de Bélouve (source : ONF).

Sur approbation du Parc National, l'ONF et le Département (forêt départemento-domaniale donc en co-gestion) ont décidé d'aménager un sentier accessible pour découvrir la forêt primaire. Deux projets ont été soumis aux acteurs concernés et aux associations invitées lors de visites sur site en avril 2010. C'est finalement une « boucle d'immersion » en platelage bois de plus de 200m qui a été retenue (cf fig.15). Ce projet est évalué à environ 120 000 euros et son financement est à 60% pris en charge par l'Etat et l'Union Européenne et à 40% par le Département de La Réunion.

Le projet ne se limite cependant pas à ce sentier, certes novateur sur l'île. En effet, l'ambition affichée par les porteurs du projet¹ est beaucoup plus large. Avec la mise en accessibilité du Musée du Tamarin et l'adaptation du gîte, puis à moyen terme avec l'accès PMR au belvédère, c'est un véritable pôle écotouristique accessible qui se dessine, c'est à dire un projet assez inédit à l'échelle locale et même nationale. Il s'inscrit également dans le cadre du programme de réhabilitation et de mise en accessibilité voulu par l'ONF et le Département, après les sites de la Forêt des Makes (contreforts du cirque de Cilaos) et du Pas de Bellecombe (volcan).

¹ M. DUTEL (ONF), M. PAYET (Département) et M. ERUDEL (Conseiller Général de la Plaine des Palmistes).

Après un temps de réflexion et d'attente des diverses autorisations, le chantier a commencé, pour une livraison vraisemblablement prévue courant 2012.



Photo.10 *Photos des visites de préparation et du chantier en Forêt de Bélouve* (crédit photos : N.Thomas et R.Dutel, 2010-2011).



Fig.15 Croquis du projet retenu en Forêt de Bélouze (source : ONF, 2010).

2.2.2 Des projets et des aménagements pilotes, grâce aux intercommunalités

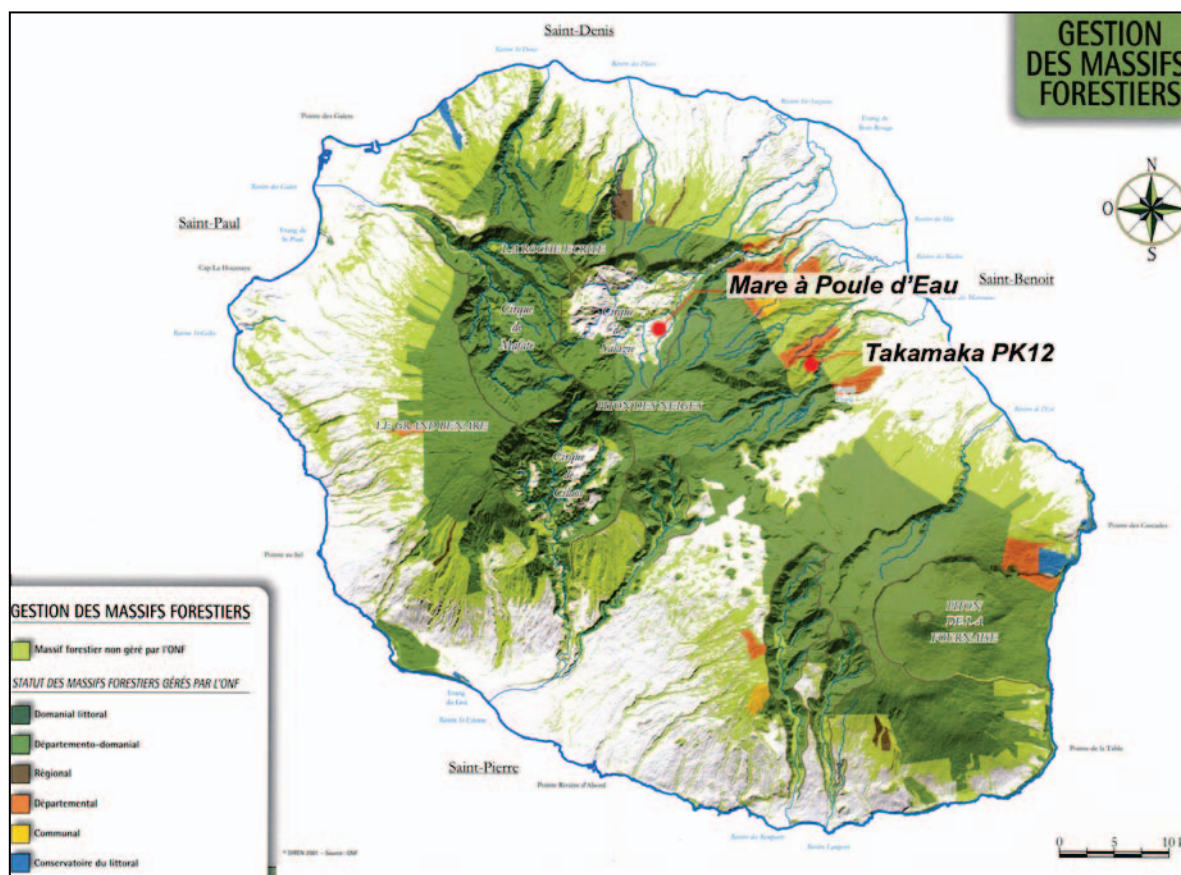
Dorénavant, toutes les intercommunalités de l'île (au nombre de cinq) sont censées avoir une CIAPH en fonctionnement effectif. Dans les faits, ce sont surtout le TCO et la CIREST qui suivent précisément le cadre légal : schémas directeurs, intéressement à plusieurs domaines et réalisation d'aménagements de mise en accessibilité. Voici quelques projets importants de ces deux collectivités, notamment dans le domaine de l'accès aux espaces naturels.

a) Des sites naturels touristiques classés, accessibles, à l'Est

La CIREST, créée en 1996 et passée en communauté d'agglomération en 2002, s'est dotée d'une CIAPH qui se réunit régulièrement et accueille des personnes concernées par le handicap. Elle se compose de sous-commissions thématiques : *Déplacements et transports, Voirie et espace public, ERP, Logements, et, fait rare, Aménagements touristiques des sites naturels*. Son Schéma Directeur d'Accessibilité (SDA) des Transports Collectifs est en cours de mise en œuvre depuis 2009. Il est à noter que « la CIREST tente d'atteindre les 6% d'effectifs de sa masse salariale correspondant à des PMR afin d'être exonérée de la contribution à verser en

compensation. Actuellement (2011) il y a seulement 2,6% d'agents à mobilité réduite au sein de la CIREST (contribution versée en 2011 : 14 176€)¹. ». Enfin, un nouveau siège social entièrement accessible sera livré mi-2012.

Actuellement, deux projets d'aménagement qui visent à rendre accessible au public PMR comme « valide » des sites naturels « remarquables » sont en cours. Il s'agit de Mare à Poule d'Eau dans le cirque de Salazie et du site PK12 de Takamaka (cf carte 10).



Carte.10 Localisation de Mare à Poule d'Eau et de Takamaka PK12 (source : ONF).

L'aménagement en cours le plus avancé est celui de *Takamaka*. Il s'agit d'un site d'environ 3 ha se situant le long de la RD 53 à l'emplacement « PK12 » qui correspond aux anciens logements de chantier des ouvriers ayant construits le Barrage de Takamaka 1. Il ne s'agit pas à proprement parler d'un accès PMR mais d'une zone de loisir et de pique-nique en grande partie accessible. Selon la CIREST², « le projet prévoit la réalisation de 13 kiosques-maisonnettes pour pique-niquer, de 4 à 16 places, des tables de pique-nique, des coins feux,

¹ Chiffres issus de l'entretien avec M. Massip (CIREST) réalisé par mail, réponse datée du 5/08/2011 (intégralité en Annexe 1).

² CIAPH – CIREST, compte rendu de la sous-commission *Aménagements touristiques des sites naturels* du 30 avril 2010 à la Mairie de Bras-Panon.

un pôle d'accueil du public type rondavelle (restauration, vente de produits, toilettes...), une placette d'accueil avec bassin-fontaine, un jardin des cafés et des thés, une aire de jeux pour les enfants, un boulodrome, 3 belvédères sur la vallée : « la tour de Gué » accessible par une passerelle, « le Belvédère des cascades » et « la fenêtre de Takamaka » au pied du bassin aux anguilles. Des zones de stationnement VP et Bus. ». L'objectif affiché est « la mise en valeur de la vallée de Takamaka, [qui] doit permettre de développer une offre touristique nouvelle axée sur le patrimoine naturel et culturel de cet itinéraire. ». La livraison est prévue fin 2011.

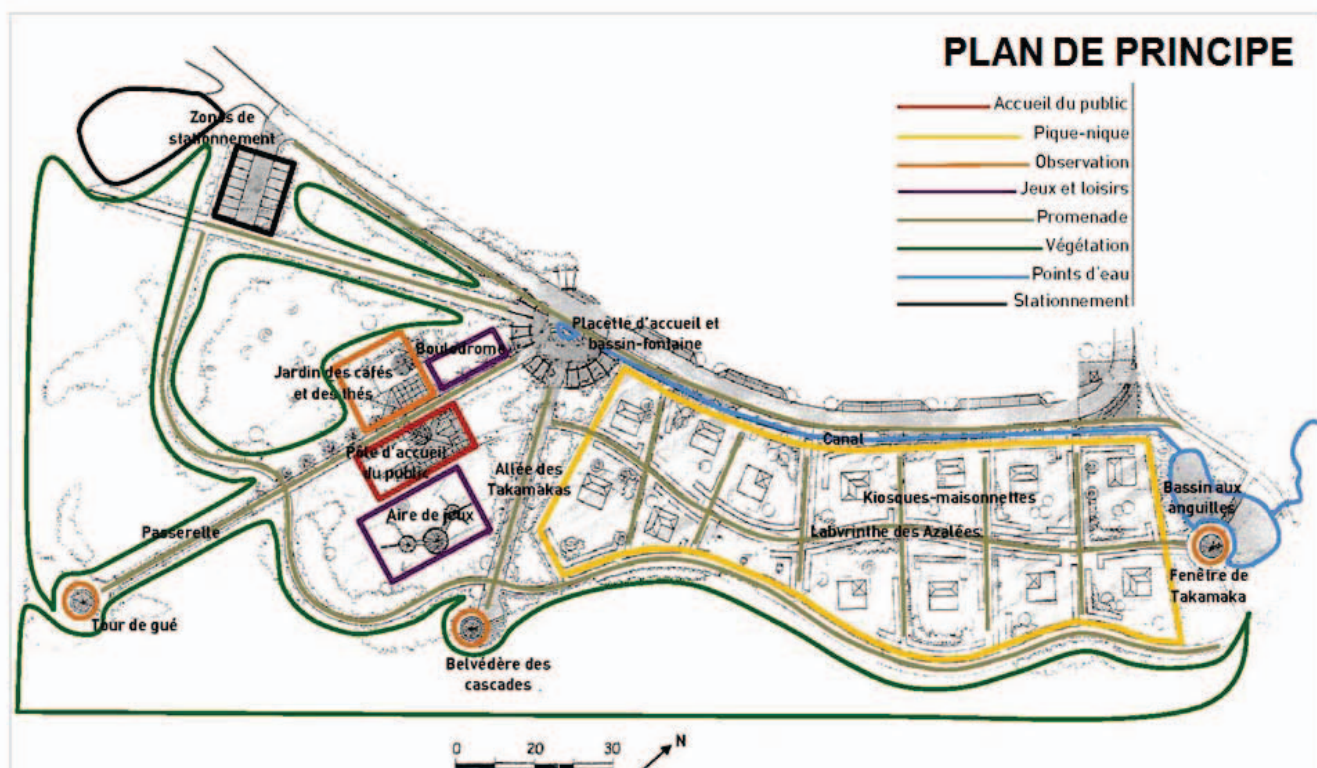


Fig.16 Croquis de présentation de l'aménagement de Takamaka (source : CIREST, 2010).

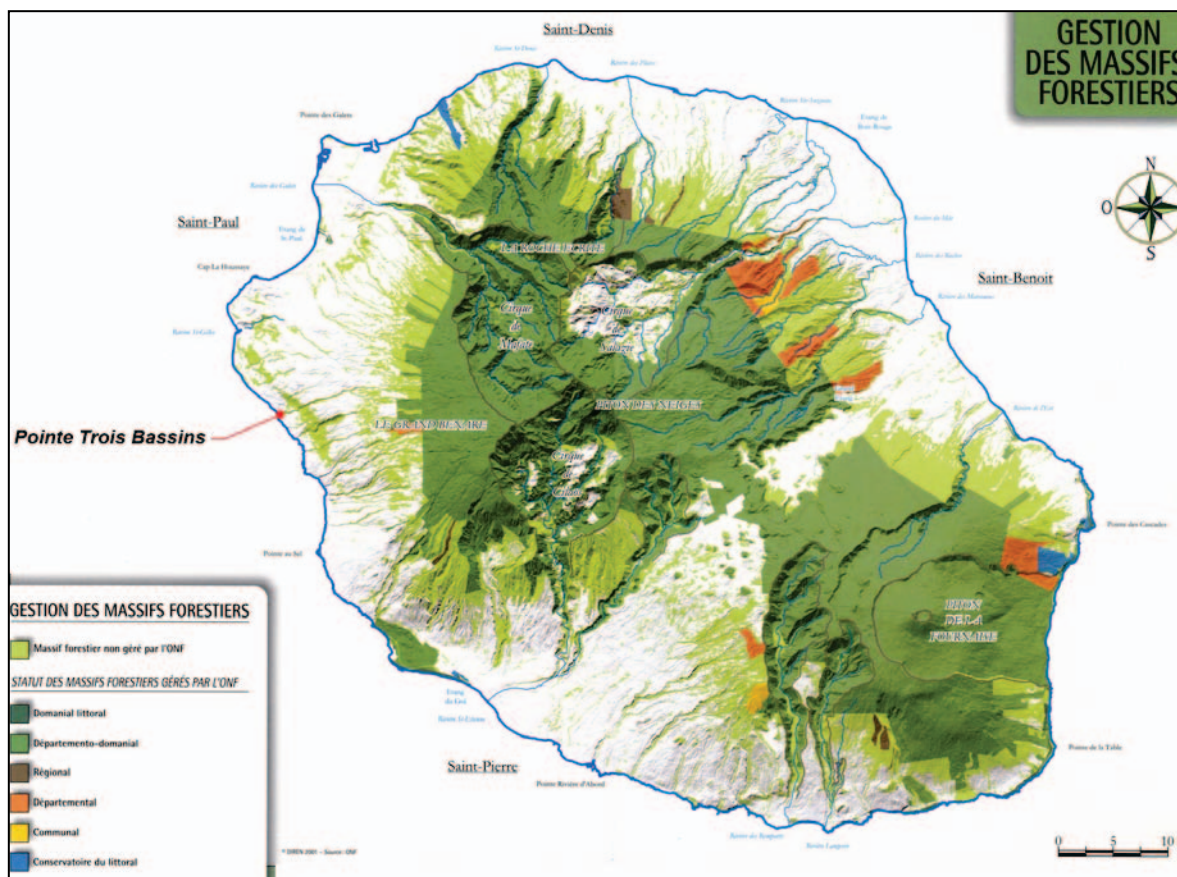
Le site de Mare à Poule d'Eau est quant à lui déjà réhabilité et aménagé mais une seconde phase de travaux a été confirmée pour réaliser de vrais accès PMR. Malheureusement, les travaux à prévoir sont assez conséquents, d'autant plus que le site est plusieurs fois inscrit et classé (ZNIEFF, etc.) mais également situé dans un milieu humide marqué par l'érosion (inscrit dans le PPR Mouvement de terrain). Aussi, une phase d'étude a été nécessaire et la livraison n'est donc prévue que pour mi-2012.



Photo.11 Photos de Mare à Poule d'Eau, lors d'une visite de terrain de la CIAPH (source : CIREST, 2010).

b) Un littoral accessible à tous sur la côte ouest ?

Le TCO (Territoires de la Côte Ouest), comme son nom l'indique, regroupe des communes avec de larges façades littorales. Aussi, il est logique qu'en termes d'aménagements la collectivité cherche à rendre attrayant et accessible ses côtes et ses plages. Le TCO œuvre beaucoup avec sa CIAPH pour la mise en accessibilité de la voirie et des transports collectifs. Au niveau des espaces naturels touristiques, on retiendra l'aménagement de la Pointe des Trois-Bassins (achevé), la création du Camping de l'Ermitage et l'accès PMR au lagon (projets en cours).



Carte.11 Localisation de la Pointe Trois-Bassins (source : ONF).

L'aménagement du site de la Pointe des Trois Bassins (cf. carte 11) a été inauguré en mars 2011. C'est un projet qui a connu une longue gestation (enquête publique) et qui fit polémique en son temps. Il s'agit d'un espace protégé (terrain appartenant au Conservatoire du Littoral et co-géré avec l'ONF) et parcouru par de multiples usagers (touristes, promeneurs, surfeurs), d'où une mise en œuvre complexe. Au final, les travaux ont été réalisés rapidement et le résultat est plutôt satisfaisant et relativement peu agressif sur le milieu, du moins sur l'existant (site déjà très fréquenté avant travaux). Selon Mme Lai-Yen-Kang, chargée d'opération au TCO, « l'objectif principal était d'aménager pour canaliser une fréquentation déjà très importante du site et d'amener les gens à laisser leur véhicule en aval¹. ».

L'aménagement a donc essentiellement consisté en la réfection de la zone parking, dorénavant bien délimitée et partitionnée (places réservées aux écoles de surf, aux PMR, aux deux roues) et enrobée d'un béton poreux pour un drainage naturel non entravé (une première à La Réunion). En contrebas, une plateforme en bois (avec vue plongeante sur le spot de surf) a été construite pour accueillir un camion-bar. « L'originalité » de tout cela vient de l'accès PMR à cette plateforme par une longue rampe en platelage bois qui serpente depuis le parking.

¹ Propos recueillis lors de l'inauguration du 18/03/2011.



Photo.12 *Photos de la Pointe Trois Bassins, après aménagement*
(crédit photos : N.Thomas, 2011).

2.2.3 *L'information du public : un site web recensant les aménagements sur l'île*

Tous les projets en cours ou les aménagements déjà réalisés et évoqués ont été conçus en collaboration avec le monde associatif ou avec des personnes handicapées référentes et ont été plus ou moins médiatisés (sites web et magazines des collectivités, presse locale). Pour autant, beaucoup d'autres personnes handicapées sont isolées ou peu au fait de ces chantiers et de ces collaborations, voire méfiantes. Parmi ces personnes peu ou pas informées, on pense également aux personnes handicapées extérieures à l'île et venues en touristes. De plus, la couverture médiatique étant souvent très généraliste et surtout « éphémère », la question d'une meilleure diffusion des informations s'est posée concernant ces chantiers et les sites déjà accessibles sur l'île. Aussi, dans le cadre de cette thèse et notamment pour l'enquête sur les pratiques spatiales, il fallait une tribune efficace et peu coûteuse.

C'est l'idée d'un site web, à mi-chemin du blog, qui a alors été retenue. Ce site baptisé « *La nature accessible à tous !* », que l'on peut consulter depuis n'importe quel navigateur à l'adresse <http://acesnature.wordpress.com>, a été réalisé grâce à la plateforme gratuite de *WordPress*. Ouvert au public en 2009, il est toujours alimenté par de nouvelles informations et de nouveaux articles. L'auteur de cette thèse en est l'unique *webmaster* et rédacteur.

Deux parties principales composent le site :

- une partie blog avec un ou deux articles en moyenne par mois.
- un partie plus « classique » avec des pages web : une page présentant la thèse et surtout « les sites accessibles (Réunion) en un clic » qui recense les principaux sites naturel touristiques de l'île, accessibles aux PMR (voir Fig.17).

Après des débuts timides mais prometteurs, le site tourne actuellement à 150 visites par mois, en moyenne, ce qui est plutôt honorable pour un site si spécialisé et connu seulement par le « bouche à oreille » et quelques centaines de flyers.



Fig.17 Captures d'écran du site web « *acesnature* » (A.GUENAT, 2011).

II/La prise en compte des PMR dans les espaces naturels et touristiques réunionnais : étude de public, prospective et aide à la décision

Comme nous l'avons vu précédemment, il est désormais admis que l'accessibilité universelle sous-entend également l'accessibilité aux espaces naturels. Aussi, après que des pionniers, des parents d'enfants handicapés et des associations handisport aient ouvert la voie, ce sont désormais aux instances publiques de prendre en charge ce pan de l'accessibilité universelle. Mais bien au-delà de cette nouvelle charge réglementaire, c'est surtout un public qui s'est fait connaître et qu'il faut désormais prendre en compte au même titre que n'importe quel autre public. Dès lors, des dynamiques se mettent en place et des questions se posent au chercheur-géographe. Parmi ces questions le chapitre précédent s'est attaché à définir les modalités et les déclinaisons de cette prise en compte à La Réunion, territoire d'étude particulièrement pertinent au regard de la diversité et de la richesse de ses milieux naturels. Reste qu'il faut également chercher à connaître les attentes et les besoins de ce public. Enfin une dernière question se pose au chercheur géographe : peut-on envisager des outils pour favoriser ces politiques ?

En présentant une enquête menée et exploitée de 2008 à 2010 ainsi que des outils de méthodologie, de diagnostic et de cartographie spécifiquement élaborés, ce dernier chapitre explore quelques pistes pour répondre à ces questionnements.

1) Enquête sur les pratiques et les déplacements du public handicapé

Si le public handicapé réunionnais a déjà pu être défini de manière générale (cf. partie 2), aucune donnée locale n'existe en revanche sur le rapport entre ce public et les espaces naturels (ou même de loisirs). Il existe encore moins d'informations caractérisant l'accessibilité actuelle au patrimoine naturel réunionnais. L'objet de ce premier point est de combler ces lacunes.

1.1 Présentation de l'enquête

Face au manque de données sur les déplacements et les pratiques des personnes en situation de handicap sur l'île¹ en général, le recours à une enquête s'est rapidement imposé. Non seulement cette enquête s'avérait nécessaire pour recueillir des informations, mais surtout elle a permis de déterminer quels sont les rapports physiques et psychologiques du public handicapé avec leur environnement, notamment naturel. Enfin, c'était l'occasion de vérifier, en partie, la pertinence de la problématique de thèse, en ayant une vision de l'intérêt réellement porté à ces espaces.

1.1.1 Élaboration de l'enquête

Le premier objectif de l'enquête était de connaître et de définir les pratiques spatiales des personnes handicapées de l'île – en prenant en compte tous les types de déficience – au niveau de leurs déplacements dans la vie quotidienne mais aussi et surtout lors de sorties plus exceptionnelles, dans des espaces de détente et/ou de loisirs, le plus souvent au contact d'espaces naturels. C'est donc une enquête sociologique intégrant une forte dimension spatiale qui a été entreprise sous la forme d'un questionnaire écrit. Ce questionnaire assez « classique » alternait questions fermées, questions de cadrage et systèmes de déclaration de préférences ou de notation. Pour autant, l'enquête ne pouvait se limiter au questionnaire, l'information à récupérer étant plus complexe que cela. En effet, comment savoir où les personnes interrogées se sont déjà rendues sur l'île, à quoi elles ont pu accéder et avec quelles difficultés ? Par écrit, l'exhaustivité aurait été une gageure et le travail de dépouillement bien trop lourd. Par l'entretien, là encore la méthode aurait été lourde et complexe. C'est finalement la solution d'une désignation directe par l'interrogé sur un fond de plan qui a été retenue. Ainsi à chaque questionnaire était joint une photocopie (noir et blanc) de la carte IGN au 1 / 100 000^e de l'Île de la Réunion et des instructions pour désigner, nommer et caractériser l'accessibilité (par un code couleur basique) des sites visités par les interrogés.

Un dernier problème restait à régler : celui de la diffusion. Comment atteindre les personnes handicapées et surtout celles qui ont encore la possibilité de sortir de chez elles ? Comment les intéresser quand on sait que beaucoup d'autres enquêtes sur le handicap n'ont jamais abouti ou pas contribué à changer leur situation ? Face à cette difficulté, le circuit associatif est apparu incontournable. Incontournable car les associations sont plus ou moins organisées et possèdent des fichiers d'adhérents mais aussi et surtout une connaissance du terrain

¹ Hormis : JETTER (S.), 2005, *Les déplacements des personnes handicapées*, Études et synthèses n°73, Observatoire du Développement de la Réunion.

d'étude. De plus, intervenants et travailleurs sociaux servent de courroie de transmission et peuvent même être enquêteurs auprès des personnes et des familles concernées, ce qui facilite énormément le travail. Le cadre associatif donne également du poids à l'enquête et les adhérents font alors confiance à leur association et donnent du crédit à l'objectif annoncé.

1.1.2 Échantillon et données de cadrage

Après rencontre avec plusieurs associations (AFM, Comité Régional Handisport, Saint-Paul Handisport, CLER et le réseau des Auxiliaires de Vie Scolaire), 100 exemplaires d'un questionnaire de 6 pages, intitulé *Les sites naturels réunionnais : un accès pour tous ?*, accompagné d'une photocopie de carte IGN, ont été distribués. Aucun échantillonnage particulier n'a réellement été fait vu le nombre d'enquêtes diffusées et les craintes de n'avoir que trop peu de retours. Cependant un certain équilibre a été recherché, dans la mesure du possible, dans les types de handicap, le sexe et l'âge. Grâce aux intervenants des associations, le taux de retour a été de 90%, ce qui est un très bon résultat pour ce type d'enquête et face à la lassitude qui touche parfois les personnes handicapées les plus en difficulté.

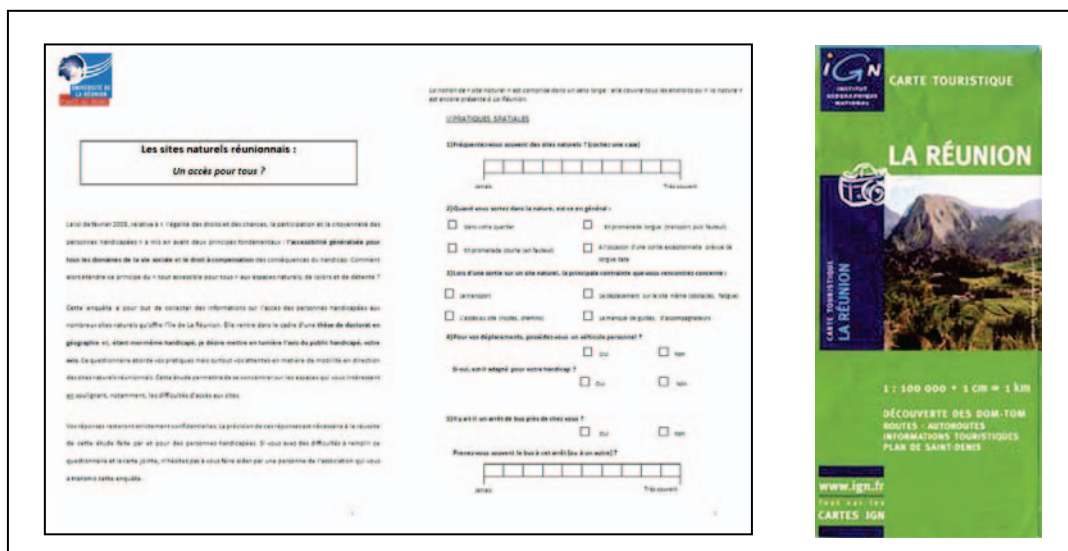
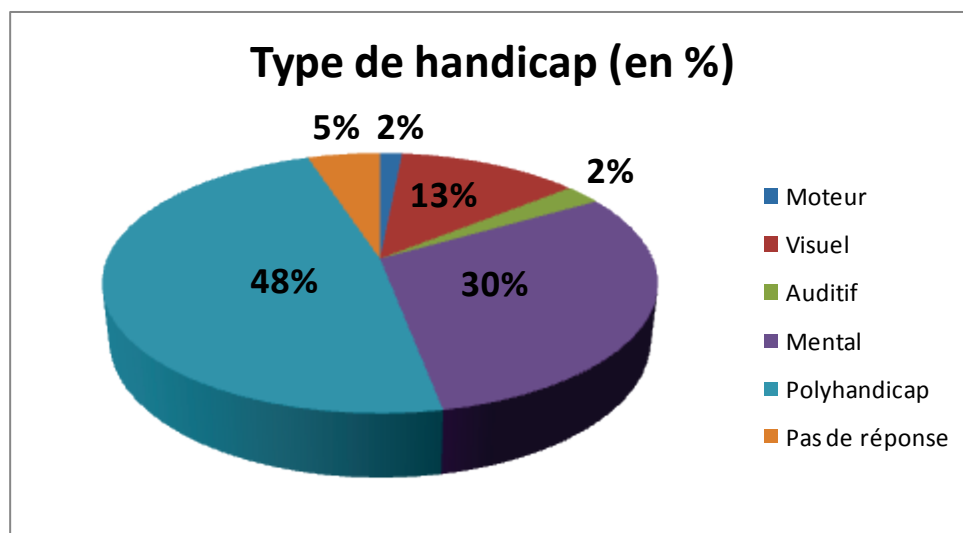


Fig.18 Extraits du questionnaire et de la carte IGN diffusés.

La population enquêtée (90 personnes) est composée de 65 % d'hommes contre 35 % de femmes. Cette répartition correspond à peu près à celle de la population MDPH du département de La Réunion (61,2 % d'hommes et 38,8% de femmes en 2011). Au niveau de l'âge, comme pour la population MDPH réunionnaise, la classe des 40-60 ans est prépondérante. Viennent ensuite les jeunes de moins de 16 ans, plus nombreux dans l'échantillon que dans la population MDPH réunionnaise.

- Type de handicap et âge

Au niveau des types de handicap, une certaine variété s'imposait pour pouvoir légitimement évoquer le niveau d'accès de tous, dans la diversité des pratiques, des déficiences et des incapacités. Mais là encore, la population handicapée réunionnaise présente des spécificités que l'on retrouve pour partie dans l'échantillon : une majorité de polyhandicapés (48 %) et de déficients mentaux (30 %), puis des handicaps visuels (13 %), auditifs et « purement » moteurs (2 % pour les deux). Cependant l'échantillon a pu être influencé par le choix des associations qui accueillent plutôt des personnes avec tel ou tel handicap (l'AFM ne s'occupe que des maladies génétiques neuromusculaires donc de polyhandicapés et de déficients moteurs). Ce faisant, il a été assez difficile de rentrer en contact avec certaines associations, notamment celles représentant les sourds et muets, et plusieurs propositions de distribution du questionnaire au sein d'associations ont essuyé un refus, certains ayant semble-t-il juger les retombées comme trop incertaines voire insignifiantes. À noter enfin que 5 % des interrogés n'ont tout simplement pas désiré répondre à la question de leur déficience.



Graph.14 Répartition des interrogés de l'enquête, selon les types de handicap.

Pour ce qui est du rapport handicap / âge, on constate que l'âge moyen des handicapés moteurs interrogés se situe dans la tranche 25–40 ans, celui des déficients visuels dans la tranche 40–60 ans, l'âge moyen des déficients cognitifs (handicap mental) dans la tranche 0–16 ans et enfin, l'âge moyen des polyhandicapés est de 40 ans.

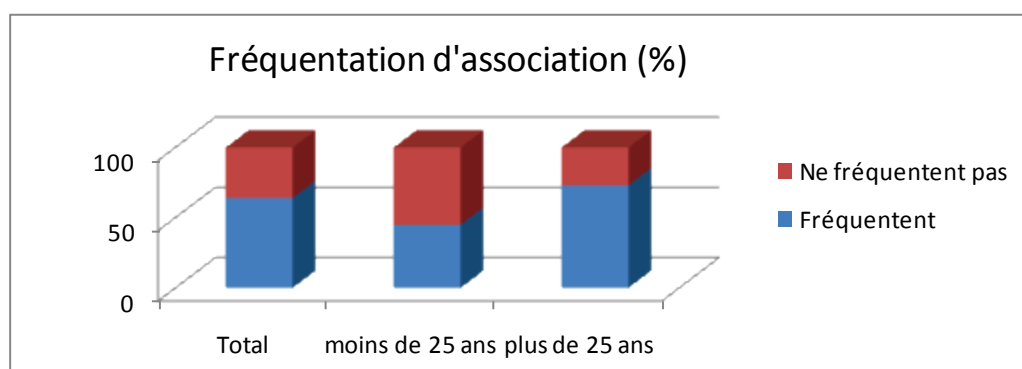
- Situation familiale et professionnelle

Beaucoup d'interrogés vivent seuls (célibataires), un peu moins chez les plus de 40 ans où la proportion célibataires / en couple ou marié est égale. Assez peu vivent avec des enfants encore sous leur tutelle (12 sur 90).

Pas de surprise au niveau de l'emploi : tous handicaps confondus, seuls quelques-uns ont un travail salarié. Certes l'âge intervient (les 11 ayant un handicap mental sont des enfants ou adolescents), mais si on prend en considération ce facteur, en ne tenant compte que de la population active de 25–60 ans (et que l'on ne tient pas compte des 11 enfants précités), cela fait 89 % de sans emploi dans cette enquête.

- Lien avec le monde associatif

64 % des interrogés fréquentent une association liée au handicap (aide, loisir, etc.). Ce chiffre passe à 45 % pour les moins de 25 ans alors qu'au contraire il passe à plus de 73 % pour les plus de 25 ans.



Graph.15 Fréquentation d'une association par les interrogés.

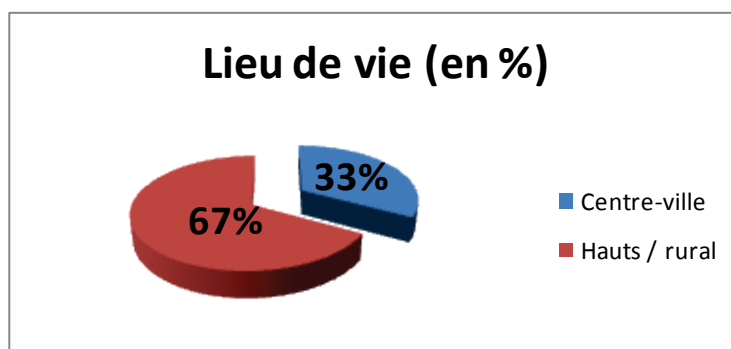
1.2 Résultats et analyse

1.2.1 Lieu de vie

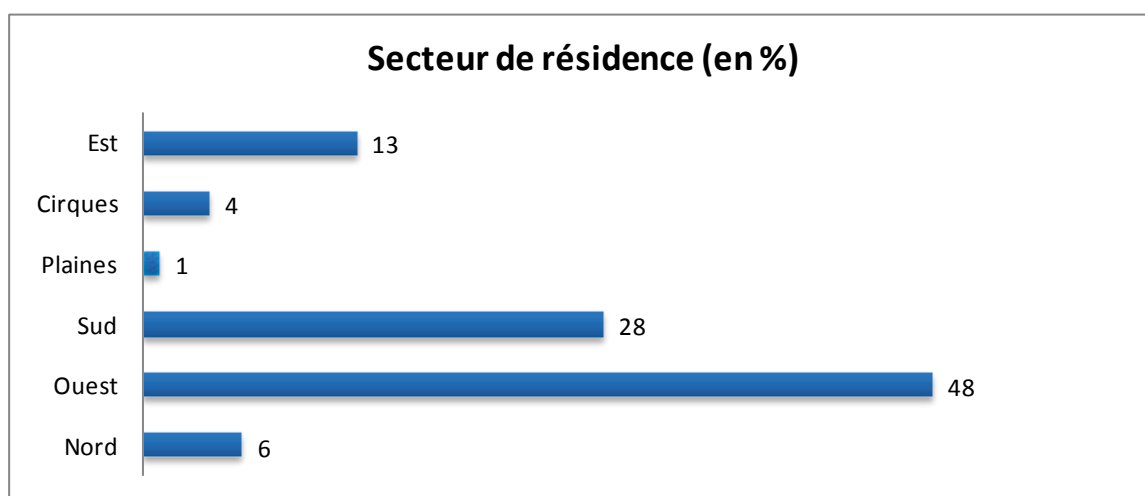
Comme le montre le graphique 15, près des 2/3 des interrogés (67 %) vivent dans les « Hauts », c'est-à-dire en zone rurale ou en zone urbaine peu dense et dispersée –forme urbaine spécifique¹ à La Réunion. Le graphique 16, quant à lui, nous informe sur l'origine géographique (microrégions) des interrogés. Cela dit, cette information est à relativiser car en corrélation directe avec la localisation des associations qui ont aidé à l'enquête. Il faut noter également qu'il y a un peu plus d'handicapés moteurs en ville par rapport aux autres handicaps (38.4%). Enfin, 65 % des interrogés vivent au même endroit depuis plus de 5 ans

¹ ACTIF (N.), LAJOIE (G.), 2001, La ville s'étale, in *Économie de La Réunion* n°108, INSEE.

(et souvent depuis toujours), ce qui s'explique pour partie par l'importance des proximités familiales à La Réunion, base de la cohésion sociale : 72% des personnes interrogées ont de la famille dans le quartier.



Graph.16 Type de lieu de vie des interrogés.



Graph.17 Secteur géographique de résidence des interrogés.

1.2.2 Les pratiques de déplacement : transports à disposition et utilisation quotidienne
« Quelle est la principale contrainte que vous rencontrez [dans vos déplacements] ? ». Á cette question, 18.3 % des interrogés ont répondu « le transport ». Ceux-ci sont majoritairement atteints d'un handicap moteur et sans véhicule personnel. Comment expliquer l'importance de cette contrainte ?

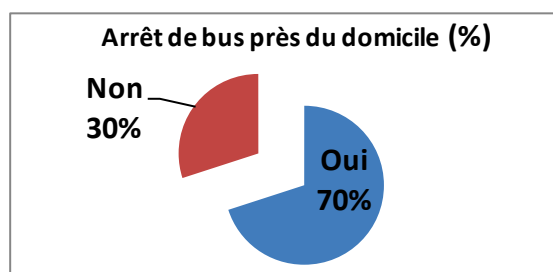
- Possédez-vous un véhicule personnel ?

Avec les déclarations d'enfants et d'adolescents, comptés comme ayant un véhicule à disposition, 48 % des interrogés ont un véhicule personnel (dont 31 % sont adaptés). Or si l'on considère les enfants comme dépendants du bon vouloir des parents, ce qui est plus

réaliste, il ne reste que 28,5 % des interrogés qui ont un véhicule personnel à disposition (dont 36 % adaptés). Soit tout de même 71,5 % qui n'ont pas de véhicule sur « le pas de la porte ». Cela montre aussi que quand les enfants sont dans des familles équipées en véhicules adaptés, ils sont clairement concernés par la dépendance vis-à-vis de leurs parents. En effet, avec un écart de 20 points on peut supposer qu'ils seraient bien plus mobiles sans cette dépendance liée à leur âge. Au niveau de la répartition suivant le handicap, on remarque que presque une personne atteinte de polyhandicap sur deux possède un véhicule personnel alors que le rapport est de une personne sur trois pour le handicap moteur. De la même façon, les personnes polyhandicapées ont plus d'adaptations pour leur véhicule que les handicapés moteurs. Cela s'explique en grande partie par le fait que le handicap moteur demande de plus gros aménagements à un coût bien supérieur.

- Il y a-t-il un arrêt de bus près de chez vous ?

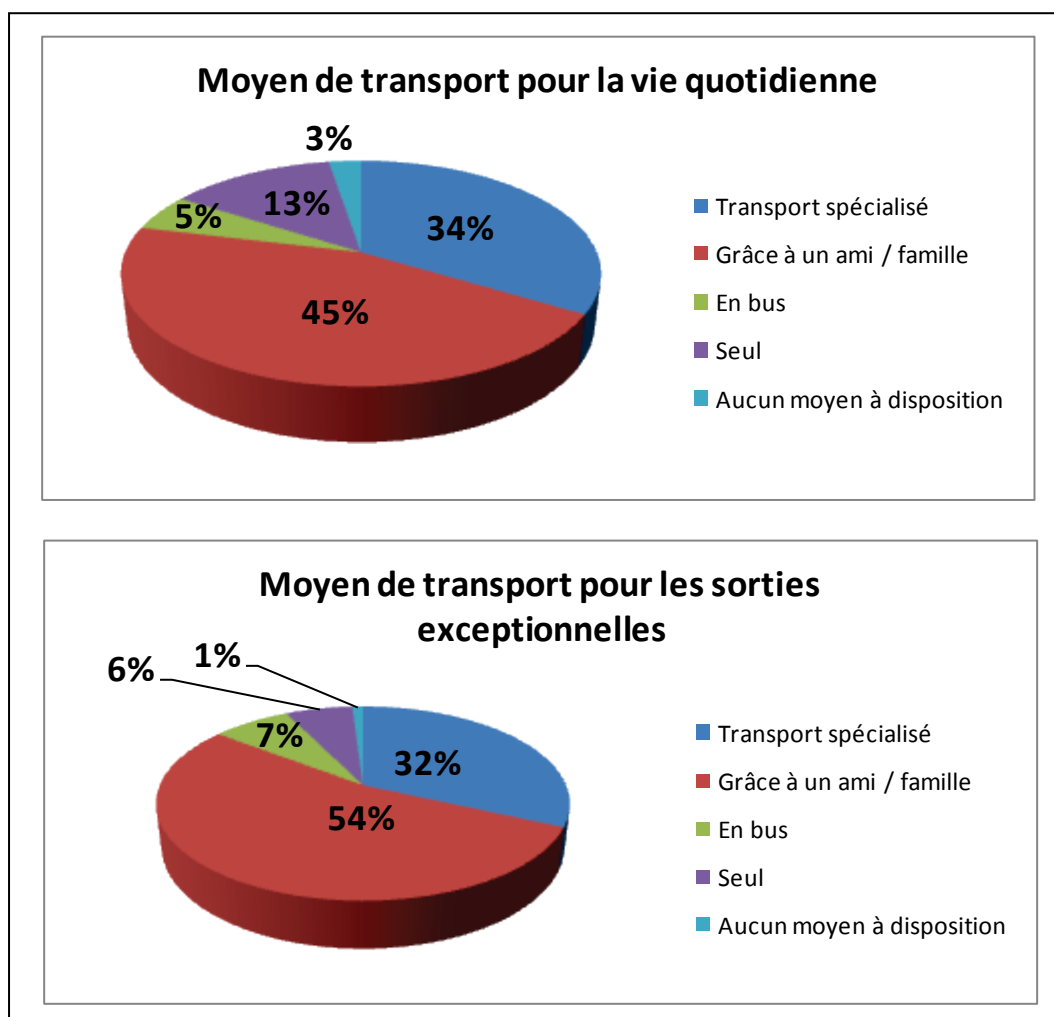
Ici les apparences sont peut-être trompeuses car sur la part de « oui », 70 % déclarent ne jamais prendre le bus.



Graph.18 Part des interrogés ayant un arrêt de bus près du domicile.

- Moyen de transport privilégié au quotidien et pour des sorties exceptionnelles

De loin, ce sont les recours au transport spécialisé (GIHP ou autre, transports communaux) et à la famille ou aux amis qui sont le plus usités, qu'il s'agisse du quotidien ou de sorties exceptionnelles (cf. graph.19). On remarquera tout de même le pourcentage assez conséquent de personnes se débrouillant seules pour se déplacer au quotidien.



Graph.19 Moyens de transport privilégiés par les interrogés.

1.2.3 Accès aux services et besoins vitaux (courses, santé)¹

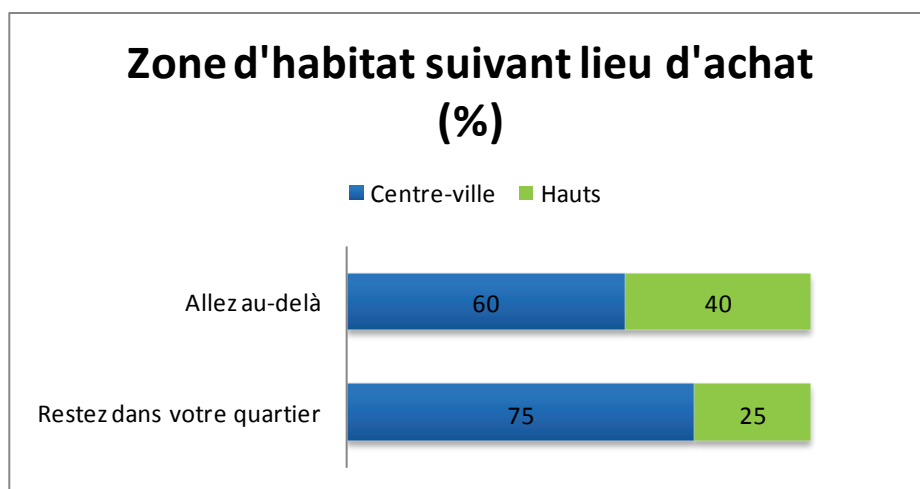
- Lieu des achats quotidiens et services de santé

Pour leurs courses quotidiennes, 72 % ont déclaré aller au-delà de leur quartier. On s'aperçoit à la lecture des autres données du même type (cf. graph.20) qu'il y a plus de personnes habitant les Hauts qui se déplacent hors de leur quartier pour leurs courses qu'en zones urbaines dans les Bas de l'île. En effet, alors que le rapport est de 75 % d'urbains restant dans leur quartier contre 25 % des Hauts, ce même rapport passe à 60 % contre 40 % pour ceux allant au-delà de leur quartier. Difficile de dire cependant si c'est l'accessibilité, a priori meilleure en ville, qui est la cause de ces résultats ou des pratiques différentes, voire la répartition des commerces. Le lieu d'utilisation des services santé n'indique rien de plus (50–50).

¹ Sur 62 réponses exprimées seulement.

- Services publics et administrations

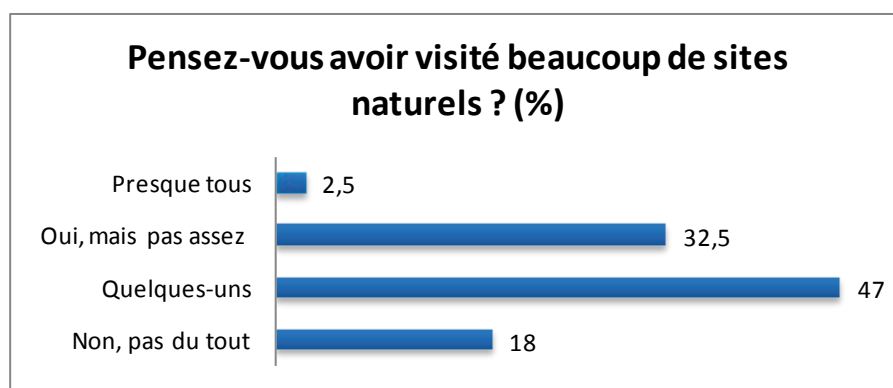
L'accès des services publics est plus facile à appréhender que celui des commerces. En théorie, cette information peut démontrer réellement quel secteur de l'île est un bon élève en matière d'accessibilité. Malheureusement aucun secteur ne se détache dans les résultats car on est presque à moitié entre accessibilité et non-accessibilité (47 % contre 53 %¹) et le type de handicap n'influence pas les résultats.



Graph.20 Rapport lieu de vie / lieu d'achats des interrogés urbains et ruraux.

1.2.4 Perception de l'accessibilité des sites naturels de l'île et attentes

- Pensez-vous avoir visité beaucoup de sites naturels sur l'île ?



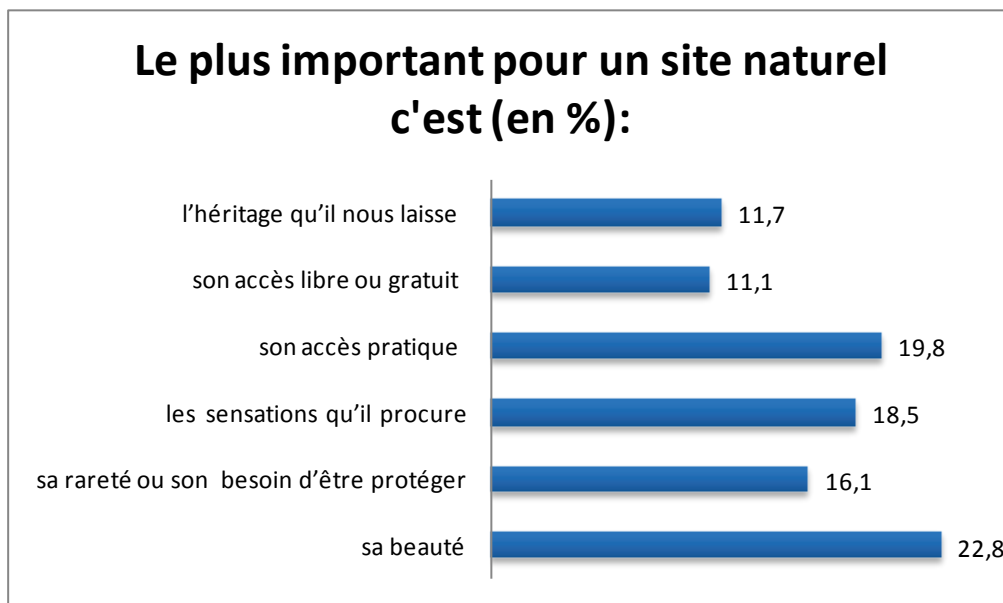
Graph.21 Sites naturels réunionnais visités (quantité) par les interrogés.

Une majorité d'interrogés (47 %) déclare n'avoir visité que quelques sites naturels. Accès et déplacement sur site sont, sans grande surprise, les deux contraintes les plus mises en avant par les interrogés pour expliquer les réponses « *quelques uns* » et même « *oui, mais pas assez* ». Le facteur « âge » a pesé dans les réponses, notamment chez les plus jeunes (48% des 0-16 ans n'ont visité que quelques sites), mais cela est peut-être dû à une expérience

¹ Sur 59 réponses exprimées seulement.

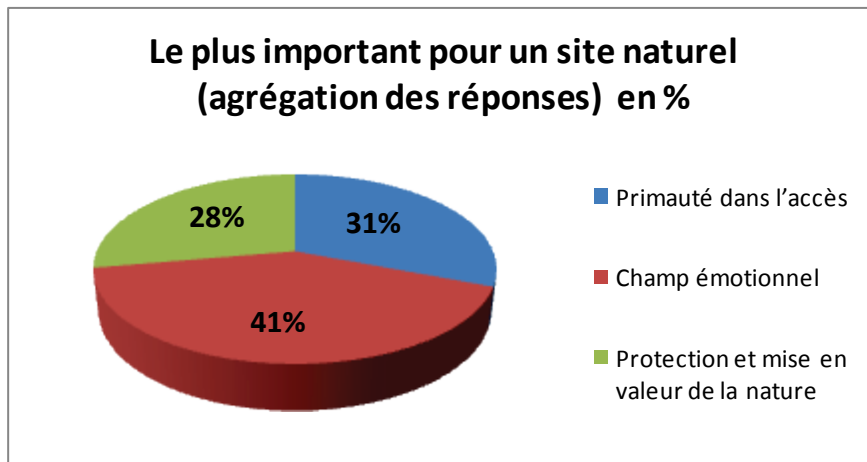
forcément moins grande que leurs aînés ou à une perception différente des choses (ordre de grandeur). Il n’y a en outre rien de particulier suivant les types de handicap. Pour avoir un facteur vraiment discriminant, il faut donc regarder du côté de la possession d’un véhicule : parmi ceux n’ayant pas de véhicule (3/4 des réponses), 64,5% ont visité peu de sites (« *pas du tout* » et « *quelque uns* »).

- Ce qui importe le plus dans les sites visités, selon les interrogés



Graph.22 Ce que retiennent les interrogés d'un site naturel.

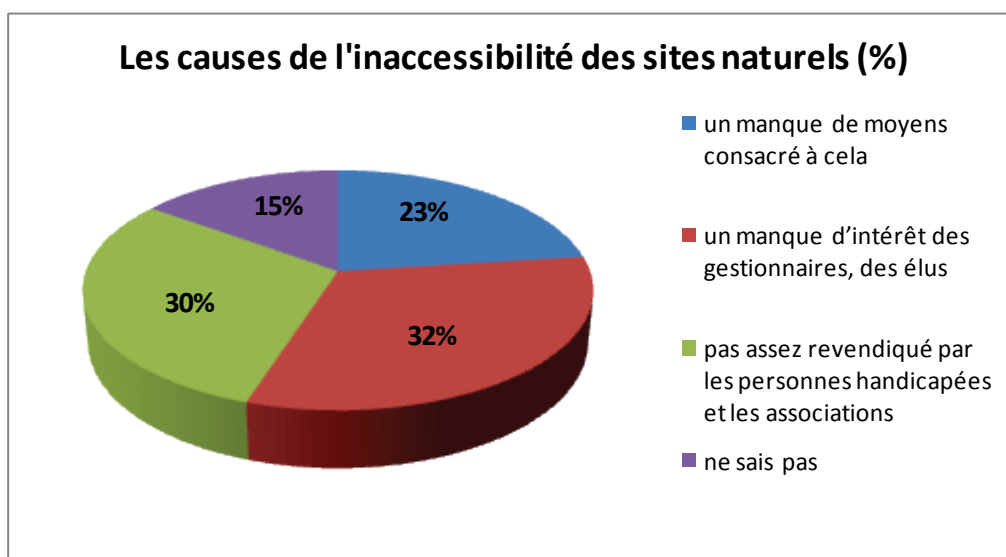
Étant donné que plusieurs réponses étaient acceptées (pour éviter d’orienter la réponse), il y a eu 162 réponses et le total dépasse donc les 100 %. Pour un résultat plus pertinent, on peut classer les réponses par domaine : la protection et la mise en valeur de la nature (« sa rareté ou son besoin d’être protégé » et « l’héritage qu’il nous laisse ») ; le champ émotionnel (« sa beauté » et « les sensations qu’il procure ») et la primauté dans l’accès (« son accès pratique » et « son accès libre ou gratuit »). On voit alors clairement apparaître un phénomène nouveau : si les personnes interrogées conçoivent des sites accessibles au sens pratique, elles perçoivent aussi et avant tout le côté émotionnel que peuvent offrir des sites naturels. Ils veulent accéder non seulement à un site mais aussi vivre une expérience (cf. Graph.23). Au niveau des variables explicatives ou influentes, on peut utiliser la même classification des réponses. Ainsi, 40 % des 25–40 ans et 43 % des 40–60 ans mettent en avant le champ émotionnel, ce qui n’est pas le cas chez les plus jeunes. De la même manière, cette mise en avant de l’émotionnel a peut-être un aspect militant : 42% des interrogés attirés par une expérience unique adhèrent à une association.



Graph.23 *Ce qui importe le plus pour un site naturel (agrégation des réponses).*

- Les causes de l'inaccessibilité des sites naturels réunionnais

Les réponses sont très partagées ici et ni l'âge (si ce n'est que les 25 - 40 ans mettent surtout en cause le manque d'intérêt des gestionnaires), ni le type de handicap ne semblent avoir pesé sur les réponses. Concernant la participation à une association, aucune influence directe ne se dégage. Cependant, un calcul annexe associé aux déclarations dans les données de cadrage (bénévolat) a permis cette remarque : sur les personnes ayant déclaré être membre d'une association et qui ont mis en cause le manque de revendication, 72 % sont de simples usagers, alors que chez les adhérents ayant mis en cause le manque d'intérêt de la société et des collectivités, 59 % sont bénévoles dans l'association même. Usagers ou bénévoles n'auraient-ils pas la même perception des choses ? Il faudrait approfondir cela car ce n'est peut-être ici qu'une tendance ou coïncidence et la remarque n'est ni basée sur l'ensemble des réponses à la question, ni sur l'ensemble des adhérents.

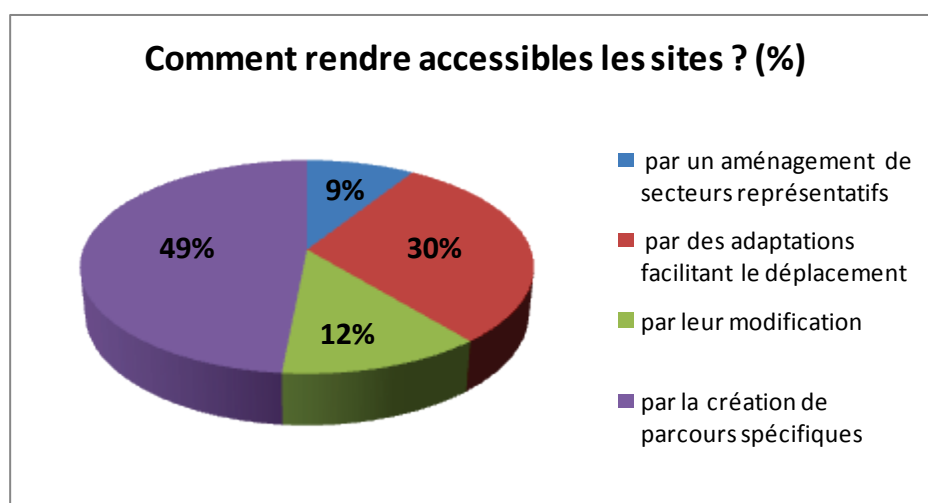


Graph.24 *Les causes de l'inaccessibilité des sites naturels selon les interrogés.*

- Comment rendre plus accessibles les sites naturels réunionnais ?

Clairement, c'est la création de parcours spécifiques, adaptés et pensés pour le public handicapé qui est perçue comme étant synonyme de mise en accessibilité des sites naturels. Ce sont majoritairement les personnes ne disposant pas de véhicule personnel, handicapés moteurs et polyhandicapés qui ont plébiscité cette conception de l'accessible. On notera que ce sont les tranches d'âge 25 - 40 ans et 40 - 60 ans (celle-ci dans une moindre mesure) qui accordent le plus de crédit à cette conception. Ne serait-ce qu'une histoire de génération ? Peut-être est-ce, pour les plus âgés, le fruit d'une attente trop longue qui a fait qu'ils ne croient plus qu'à cette solution très spécifique au risque d'être stigmatisés.

Vient ensuite la mise en place d'adaptations aidant au déplacement sur site. La modification pure et simple des sites et l'artificialisation (recréation d'espaces représentatifs) ont eu peu de réponses favorables : 12 % pour la modification et 9 % pour l'artificialisation. Pour conclure, on remarque que les deux conceptions majoritaires répondent aux deux contraintes majeures déclarées – accéder au site et se déplacer sur place – mais aussi que la création de parcours spécifiques revêt peut-être un aspect militant : 78 % d'adhérents à une association dans les 43 ayant cette conception de l'accessibilité et même 59 % des personnes interrogées adhérentes à une association.



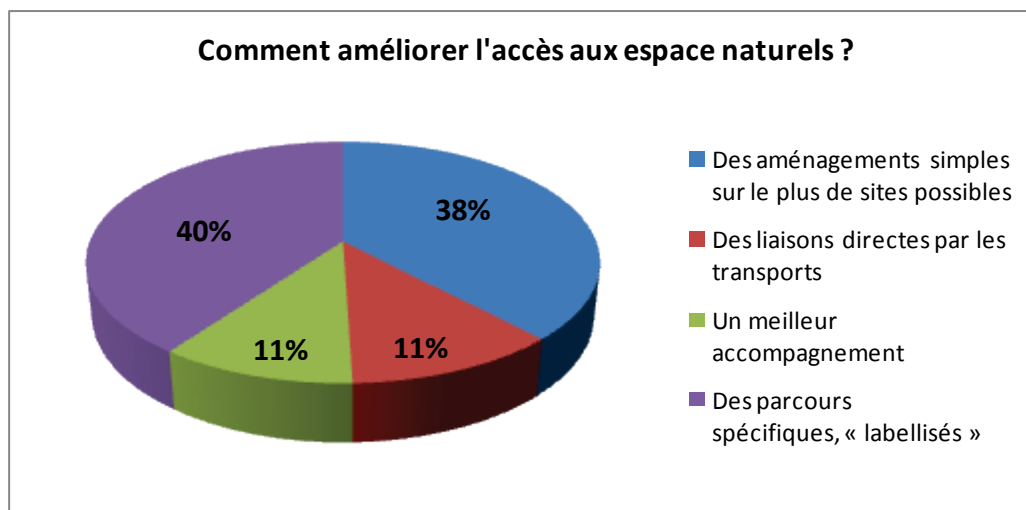
Graph.25 Les solutions d'accessibilité retenues par les interrogés.

- Quel changement attendez-vous en priorité pour améliorer l'accès ?

À cette question, il ne s'agissait pas de répondre par un idéal à adopter pour rendre accessibles les sites naturels de l'île. En effet, le but était plutôt de définir ce qui est considéré comme prioritaire par les personnes concernées pour améliorer l'existant en attendant mieux. Aussi les propositions étaient différentes par rapport à la question précédente : plus concrètes, plus « simples ». Cependant là encore, c'est l'idée de parcours spécifiques qui l'a emporté. Peut-être que dans ce cas, la mention « labellisés » dans la proposition de réponse a pesé sur

les réponses, ce qui tendrait à dire que des sites et sentiers facilement identifiables comme « adaptés » sont attendus par ces personnes.

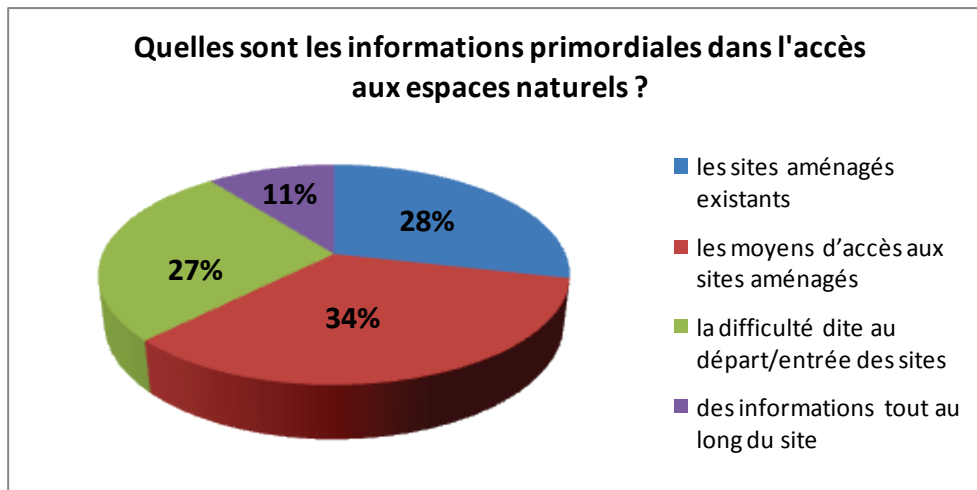
On notera qu'ici, l'âge n'a pas été très déterminant dans les réponses, au contraire du type de handicap : les aménagements simples sur le plus de sites possibles sont surtout demandés par les handicapés moteurs (21 réponses sur les 33 formulées en faveur de cette attente) et les parcours spécifiques sont également plébiscités par les handicapés moteurs, mais aussi par les polyhandicapés (à eux deux 90 % des réponses en faveur de cette attente).



Graph.26 Les solutions d'amélioration de l'accessibilité des sites existants.

- Au niveau de l'information sur l'accessibilité, qu'est-ce qui vous importe le plus ?

Pour cette question, ni l'âge ni le type de handicap n'ont déterminé les réponses, si ce n'est que les moyens d'accès sont davantage plébiscités chez les handicaps marquants pour la mobilité (moteur et polyhandicap). Cependant à la lecture des réponses, une chose étonne : la notion de difficulté – pour peu qu'elle ait été bien comprise – revêt quasiment autant d'importance aux yeux des personnes interrogées que le fait de connaître exactement les sites aménagés existants, leur localisation, niveau d'aménagement, etc. Il est difficile de l'expliquer et cette catégorie d'information n'arrive qu'en troisième position parmi les niveaux de réponse. Cela montre sans doute que certains, ayant encore suffisamment de ressources physiques et de mobilité, veulent garder un peu de liberté dans leur choix de déplacements sans rester cantonnés à des sites prévus pour personnes handicapées. Il semble donc qu'un certain nombre d'interrogés souhaitent avoir la possibilité d'être informé sur le degré de difficulté pour accéder à un site ou le parcourir en connaissance de cause.



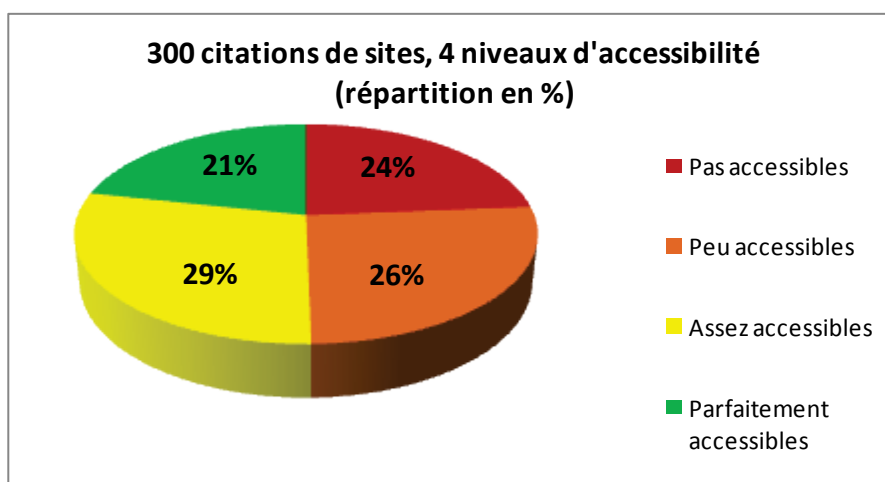
Graph.27 Informations souhaitées par les interrogés.

1.3 L'accessibilité des sites naturels réunionnais : résultats des enquêtes « cartes »

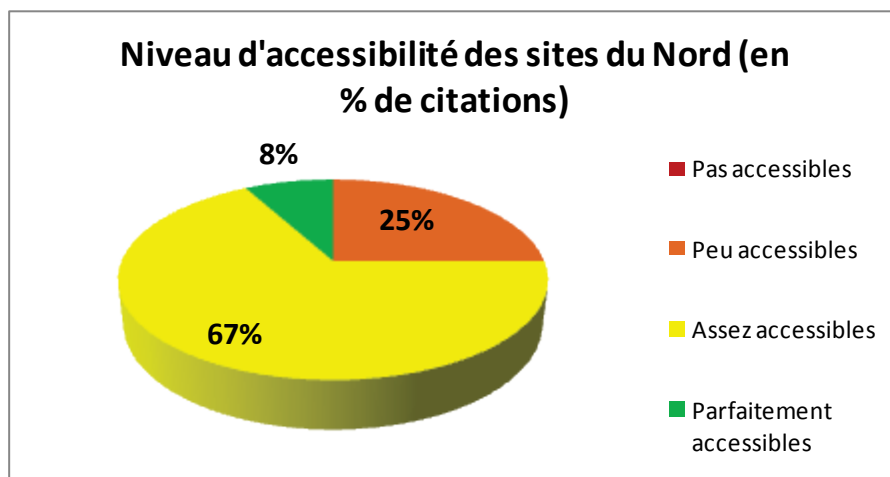
Le travail sur carte qui était associé au questionnaire n'a abouti qu'à une cinquantaine de témoignages. Au final, ce sont tout de même 40 sites qui ont été cités 300 fois et répartis (comme cela était imposé) en 4 catégories d'accessibilité, reprises dans les graphiques des pages suivantes.

1.3.1 Accessibilité par secteur géographique

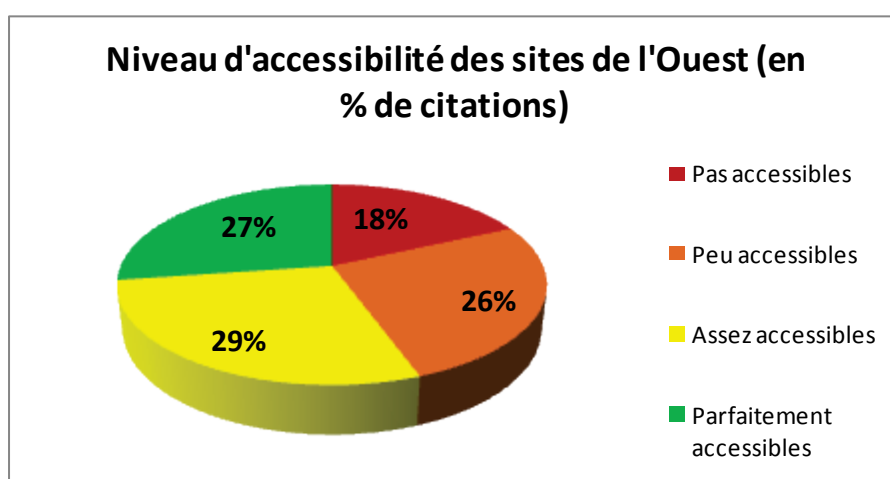
Ces premières séries de graphes sont consacrées au niveau d'accessibilité par secteur géographique (micro-régions). Il s'agit donc d'une agrégation des citations concernant les sites d'un même secteur de l'île. Précisons cependant que certains secteurs ont bénéficié d'un certain nombre de sites et de citations, d'où la représentation par des pourcentages.



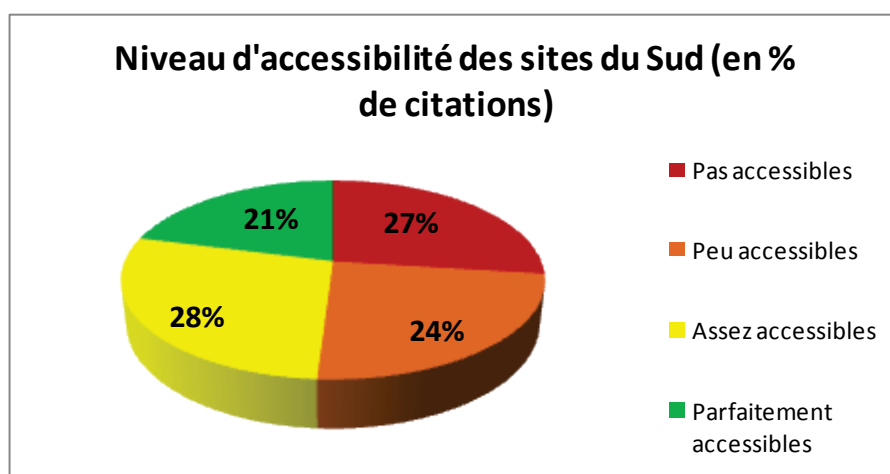
Graph.28 Répartition des citations sur 4 niveaux d'accessibilité.



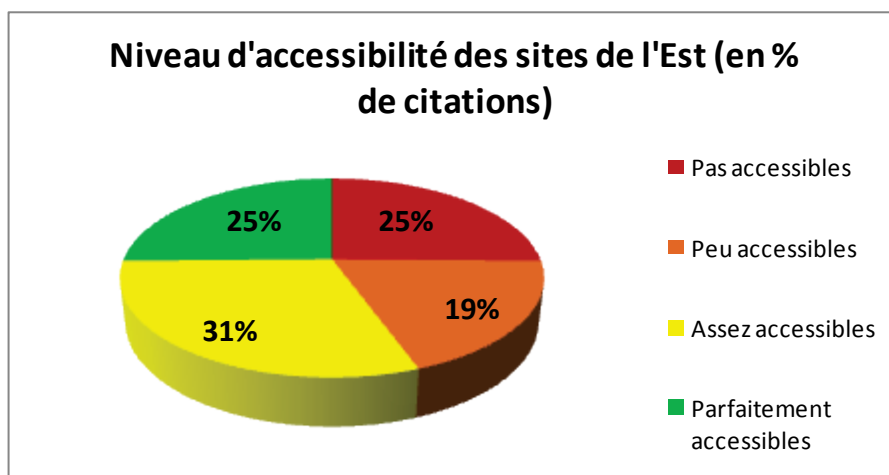
Graph.29 Nord : 12 citations pour 2 sites.



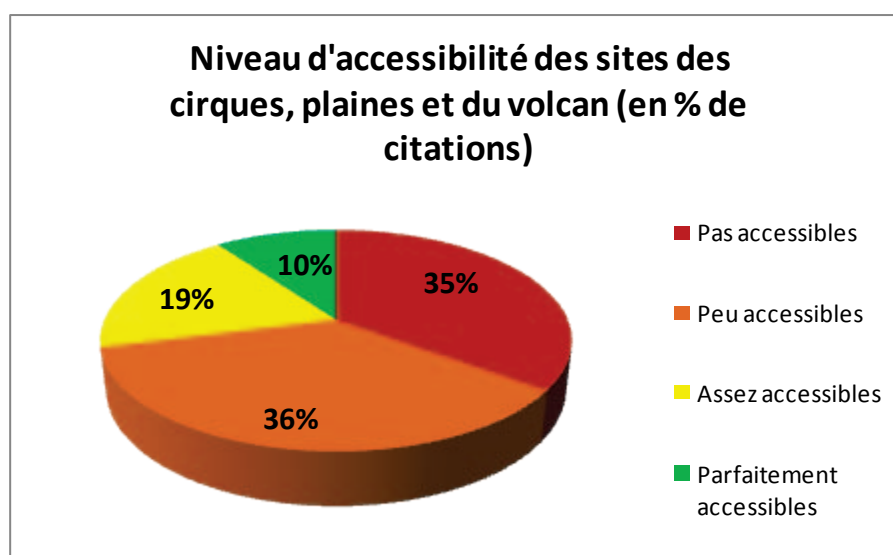
Graph.30 Ouest : 114 citations pour 16 sites.



Graph.31 Sud : 63 citations pour 7 sites.



Graph.32 Est : 59 citations pour 7 sites.



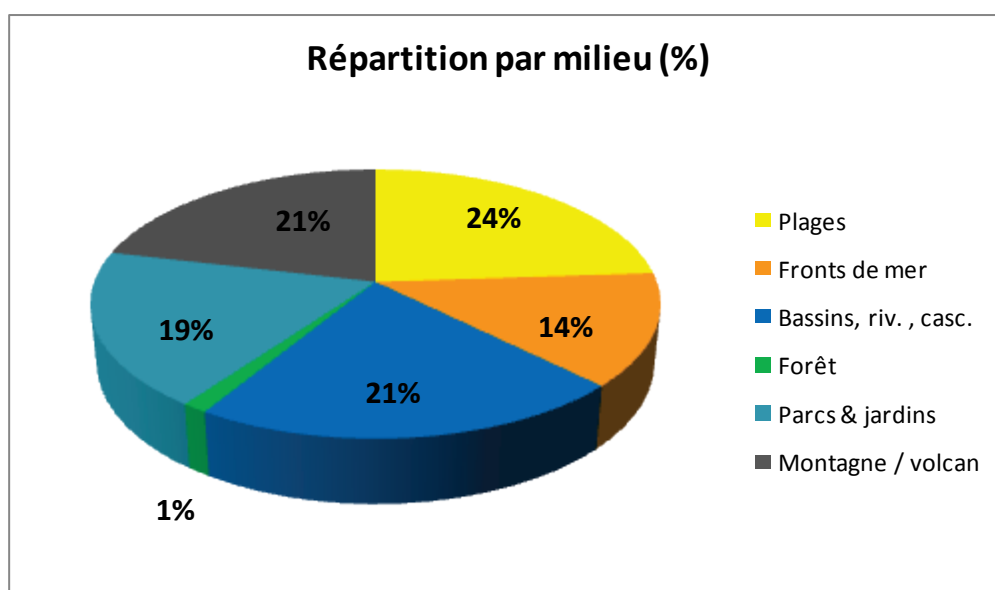
Graph.33 Cirques et plaines : 52 citations pour 8 sites.

Après une première et rapide lecture, que retient-on ? Et surtout, que peut-on dégager en termes de conclusions pertinentes ? Tout d'abord, il n'y a pas d'écart significatif entre les niveaux d'accessibilité car du plus accessible au plus inaccessible, autant de sites ont été signalés. On constate cependant un léger avantage pour les sites « assez ou plutôt accessibles », ce qui est très positif ! Par contre, si l'on compare les micro-régions de l'île, la région Ouest apparaît d'après les citations comme le secteur le plus « accessible » (27 % de sites « parfaitement accessibles », or c'est aussi dans ce secteur que le plus de sites ont été relevés (16)... Peut-on en déduire une meilleure accessibilité ou simplement une meilleure offre ? La pertinence devient donc à ce moment là beaucoup moins forte et ce malgré l'utilisation de pourcentages. La comparaison Est / Sud, quant à elle, est moins sujette à ces

différences par le nombre de sites, car les deux secteurs sont tout à fait comparables : 7 sites chacun, cités une soixantaine de fois, et surtout des espaces proches : dominante rurale, nature « sauvage », mêmes milieux présents donc mêmes types de sites (sauf concernant les plages). On voit donc l'intérêt de se pencher sur une analyse suivant le milieu naturel des sites dans une seconde série de graphes.

1.3.2 Typologie par milieu, des sites naturels cités

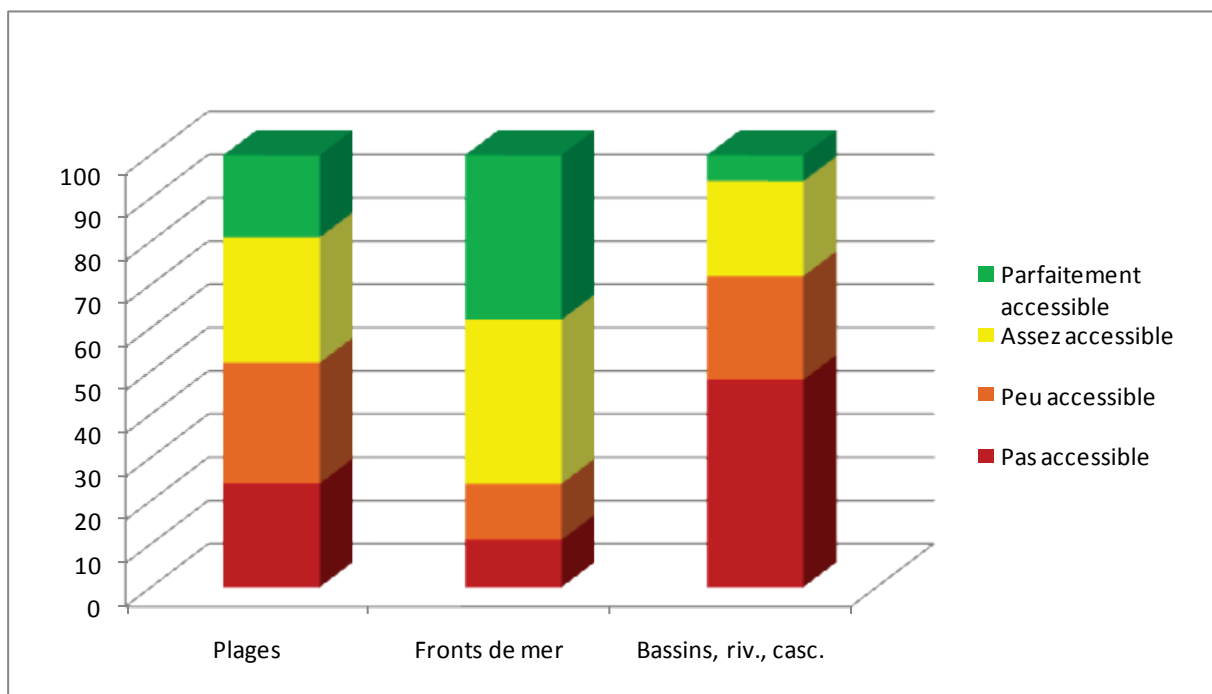
La série de graphiques des pages suivantes se concentre sur l'accessibilité suivant le type de milieu : plage, forêt, parcs... Cependant, certains milieux n'étaient présents que dans quelques témoignages. Il y a dans les graphiques suivants 39 sites¹, répartis comme suit en 6 catégories : Plage (9 sites), Front de mer (5 sites), Parc et jardin (7 sites), Bassin, rivière, cascade, étang (8 sites), Forêt (2 sites), Montagne, belvédère, volcan (8 sites).



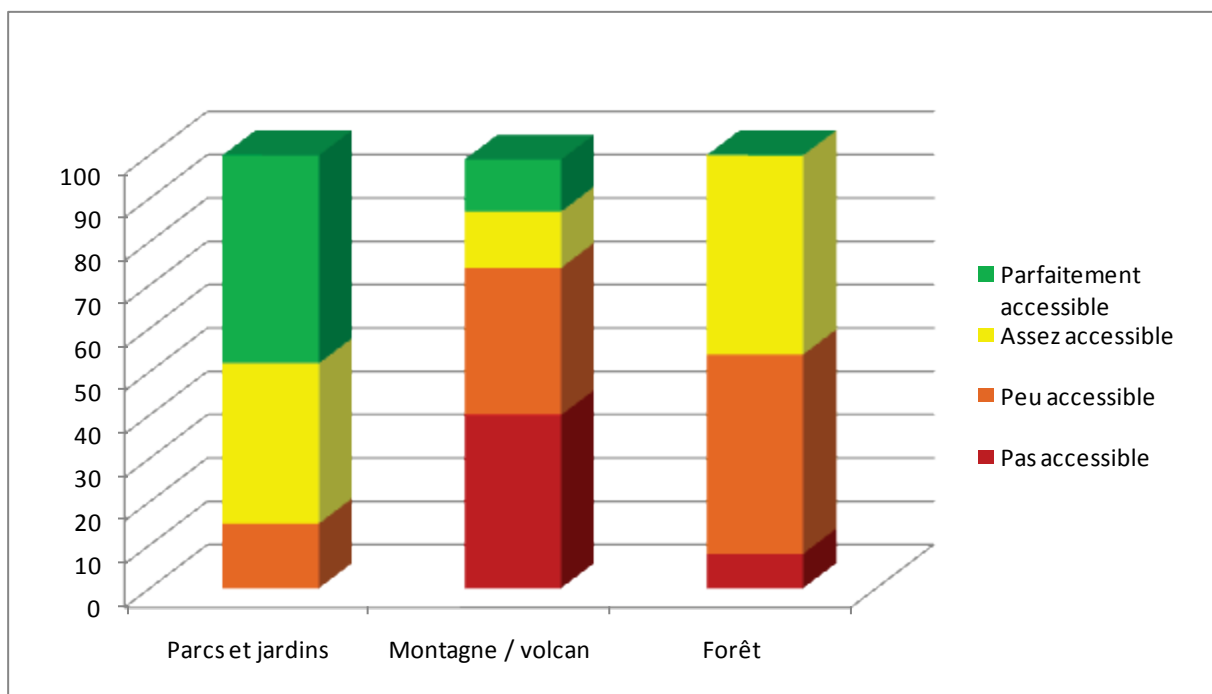
Graph.34 Répartition des sites évoqués, par milieu.

Les pourcentages du graphique 34 n'indiquent pas que tel ou tel milieu est plus accessible en raison du nombre de sites qui lui sont rattachés. Ils indiquent tout de même que si un milieu a été beaucoup cité, c'est qu'il est d'une certaine manière relativement facile d'accès. Si ceci est vrai pour les plages et les parcs, cela l'est beaucoup moins pour les bassins et rivières. Aussi faut-il aller plus loin et voir, en détail pour chaque milieu, le pourcentage de sites déclaré selon chaque catégorie d'accessibilité.

¹ L'Anse des Cascades n'étant pas comptée car elle rentre dans plusieurs catégories.



Graph.35 Niveau d'accessibilité – Espaces aquatiques et littoraux.



Graph.36 Niveau d'accessibilité – Espaces forestiers et montagnards.

À la lecture de ces graphiques détaillés, les conclusions sont assez claires : comme on le supposait plus avant, le milieu « bassins et rivière » est en fait très peu accessible en moyenne avec quasiment 40 % des sites déclarés comme « pas accessibles ». À l'inverse, alors que l'on est sur la base d'un nombre plus restreint de sites, les parcs et le front de mer sont des

espaces déclarés comme plutôt accessibles : plus de 80 % des sites dans les deux catégories du plus accessible.

À l'annexe 2, sont présentées des cartes thématiques dans lesquelles les principaux sites évoqués dans les citations des interrogés apparaissent.

1.4 Les principaux enseignements de l'enquête

L'analyse de cette enquête nous a permis de tirer un certain nombre d'enseignements. En premier lieu, un certain nombre de sites naturels réunionnais, a priori moyennement accessibles (notamment en fauteuil), sont visités par des personnes handicapées locales (avec une incapacité et non dans une « vie antérieure » de valide). Il y a donc une existence avérée de pratiques de découvertes des sites de nature par les personnes handicapées.

En second lieu, les espaces naturels les plus visités sont les plus transformés par l'homme et les moins éloignés des zones urbanisées : parcs et fronts de mer (urbains). Cela est tout à fait logique en termes d'accessibilité. Cela peut également être analysé comme une restriction volontaire de la part des personnes handicapées qui n'ont pas envie d'être gênées ou déçues lors d'un déplacement sur un site inconnu, éloigné ou qui ne souhaitent pas se fatiguer.

Ensuite, on constate que les zones forestières bien plus « sauvages » arrivent en troisième position des types d'espace naturel visités. Cela s'explique par le fait qu'à La Réunion, ces espaces sont très aménagés (routes, sentiers, kiosques, tables), le pique-nique et la randonnée étant les deux loisirs phares de l'île.

Au niveau des attentes, on retiendra que l'expérience émotionnelle a été mise en avant par les interrogés, ce qui était assez inattendu.

In fine, l'enquête a également permis d'isoler des « éléments déclencheurs », c'est-à-dire ce que les gens attendent comme changements, plausibles et éventuels, pour à nouveau chercher à accéder à des espaces qu'ils ne pratiquaient plus ou peu. Ainsi, les actions futures les plus influentes pourraient être l'amélioration de l'accès aux sites par les divers modes de transport et la mise en place d'aménagements spécifiques sur les sites.

2) Répondre aux besoins d'accès à la nature des personnes handicapées sur l'île : information, outils d'évaluation et aide à la décision

Une fois connues les attentes du public PMR concernant les espaces naturels à caractère récréatif et touristique de La Réunion d'une part, et une fois déterminé globalement les potentiels de mise en accessibilité de ces espaces d'autre part, on peut alors tenter de répondre à ces besoins d'accès. Pour autant, il ne s'agit pas de se lancer directement – et aveuglément – dans des considérations purement techniques et praxiques. En effet la problématique de la mise en accessibilité de ces espaces ne saurait être traitée sans méthode et pragmatisme et doit être solutionnée par un recours à des outils d'évaluations et d'aide à la décision comme c'est le cas en milieu urbain avec les plans de mise en accessibilité et les diagnostics d'accessibilité. De plus, avant toute chose se pose la question du porter à connaissance des informations d'accès aux espaces concernés envers le public PMR.

2.1 Un premier accès aux espaces naturels : celui à l'information

Accéder physiquement à un site naturel, touristique ou de pratique sportive est une chose. Savoir comment y accéder, par quel moyen, par quel itinéraire en est une autre. D'ailleurs, avant même d'avoir ces informations pratiques sur une destination, encore faut-il connaître l'existence même de sites accessibles selon son handicap et ses contraintes. Aussi, comme pour les activités physiques et sportives et les loisirs ces dernières années, des évolutions ont permis un meilleur accès à ces informations. Internet est sans aucun doute l'élément majeur de ces évolutions dans les vingt dernières années. En effet, aujourd'hui il est de plus en plus courant de pouvoir se renseigner sur le niveau d'accessibilité d'un lieu grâce au web. Ce premier point propose de réfléchir à cette problématique du « porter à connaissance » et d'évoquer les moyens aujourd'hui disponibles mais pas forcément pour tous.

Avec l'avènement de la géomatique et la démocratisation des outils de *webmapping*, il paraît de plus en plus simple de mettre à disposition des informations géolocalisées. Pourtant deux obstacles persistent : le manque de formation des personnes éventuellement amenées à transmettre l'information et le manque de budget ou plutôt de volonté (notamment politique), là où rien n'est imposé légalement. Ces deux éléments font que l'on va avoir plusieurs niveaux possibles et avérés (cf. exemples au 2.2) de transmission d'informations sur l'accessibilité d'un ensemble de sites d'un territoire, pour peu qu'il y ait du contenu à diffuser et donc un travail spécifique en amont. Le figuré 19 schématise ce porter à connaissance et les

éléments techniques et organisationnels qui l'influence. Ce schéma a également pour but de montrer que la mise en lumière de l'accessibilité de lieux sous entend certains choix et engendre plusieurs questionnements de fond comme de forme. Dans le cas d'un travail de caractérisation de l'accès à des sites pour des personnes présentant un handicap, deux notions majeures doivent être rappelées : la représentation de l'accessibilité et la diffusion. Cette dernière notion inclut à la fois les modalités techniques et le niveau de réception du public visé. Ainsi, on est bien là dans l'essence même du concept d'accessibilité car il faut alors la concevoir dans sa globalité : comment représenter graphiquement les aménagements qui permettent l'accès ? Comment rendre cela lisible, compréhensible pour tous et... accessible à tous ? Le fameux « tout accessible pour tous » apparu avec la loi 2005 prend ici tout son sens.

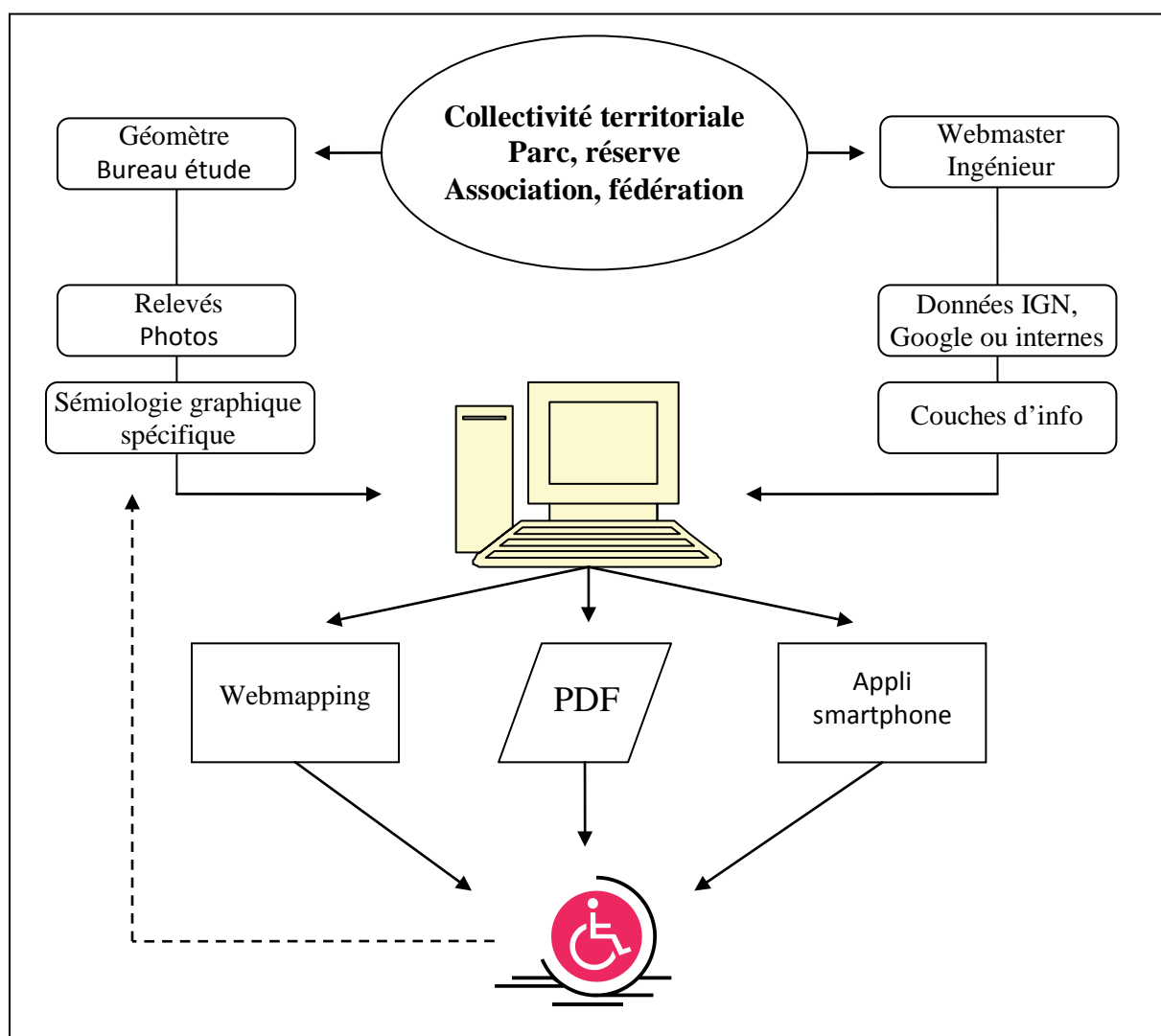


Fig.19 *Accessibilité et porter à connaissance : l'informatisation des données*

(source : A.GUENAT, 2011)

Le graphique présenté ci-dessous (Fig.20) expose les principales possibilités informatiques actuelles, suivant leur coût et pertinence, à disposition des gestionnaires d'espaces

(collectivités territoriale, organismes publics, etc.) qui voudraient effectuer ce porter à connaissance.

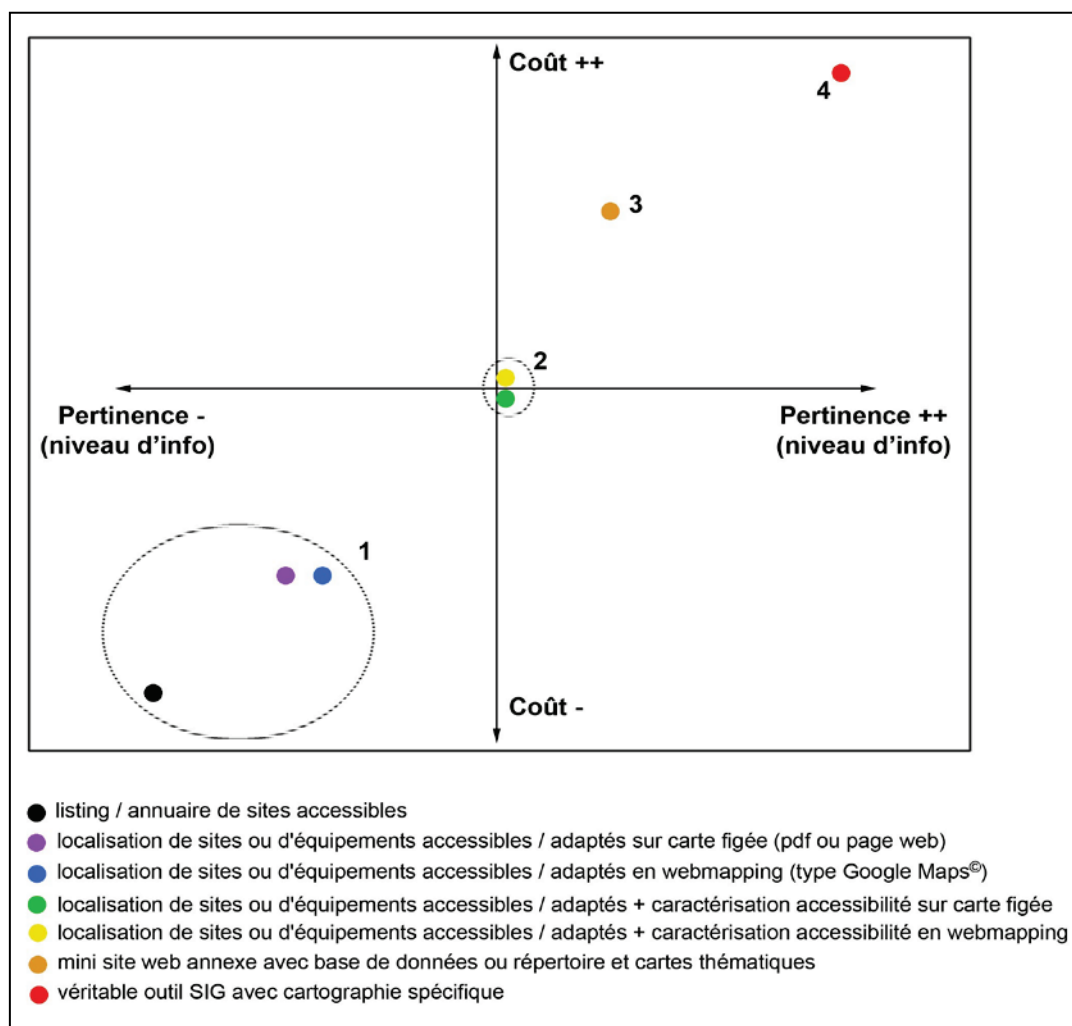


Fig.20 Estimation du rapport coût / pertinence pour différentes solutions de diffusion d'informations sur l'accessibilité d'un territoire (source : A.Guenat, 2011).

Les solutions de l'ensemble 1 sont de plus en plus courantes car les moins coûteuses, mais souvent les moins pertinentes¹. Pour des collectivités plus importantes ou à l'initiative d'associations, d'autres solutions beaucoup plus pertinentes mais avec une nette augmentation du coût² se font jour (ensemble 2). Le coût supérieur est dû au recours à du personnel qualifié techniquement et avec une connaissance des problématiques d'accessibilité. Enfin pour la solution 3 et 4, les exemples sont assez rares³, même au niveau mondial semble t-il (voir 2.2.2).

¹ Ex : Peak district (R-Uni) et *Jaccede.com* (site associatif, France).

² Ex : *Mobiles en ville* (site associatif, France) ; Accessibilité Nature (région de Wallonie, Belgique)

³ Ex : *Blue badge DirectGov* et *Direct Enquiries* (Royaume-Uni) ; *BD Godadgang* (Danemark).

2.2 L'accessibilité de sites touristiques naturels, de parcs et réserves naturelles : ce qui fait en matière d'information (on-line)

Le but ici est de synthétiser ce qui se pratique en termes d'information sur Internet, pour l'accès aux personnes handicapées, mais également au « grand public », sur des sites touristiques naturels : parcs, réserves, zones balnéaires, etc. Étant donné qu'à La Réunion on ne trouve que quelques exemples¹ représentatifs de l'ensemble 1 vu précédemment (cf. Fig.19), les exemples des pages suivantes sont étrangers à l'Île de La Réunion.

2.2.1 Des cartes touristiques « améliorées » pour les petites collectivités et réserves

Le premier niveau d'information qu'il est possible de mettre en ligne pour le gestionnaire d'un espace naturel est celui de la carte touristique classique. En effet, il est très simple sur ces cartes de lister les sites accessibles du territoire en question ou de faire apparaître ces derniers sous forme de pictogrammes. Pictogrammes qui peuvent même être associés à ceux des différentes déficiences ou aux symboles habituels : parking, restaurant, aire de pique-nique...etc. Il peut aussi s'agir de scans de plans préexistants et retravaillés.

Ce type de plans, disponibles sur papier comme en version numérique correspond au mode de diffusion représenté par l'ensemble 1 de la figure 20. C'est donc plutôt une solution pour de petites collectivités avec peu de moyens techniques et un petit budget communication.



Carte.12 Exemple de carte à pictogrammes : Parc National Brecon Beacons, Pays de Galles (source : www.breconbeacons.org, 2011).

¹ On citera : le blog [accesnature](http://www.accesnature.com) et le site <http://www.tco-accessiweb.re>

2.2.2 Des cartes spécifiques au webmapping dédié

Depuis peu de temps, dans certains pays (Belgique, Grande-Bretagne...), on voit apparaître des cartes de régions ou sites naturels visant à rendre compte du niveau d'accessibilité des lieux. Allant bien au-delà du pictogramme « accessible », on peut en plus accéder en ligne à ces cartes spécifiques et de façon interactive étant donné qu'on a parfois accès à un petit logiciel de *webmapping*¹. Il s'agit donc d'une cartographie interactive avec différentes couches d'information.

Malheureusement, ce genre de cartographie spécifique est quasi exclusivement réservé au handicap moteur, ce qui s'explique par l'intérêt tout récent porté à cette représentation cartographique de l'accessibilité. De plus, on est encore loin d'une utilisation maximum de toutes les possibilités offertes par de tels outils, ceux-ci étant apparemment utilisés comme de simples *viewer* d'équipements et de services adaptés (WC accessibles, parking réservés...).

Un seul exemple de *webmapping* spécifique à l'accessibilité, *Blue Badge Directgov* (cf. Fig.21), existe réellement en ligne² et met à disposition une cartographie interactive. D'autres sont restés à l'état de projet ou de cartes thématiques figées.



Fig.21 Extrait du site web *Blue Badge Directgov* (Royaume-Uni, 2010).

¹ Ensemble de techniques et processus de diffusion de cartes sur le réseau Internet.

² Suite à consultation récente : l'accès public en ligne est apparemment suspendu ou terminé. Cependant il semblerait que *DirectEnquiries* (cf. Fig.22) fournisse les mêmes services sur le territoire britannique.

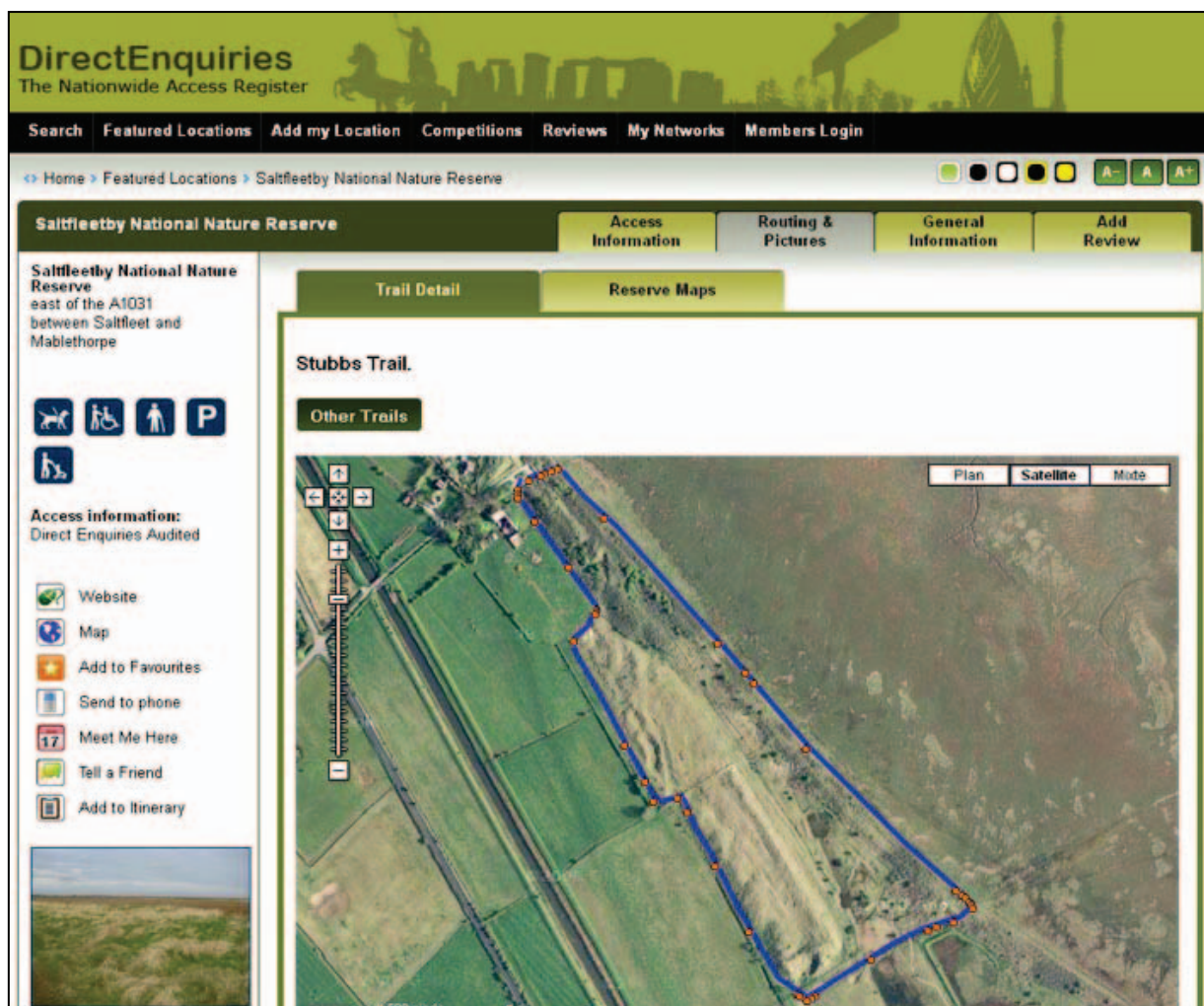


Fig.22 Extrait du site web DirectEnquiries (Royaume-Uni, 2011).

2.3 Des outils pour évaluer et hiérarchiser les sites naturels de La Réunion

Une fois tous les acteurs concernés convaincus de l'intérêt primordial de rendre l'île physiquement plus accessible à tous, il reste à définir une véritable stratégie de mise en œuvre de cette volonté partagée. Non seulement se pose la question de la priorisation des espaces à aménager mais également celle des méthodes, outils et moyens à mobiliser. Le problème est que, si beaucoup de recommandations et de méthodes existent en matière de diagnostic urbain (bâti, voirie), il n'existe quasiment rien dès que l'on se tourne du côté des espaces naturels. Aussi, sur la base des connaissances et expériences issues du monde du diagnostic urbain, nous proposons maintenant une méthodologie d'évaluation et de hiérarchisation des sites naturels au regard de leur niveau d'accessibilité.

2.3.1 *Les fondamentaux d'un diagnostic d'accessibilité*

Avec la loi 2005 et l'obligation pour les collectivités de rendre leurs ERP accessibles à tous d'ici 2015, la notion de « diagnostic d'accessibilité » est apparue au grand jour. Il s'agit, grâce

à ces diagnostics, de définir si un espace ou un bâtiment est accessible et dans quelle mesure. Au-delà du concept, le but est évidemment d'arriver à un document qui fasse le bilan de la zone ou du bâtiment concerné. Pour éviter le « tout qualitatif » ou des recommandations trop vagues, voire simplistes, divers indicateurs ou critères en lien direct avec les normes en vigueur sont parfois utilisés, voire même créés pour les besoins de diagnostics spécifiques. Dans le cas présent, « *un indicateur est un outil d'évaluation et d'aide à la décision (pilotage, ajustements et rétro-correction) grâce auquel on va pouvoir mesurer une situation ou une tendance, de façon relativement objective, à un instant donné, ou dans le temps et/ou l'espace*¹. ». Ce recours à des indicateurs offre deux avantages. D'une part, cela donne un aspect normé à tous les éléments relevés par le diagnostiqueur et d'autre part, cela permet à différents acteurs d'évaluer et de communiquer sur les mêmes bases.

Cependant, l'exhaustivité et le pur quantitatif n'étant pas toujours adéquats, lisibles et synthétiques, beaucoup de cabinets d'étude et de spécialistes ont cherché à agréger ces indicateurs pour créer des « indices d'accessibilité » en attribuant une note à l'objet diagnostiqué. On en vient même à parler désormais d'« *handicapeurs*² ». Certes, cela simplifie les problèmes de caractérisation de l'accessibilité, mais il ne faudrait pas en abuser au risque de rendre justement trop simpliste l'accès des PMR aux yeux des collectivités et des gestionnaires de lieux publics. Cela permet également d'établir un « état 0 » et de dégager des priorités dans un ensemble d'ERP ou de voies, en vue d'une amélioration future.

Dans la pratique, le diagnostic d'accessibilité, véritable « document guide » vers la mise en accessibilité d'un lieu, se met en place et vit dans le temps en quatre grandes phases. Dans un premier temps, il débute par une analyse fonctionnelle, pour viser les bonnes problématiques et bien définir l'usage du site par les personnes handicapées (quels handicaps ? lieu de passage ou de vie ? quels services doivent être impérativement accessibles ?...etc.). Dans un second temps, il s'agit de faire un état des lieux, donc de procéder à divers relevés en précisant également les premières évaluations en termes de coûts. Ensuite, vient la phase de mise en œuvre pour des préconisations plus poussées et surtout une concertation des acteurs : décideurs, maître(s) d'ouvrage, associations, etc. Pour finir, le maître d'ouvrage s'occupe bien évidemment de mener les travaux mais prend aussi en charge le devenir du plan de mise en accessibilité : mises à jour, révisions, etc.

Au final le diagnostic doit avoir comporté quatre fonctions et/ou éléments :

- concertation des acteurs.
- relevés des points non réglementaires et des problèmes d'accessibilité.
- préconisations.

¹ <http://fr.wikipedia.org/wiki/Indicateur>

² D'après F. BODIN, Maître de Conférences en Géographie et Aménagement à l'Université de Lille 1.

– estimation du coût de la mise en accessibilité (financier et humain).

On pourrait ajouter une notion, qui doit être commune à toutes les phases précitées et à ces fonctions majeures : la lisibilité pour tous des informations apportées par le diagnostic.

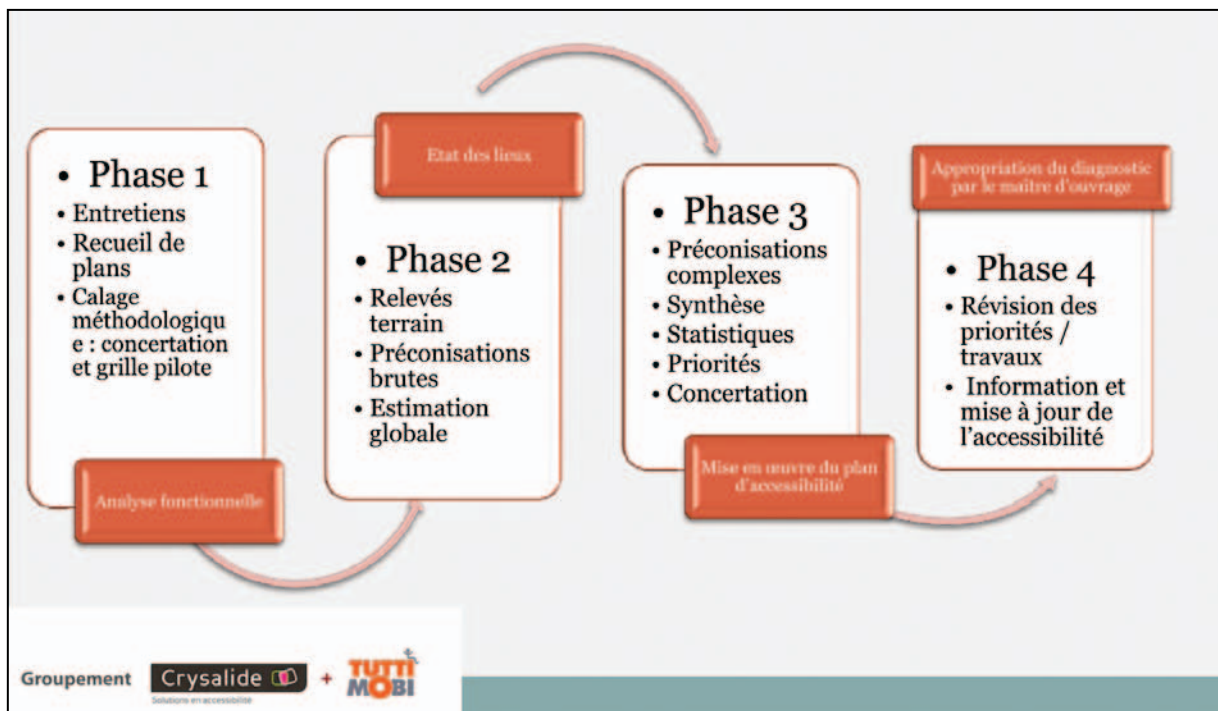


Fig.23 Les quatre phases d'un diagnostic d'accessibilité (source : présentation Powerpoint du bureau d'étude Crystalide, 2009).

2.3.2 Diagnostics d'espaces naturels : vers un indice global d'accessibilité

Concernant des espaces naturels on trouve encore peu de propositions de tels diagnostics ou indices. Cela s'explique en partie par le fait qu'en dehors du cas des Installations Ouvertes au Public, aucune norme n'est fixée par les décrets de la loi 2005 pour ces espaces. D'ailleurs en France, à part quelques conseils ou retours d'expérience et les normes du label « Tourisme et Handicap », on peine à trouver des références relatives à l'accessibilité d'un site naturel. Il faut dire que le problème est légèrement plus complexe car moins quantifiable (pas de marches à compter, de largeur de porte à mesurer, etc.) et le diagnostic peut s'avérer de ce fait moins « objectif ». Même si on ne peut évaluer l'accessibilité d'un espace naturel ouvert comme on le ferait pour un bâtiment – espace plutôt fermé et façonné par l'homme – il n'empêche que certaines normes s'appliquent aussi (pentes, déclivités, dévers, obstacles, etc.) et il est tout à fait envisageable d'élaborer des indicateurs et des indices rendant compte de l'accessibilité d'un site de façon globale.

Il convenait donc de tenter de définir des indicateurs et/ou des indices pour les espaces naturels à partir de ce qui est déjà proposé pour le milieu urbain, la voirie et le bâti. Ainsi,

dans les lignes suivantes, certaines notions clés applicables à tout espace sont abordées ainsi que quelques exemples d'indicateurs et de grilles de diagnostic. Dans un deuxième temps, une proposition d'indicateurs adaptés aux espaces naturels puis d'un indice global d'accessibilité, est présentée.

a) Les notions et concepts à retenir, quel que soit l'espace diagnostiqué.

De nombreuses notions d'appréhension de l'accessibilité sont tout à fait valables, quel que soit le milieu dans lequel on évolue (urbain, rural, naturel, etc.). Ainsi le cheminement, l'accessibilité pour tous et le confort d'usage restent des éléments clés qu'il faut constamment avoir en tête. De plus, tous les indicateurs liés à l'évolution du piéton ou d'un fauteuil sont transposables pour diagnostiquer un site naturel, par définition ouvert. Pourcentage de pente, dévers, obstacles, etc., sont donc autant de critères à conserver. Si l'on reste dans tout ce qui de l'ordre du cheminement, on doit également pouvoir reprendre tout ce qui concerne l'accès au site (voies, parking) puisqu'il s'agira plus souvent de sites « en dehors de la ville », plutôt que de sites réellement en pleine nature. D'ailleurs, les sites naturels les plus touristiques sont souvent déjà aménagés par l'homme et on peut s'attendre à devoir prendre en compte du bâti et des équipements : WC, entrée avec barrières, petit musée, aires de pique-nique, etc. Aussi peut-on d'ores et déjà imaginer des diagnostics « secondaires », à savoir différents analyses et relevés pour chaque élément du site, cloisonnement qui n'est légitimé que par la spécificité du site (protection, climat, possibilités techniques, etc.) et qui ne doit pas amener à un échelonnement de la mise en accessibilité ou à un contournement du problème.

Restent trois éléments (dont deux paramètres non encore évoqués volontairement) qui auront une importance certainement plus élevée que pour le bâti urbain :

– le cheminement qui est souligné plusieurs fois par la loi 2005 notamment pour ce qui est des voiries et qui prend tout son sens en espace ouvert. En effet, l'idéal à atteindre n'est pas de pouvoir accéder à un point A ou B mais de pouvoir circuler, cheminer tout le long des chemins, de pouvoir contempler un site dans son intégralité sans interruptions, sans obstacles, bref d'être littéralement « immergé » dans le milieu naturel.

– le revêtement des sols constitue une vraie problématique à lui tout seul. En effet, comment concilier la sécurité et l'accès de tous (tout fauteuil, mal voyants, personnes âgées) avec des impossibilités techniques dues aux spécificités du milieu ou à sa protection et des aléas climatiques ? Voilà un point à ne surtout pas négliger dans un diagnostic de site naturel.

– la sécurisation d'un périmètre constitue également un paramètre important. L'aspect sécuritaire amène certes son lot de conditions techniques mais est relativement facile à traiter avec du bon sens (des barrières ne gênant pas la vue par exemple).

Enfin, dans sa récente thèse¹ où il est beaucoup question des déficiences face à l'espace, M. Mus rappelle que « 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 (...) », [en soulignant] « l'intérêt (...) d'identifier les lieux où une rupture majeure se produit pour l'accès à un espace. ».

b) Des exemples transposables

Si l'on synthétise tous les éléments vu précédemment, on peut arriver en ce qui concerne l'élaboration d'outils de diagnostic des espaces naturels à des méthodes et à des grilles de relevé somme toute proches de celles utilisées pour le cadre bâti et la voirie, soit simplifiées (pour les éléments inutiles à prendre en compte en zone naturelle et ouverte) soit au contraire plus poussées (revêtements, cheminements). Dans les pages suivantes, sont présentés à titre d'illustration quelques exemples de grilles et d'indices, sur lesquels il est possible de se baser pour créer une grille d'analyse spécifique aux sites naturels.

Le document de la figure 24 est une grille de relevé simplifiée pour le cheminement piéton (donc l'analyse de la voirie). Il y a là, en quelques critères, l'essentiel à prendre en compte pour le handicap moteur mais aussi visuel. Ce genre de grille, avec un vocabulaire adapté, peut servir à des diagnostics « secondaires » évoqués plus tôt : diagnostic d'un chemin de forêt, d'une voie dans un parc, d'un chemin de halage, etc.

DIAGNOSTIC RAPIDE D'UN CHEMINEMENT PIETON		
Tous les éléments suivants doivent être respectés pour offrir un espace public accessible à tous.		
	OUI / NON	Commentaires
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		

Fig.24 Exemple d'une grille de critères pour le cheminement piéton (Suisse).

¹ MUS (M.), 2010, *Populations déficientes, territoires en mutation : de nouvelles dynamiques spatiales ?*, Thèse de Doctorat, sous la direction de STECK (B.) et BODIN (F.), UMR Idées / CIRTAI, Université du Havre, p341 et p344.

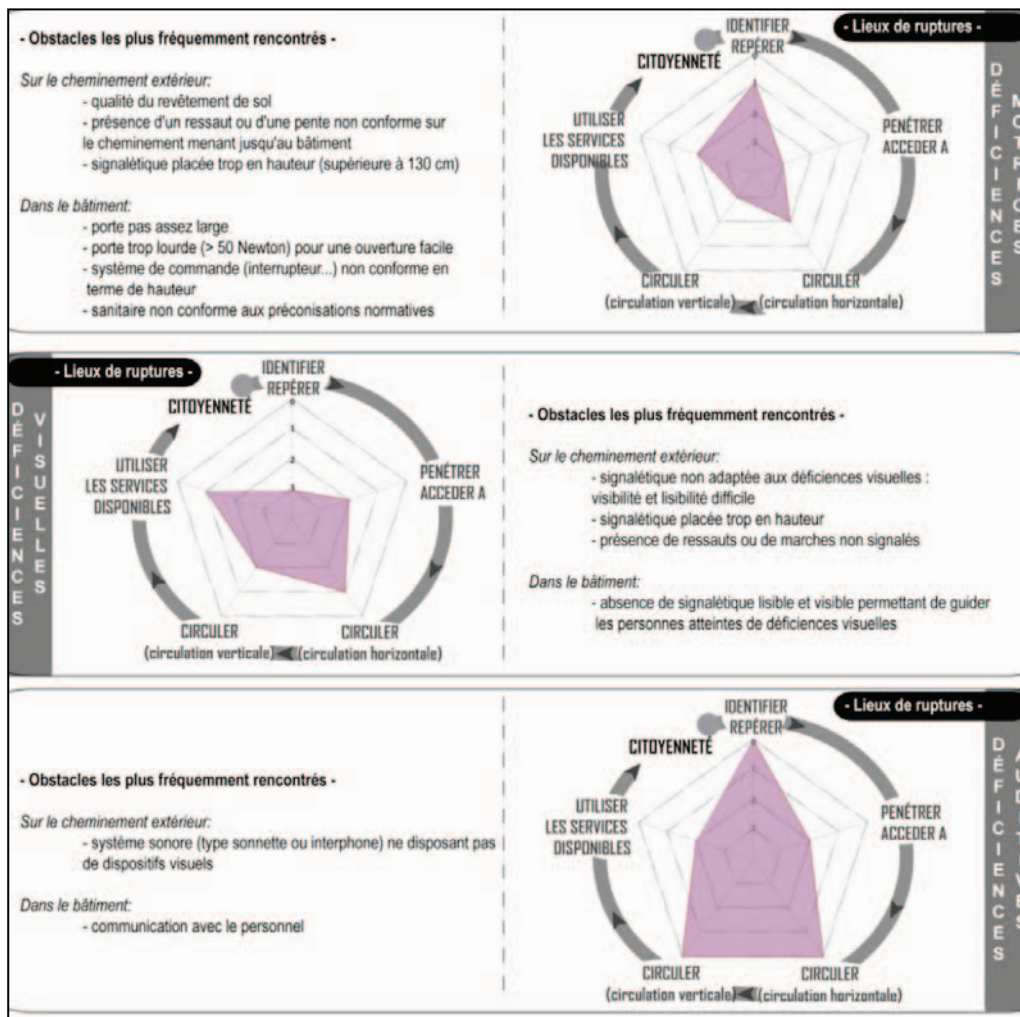


Fig.27 Obstacles principaux et lieux de rupture dans les bâtiments, selon les déficiences (extrait, source : thèse M.MUS, UMR6266 Idées / Cirtai, 2010).

c) Propositions de diagnostics spécifiques aux espaces naturels

À partir des documents précédents, il est possible de commencer à réfléchir à la forme que pourrait prendre un outil de diagnostic d'accessibilité des sites naturels, basé sur des grilles de critères, dans un objectif de classification.

Tout d'abord, on peut proposer une grille avec des critères retenus pour leur pertinence en matière de cheminement et d'évolution en espace ouvert (cf. Fig.28). Comme pour l'exemple de la figure 29, on est là dans des systèmes binaires avec absence ou présence d'un élément, d'un critère ou d'un caractère (accidenté, large, etc.). Suivant cette présence ou absence de tel ou tel élément, l'ajout d'une hiérarchisation de 0 à 3 permet d'introduire la notion de score. On classera ensuite le site dans un niveau d'accessibilité suivant le nombre de critères au rang 0, 1, 2 ou 3 : un maximum de 0 classe au rang 0 (soit « parfaitement accessible ») et ainsi de suite jusqu'au rang 3 (soit « impossibilité totale »).

Ce premier procédé a pour avantage d'être plutôt objectif, car basé sur des constats de présence ou d'absence mais s'avère trop simpliste et à la fois trop fastidieux pour établir un score. De plus, il faut décliner ou pondérer les grilles pour chaque handicap, les critères

n'étant pas aussi importants suivant la déficience concernée. Au final, ce procédé est flou et peu souple à exploiter.

	A	B	C	D	E	F
1	Accessibilité globale	0	1	2	3	
2						
3	Accès au site, parking					
4	Accès par voie routière	oui	oui	non	oui	
5	Accès par chemin ou voie abimée	non	non	oui	oui	
6	Accès par voie routière puis piéton (facile)	oui	oui	non	non	
7	Accès par voie routière puis piéton (difficile)	non	non	oui	non	
8	Parking suffisamment large	oui	oui	non	non	
9	Parking suffisamment large avec place(s) réservée(s)	oui	oui	non	non	
10						
11	Cheminement sur site					
12	Largeur de 0,90m (minimum)	non	non	oui	oui	
13	Largeur de 1,20 à 1,40m	oui	oui	non	non	
14	Largeur > 1,40m	oui	oui	non	non	
15						
16	Pentes					
17	Déclivités ≤ à 5%	oui	oui	non	non	
18	8% sur moins de 2m	non	oui	oui	oui	
19	Devers ≤ à 2%	oui	oui	non	non	
20	Devers > à 2%	non	non	oui	oui	
21	Paliers de repos suffisants (si difficultés)	x	oui	non	non	
22						
23	Revêtements					
24	Béton non dérapant ou bitume	oui	oui	non	non	
25	Terre dure, graviers fins et durs	non	oui	non	non	
26	Terre molle, sable, gros graviers	non	non	oui	oui	
27	Platelage bois (conforme)	oui	oui	non	non	
28	Surfaces humides et glissantes	non	non	oui	oui	
29	Présence de zones accidentées	non	non	oui	oui	
30						
31	Barrières, grillages, palissades...etc.					
32	Barrières sécurisant le parcours (si besoin)	oui	oui	non	non	
33	Barrières ou autres gênants la circulation	non	non	oui	oui	
34	Barrières ou autres gênants la vue	non	oui	oui	oui	
35						

Fig.28 Essai d'une grille « binaire » (A.GUENAT, 2010).

Pour garder l'aspect quantitatif (score et rang), tout en ayant un caractère plus qualitatif, il est possible de mettre en place une grille où, avec le même système de ranking de 0 à 3, chaque déficience est tour à tour considérée et mise en rapport au site suivant ce qu'il est possible ou non de faire en évoluant sur le lieu. La somme des rangs (de chaque déficience) permet d'obtenir un score qui, rapporté à une échelle de valeur, permet de classer le site d'une très « bonne accessibilité globale » à une « très mauvaise accessibilité globale » (voir Fig.29). Cela est assez proche du système des « classes énergétiques » dans l'électroménager. Cela nous ramène également aux classes et à la sémiologie graphique de l'exemple du PAVE de Loué: classement non plus des critères mais directement du site, avec une progression du vert au rouge, très visuelle.

	A	B	C	D	E	F	G
1	Ind. / Déficiences	Motrices lourdes	Motrices légères	Visuelles	Auditives	Cognitives	
2	0 (parfaitement accessible)	Je peux Accéder, Circuler, Utiliser des équipements notamment spécifiques (wc) et Stationner	Je peux Accéder, Circuler, Utiliser des équipements notamment spécifiques (wc) et Stationner	Aménagements spécifiques, signalétique sonore ou audioguide. Accès seul ou avec chien	Aménagements spécifiques	Signalétique adaptée	
3	1 (relativement accessible)	Je peux Accéder, Circuler, et Stationner /pas d'équipements	Je peux Accéder, Circuler, et Stationner /pas d'équipements	Je peux accéder avec une personne qui me guide, sans danger	Guide ou personnel (parcs) connaissant la langue des signes, toujours disponible	Signalétique permettant de repérer facilement l'entrée du site, danger clairement identifiables	
4	2 (gênes)	Je peux Accéder, Circuler, et Stationner mais avec gênes	Je peux Accéder, Circuler, et Stationner mais avec gênes	Je peux accéder avec une personne qui me guide mais obstacles (malvoyants)	Guide ou personnel (parcs) sensibilisé	Guide ou personnel (parcs) sensibilisé	
5	3 (grosses difficultés voire impossibilité)	Y accéder en restant dans le véhicule	Y accéder en restant dans les environs du véhicule	Accès compliqué, voire dangereux	Rien n'est prévu	Rien n'est prévu	
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							

Très bonne accessibilité globale

0 à 3 **A**

4 à 5+ **B**

5- à 7+ **C**

7- à 9 **D**

10 à 13+ **E**

13- à 15 **F**

Très mauvaise accessibilité globale

Site

0

Score = 6

1

2

3

Fig.29 Essai d'une grille « binaire » avec ranking puis classification (A.GUENAT, 2010).

Ces classifications permettent une hiérarchisation claire des sites mais l'inconvénient est que cette fois, les relevés sont trop qualitatifs et assez subjectifs à la base. De plus, le passage direct à un indice global caractérisant le site sans passer par des indicateurs d'accessibilité (% de pente, qualité des revêtements) suffisamment précis (ce qui n'était pas le cas avec le système d'absence/présence du premier procédé) n'est peut-être pas assez pertinent.

Diagnostic Accessibilité Nature

Au final, toutes les méthodes de « ranking » précédemment présentées ne sont ni totalement transparentes, ni réellement pertinentes. Chacune apporte néanmoins des éléments intéressants. Quelle est alors la solution pour un diagnostic adapté et pertinent ?

La proposition qui suit représente sans doute un bon compromis : attribuer des notes pour un ensemble de critères (plus détaillés que dans la première grille) puis un score global au site, agrégeant ces notes. Ces critères sont, soit en rapport avec les normes existantes pour les espaces publics et voiries (déclivités, dévers, etc.), soit en rapport avec leur qualité (revêtement du sol, choix de barrières), ou encore décrivent des présences / absences (équipements, guides, etc.). Le site obtient donc un score sur un maximum possible, score qui

est ensuite rapporté en pourcentage d'accessibilité, tous handicaps confondus (ou, en enlevant certains critères, pour un handicap moteur).

Enfin, en définissant des classes, il est possible d'en venir, là encore, à un code couleur traduisant visuellement le niveau d'accessibilité du site noté.

Avec cette méthode, la classification et la hiérarchisation des sites naturels en fonction de leur niveau d'accessibilité est bien plus claire et objective que pour les précédentes propositions. De plus, on est bien dans le cadre d'une somme d'indicateurs aboutissant à un indice. Cela a aussi le mérite de constituer un outil plus souple et facile à mettre en œuvre, tout en étant moins simpliste et ambiguë qu'un système binaire (oui/non). Cependant, quelle que soit la méthode employée, il vaut mieux que les notations se fassent de manière collégiale, au cours d'une visite sur le terrain, avec les témoignages en direct de personnes concernées. Pertinence et objectivité n'en sortent que plus fortes.

L'outil, créé sous Microsoft Excel, est une simple feuille de calcul avec 18 champs de critères, dont 12 notés de 0 à 10 (les six autres champs ayant une valeur purement informative ou précisant d'autres). Le score maximum possible est de 120 si l'on considère une accessibilité globale, pour tout handicap, et de 100 si l'on prend en compte uniquement le handicap moteur (ce score est également modulé de 90 à 110, si le critère « disposition des barrières ou autres dispositifs » est inutile ou inadéquat par rapport au site évalué). Par un calcul très élémentaire (règle de trois) et en considérant que le score maximum correspond à 100% d'accessibilité, le score obtenu est transformé en pourcentage. Autrement dit, il s'agit d'un indice d'accessibilité. Le score et deux pourcentages (accessibilité globale et accessibilité handicap moteur) sont donc indiqués en bas de la fiche d'analyse de chaque site. Ces chiffres permettent déjà de hiérarchiser des sites les uns par rapport aux autres mais le passage par des classes rattachées à un code couleur basique (du rouge signifiant site quasi inaccessible, au vert d'une accessibilité, non pas parfaite mais optimale) : 1^{ère} classe de 0 à 40 % d'accessibilité, 2^{ème} classe de 40 à 50 %, 3^{ème} classe de 50 à 70 % et enfin une dernière classe de 70 à 100 %. Ces classes sont volontairement d'amplitude inégale, suite aux premières observations et à des incohérences de classement relevées lors de l'évaluation d'un ensemble de 13 sites de l'Île de La Réunion. Il est logique que les classes intermédiaires soient d'amplitude plus restreinte pour le cas de La Réunion étant donné que l'aménagement des espaces naturels en est à ses tous débuts et donc qu'il y a peu de variations dans les indices d'accessibilité (en %) des sites de ces classes médianes. Inversement, il y a besoin d'amplitudes plus larges sur les classes bornes car bien plus de nuances existent entre un site totalement inaccessible et un site en partie inaccessible, ou entre un site naturellement accessible et un site accessible car aménagé.

34										
35	Type :	Allées en graviers +/- compactés suivant zones ou enrobés								
36										
37	Qualité	0	5	10						
38		[Progression bar from 0 to 10]								
39									▲ 9	
40	Présence de zones +/- accidentées	non								
41										
42	Barrières, grillages, palissades...etc.									
43										
44	Barrières ou autres dispositifs sécurisants le parcours	oui								
45										
46	Disposition des barrières ou autres dispositifs	0	5	10						
47		[Progression bar from 0 to 10]								
48									▲	
49	Informations / panneaux									
50										
51	Informations sur le lieu, accessibles (dangers, faune & flo	0	5	10						
52		[Progression bar from 0 to 10]								
53									▲	
54										
55	Signalétique adaptée (aux déficients visuels, sonores, cog	0	5	10						
56		[Progression bar from 0 to 10]								
57									▲	
58										
59	Personnels, guides									
60										
61	Niveau d'accompagnement sur site	0	5	10						
62		[Progression bar from 0 to 10]								
63									▲	
64	Equipements									
65										
66		0	5	10						
67		[Progression bar from 0 to 10]								
68									▲	
69	Aires de pique-nique adaptées (tables) ou snack ou bar...e	non								
70	WC adaptés	non								
71	Mains-courantes (conformes)	non								
72	Activité(s) de loisir accessibles et/ou matériel adapté	non								
73										
74										
75	Total	Score								82
76		Accessibilité globale (%)								68%
77		Accessibilité handicaps moteurs (%)								82%
78										
79										

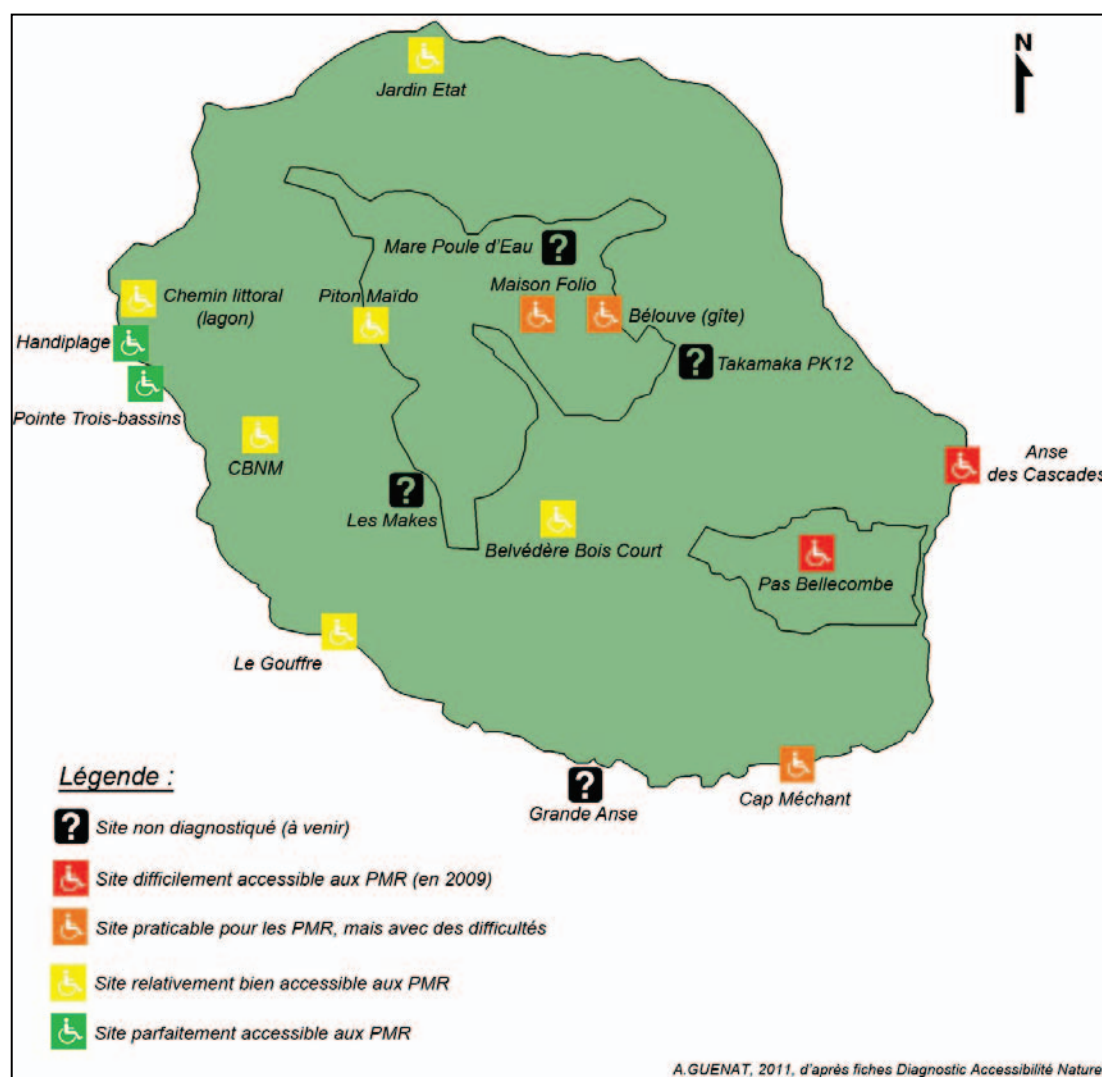
Fig.30 Extrait d'une fiche Diagnostic Accessibilité Nature (A.GUENAT, 2011).

Les 13 sites réunionnais évalués pour tester le *Diagnostic Accessibilité Nature* sont présentés et classés du moins accessible au plus accessible (selon les scores et les indices obtenus) dans le tableau 10. Un code couleur correspondant à leur classe de score leur est également attribué. On constate au premier coup d'œil la différence de classification selon l'indice global d'accessibilité ou l'indice « handicaps moteurs ».

La carte 13 permet de localiser tous les sites en question, ainsi que d'autres qu'il serait intéressant d'évaluer.

Site évalué	Type milieu	Date diagnostic	Score	Indice accessibilité globale (%)	Ind. Acc. Handicaps moteurs (%)
Anse des Cascades	Littoral	août 2009	40	36	44
Pas de Bellecombe	Volcan	mai 2009	47	39	47
Alentours Gîte Bélouve	Forêt	mai 2010	54	45	54
Maison Folio	Jardin musée	janvier 2009	53	48	58,8
Cap Méchant	Littoral	juillet 2008	56	46,6	56
Le Gouffre	Littoral	janvier 2011	61	50,8	61
Bois court (belvédère)	Point vue	octobre 2009	63	52,5	63
Piton Maïdo	Point vue	2008	66	55	66
Chemin litt. Lagon	Littoral	2010	71	59	71
CBNM	Jardin musée	avril 2009	75	66	75
Jardin État	Jardin musée	juillet 2009	82	68	82
Pte 3 Bassins	Littoral	mars 2011	85	70,8	80
Handiplage La Saline	Littoral/plage	mai 2010	86	71,6	86

Tab.10 Les sites naturels réunionnais évalués par le Diagnostic Accessibilité Nature (A. GUENAT, 2008-2011).



Carte.13 Localisation des sites diagnostiqués avec rappel de leur niveau global d'accessibilité (A. GUENAT, 2011).

2.4 Proposition d'une cartographie novatrice, pour l'aide à la décision

À partir des évaluations de site et de la classification proposées dans les pages précédentes, il paraissait primordial de s'interroger sur la diffusion de ces informations, en raison de leur grand intérêt en matière d'aménagement du territoire. En effet comme pour les diagnostics de bâti et de voirie, le but de ces évaluations et non seulement de rendre compte de l'accessibilité actuelle mais aussi potentielle en cas d'aménagement. Il est très simple de tirer de la classification issue du *Diagnostic accessibilité nature* des cartes thématiques sur le niveau d'accessibilité des sites touristiques et patrimoniaux de l'île (cf. Annexe 2). Cependant, si ce genre de cartes sera surtout utile dans le cadre de réunions au sein d'organismes d'État ou d'intercommunalités, voire peut-être intégré à un schéma directeur, cela ne renseigne en rien sur les actions à mener en priorité pour mettre en accessibilité les espaces concernés. Pour permettre cette aide à la décision, non seulement l'échelle de travail doit être celle d'un seul site à la fois (point de vue, parc, jardin, lieu « remarquable », etc.) mais la représentation cartographique doit être plus novatrice et pertinente. En effet, les décideurs et aménageurs, qu'ils cherchent à améliorer l'existant ou à accueillir un public PMR de façon ambitieuse sur ces sites naturels, veulent savoir à quoi s'attendre et dans quel sens aller. Autrement dit, une cartographie spécifique doit être mise en place pour indiquer à la fois les niveaux d'accessibilité actuels, les obstacles et les potentiels ou impossibilités techniques.

Il n'existe aucune cartographie de ce genre en France, sauf peut-être des études préparatoires non diffusées, à l'échelle du géomètre, pour des projets bien précis. Il ne s'agit de toute façon pas ici de proposer une étude d'un cas particulier mais plutôt une sémiologie graphique spécifiquement centrée sur l'accessibilité et adaptée à un corpus de sites. Ainsi, à La Réunion, on pourrait imaginer une cartographie pour tous les sites naturels d'une même commune, une autre pour les espaces forestiers départementaux ou encore une pour ceux inclus dans le Parc ou le patrimoine UNESCO. Autant de déclinaisons thématiques que d'adaptations sémiologiques possibles et autant de cadres d'action différents¹ à prendre en compte.

Des recherches bibliographiques et sur internet ont permis de trouver un seul et unique document cartographique se rapprochant du rendu souhaité. Ce document (cf. Carte.13) provient du pôle « Innovation » du service *IGN Conseil* de l'Institut Géographique National et est issu d'un travail d'étude datant de 2004, en partenariat avec les associations *GTz'L en poche* et *Mobile en ville*. Ce travail cartographique, réalisé sous *MapInfo*[®] avec les bases de données IGN, a fait l'objet d'un article dans *IGN Magazine*² pour en détailler les objectifs et la méthodologie. Le but premier était fournir dans le cadre d'un concept novateur une

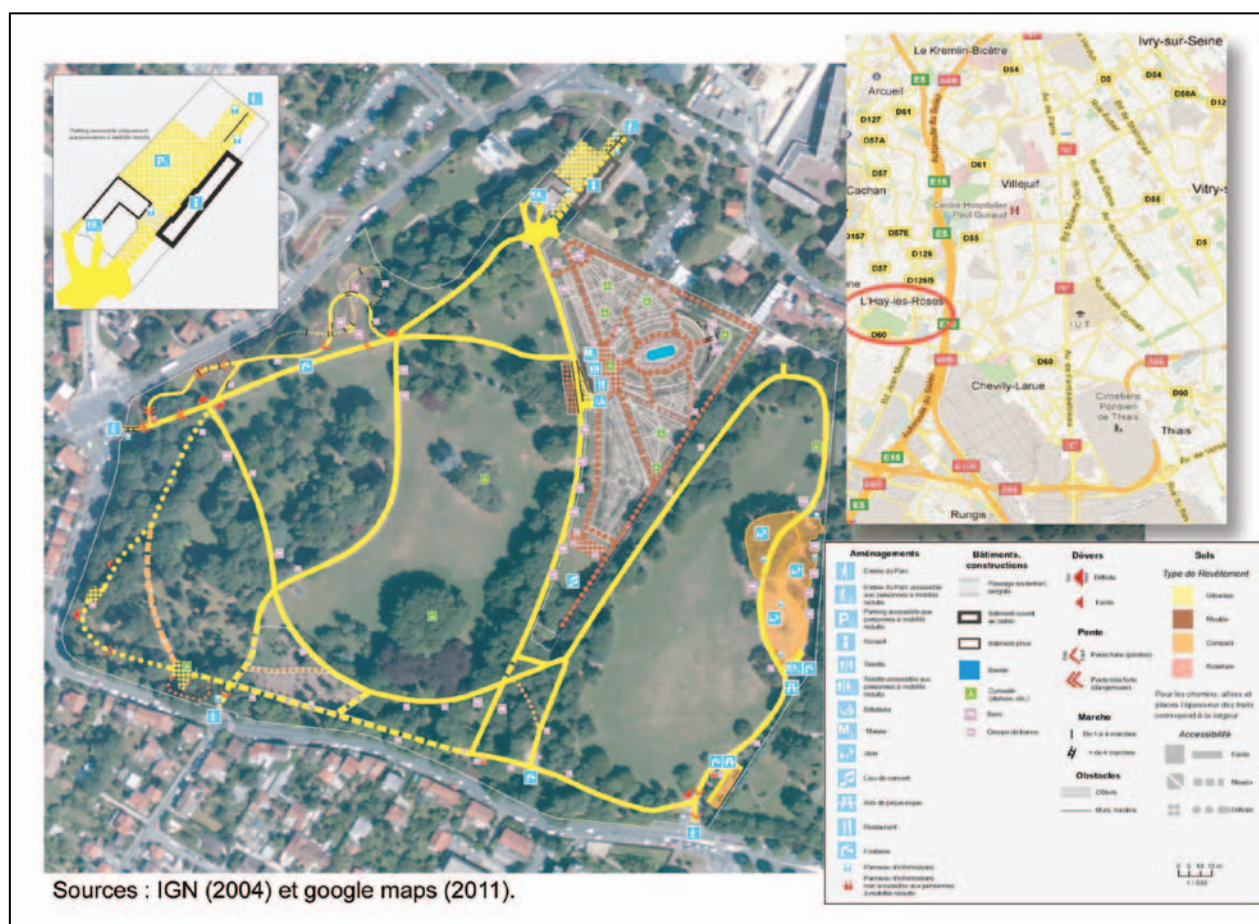
¹ Il n'y aura pas autant de solutions techniques simples et évidentes dans un cadre communal « normal », que dans un cadre aussi protégé et légiféré que celui d'un Parc National.

² IGN, 2006, Ballades pour tous !, in : *IGN Magazine*, n°37, mars /avril 2006.

cartographie de l'accessibilité d'espaces de loisir semi-naturels, car « *peu de cartes sont consacrées à l'analyse de l'accessibilité (...) et mises à disposition [et que] très souvent, cette cartographie privilégie le déplacement domicile-travail avec l'accès aux transports, à la voirie ou au bâti, au détriment du déplacement de loisir et de détente.¹ »*. Le seul site à avoir finalement été entièrement cartographié, avec cette sémiologie tout à fait novatrice, est le Parc de la Roseraie à L'Haÿ-les-Roses (Val de Marne, 94).

La part la plus importante du travail a consisté à définir une sémiologie graphique à la fois concise et précise pour représenter les aspérités du terrain, les déclivités et les obstacles que l'on rencontre en fauteuil roulant dans les parcs en zone urbaine. Alors que l'article d'IGN Magazine souligne « *une information claire et efficace* » et « *une démarche pertinente reproductible à d'autres espaces* », on retiendra également quelques éléments très pertinents dans cette sémiologie graphique :

- les pictogrammes exprimant les pentes, les dévers et les obstacles (marches, etc.).
- le travail en « surfacique » : types de sols et revêtements.
- le travail en « linéaire » : représentation du niveau d'accessibilité des chemins, par un jeu d'épaisseurs, de tirets et de pointillés.



Carte.14 Cartographie spécifique du Parc de la Roseraie réalisée par IGN Innovation.

¹ *Ibid.* : pp12-13.

À partir de ce travail et des éléments pris en compte dans le *Diagnostic accessibilité nature*, il a été possible de définir un cahier des charges pour une cartographie spécifique sur l'accessibilité PMR des sites naturels réunionnais préalablement diagnostiqués. Là aussi, le plus important a été de mettre en place une typologie et une sémiologie graphique pertinentes, adaptées à tous les milieux et donc reproductibles dans d'autres cas. Dans les pages suivantes, la démarche de conception de cette cartographie originale est expliquée et les cartes issues de 7 sites précédemment diagnostiqués sont présentées.

Différentes personnes ayant travaillé sur l'élaboration de cette cartographie spécifique, un cahier des charges a tout d'abord été rédigé. Ce cahier des charges¹ (cf. Annexe 2) stipulait que : « *le but de l'opération est de produire un document cartographique accompagnant chaque fiche diagnostic², de façon à représenter et spatialiser les informations de ces fiches. La majorité des sites des fiches est concernée, sauf Maison Folio (privé et trop petit), Pas de Bellecombe (a été réaménagé), Forêt de Bélouve (aménagement en cours), Jardin de l'État et CBNM (qui devront être traités avec une autre technique, plus proche du plan). Soit sept cartes à produire. Ces « spatiocartes » doivent refléter le niveau d'accessibilité PMR par une sémiologie graphique spécifique, superposée sur des vues aériennes des sites (orthophotos IGN de 2008). Reste à voir à quelle échelle suivant les cas. Au final ces « spatiocartes » devraient beaucoup ressembler au prototype de l'IGN.* ».

Un fichier Excel listant tous les objets à relever et à représenter a ensuite été édité. Enfin, une fois cette première typologie discutée et affinée, une sémiologie graphique a été arrêtée. Le travail cartographique final a été réalisé en tracés vectoriels sous *Adobe Illustrator*[®].

Les 7 sites retenus sont localisables sur la carte 13 et on notera que ces derniers sont répartis de façon plutôt homogène sur tout le territoire réunionnais et qu'il ya aussi bien des sites classés peu accessibles que très accessibles par le *Diagnostic accessibilité nature*. On peut également les répartir en trois catégories :

- Les sites côtiers (cf. cartes 15, 16 et 17)

Dans cette première catégorie on trouve les sites du Gouffre à l'Etang-Salé (Ouest), du Cap Méchant à Saint-Philippe (Sud « sauvage ») et de l'Anse des Cascades à Sainte-Rose (Est). Des sites donnés accessibles aux PMR respectivement à 50.8 %, 46.6 % et 36.6 %. Le point commun de ces trois sites est leur fort potentiel d'aménagement, notamment au niveau de l'accès du public PMR. Le travail cartographique avait donc pour but essentiel de faire ressortir ces potentiels.

¹ Document rédigé par A.GUENAT.

² Les fiches des 13 sites évalués par le *Diagnostic accessibilité nature*.

- Les sites balnéaires (cf. cartes 18 et 19)

Cette catégorie englobe deux sites balnéaires de l'Ouest : le chemin littoral du lagon à l'Hermitage (accessible PMR à 59 %) et le site handiplage à La Saline (accessible PMR à 71.6 %). Ces deux sites sont très accessibles (le site handiplage étant en partie du bâti aux normes) mais néanmoins améliorables sur certains points.

- Les points de vue (cf. cartes 20 et 21)

Il s'agit dans cette catégorie des points de vue du Maïdo (remparts des Hauts de l'Ouest) et de Bois-Court au Tampon (Hauts du Sud). Les deux sites ont été aménagés mais de nombreux obstacles, notamment visuels, expliquent leur niveau d'accessibilité assez moyen : respectivement de 55 % et 52.5 %. Là encore, ces points négatifs sont tout à fait améliorables. Précisons que malheureusement le site du Maïdo et ses alentours ont été touchés par les graves incendies d'octobre-novembre 2011.

Au final, ce type de document devrait aider les collectivités et autorités concernées dans la prise de décision : caractérisation de l'accessibilité actuelle et mise en lumière de zones potentiellement accessibles sont désormais bien visibles. Néanmoins, cet ensemble de sept cartes peut très bien renseigner le public PMR désirant se rendre sur les sites. C'est d'ailleurs bien ces multiples niveaux de lecture rendus possibles par la sémiologie graphique proposée qui donnent leur caractère inédit et novateur à ces cartes.



Chaîne des déplacements

Accès routier (véhicule adapté)

Accès par route parfaitement carrossée

Cheminement piéton ou fauteuil

Facile : tous fauteuils et déficiences,

Moyen : fauteuil électrique ou personnes accompagnées

Difficile : inaccessible à améliorer

Obstacle qui nuit à l'accessibilité (petit talus, racines, barrières...)

Obstacle barrant l'accès (handicap moteur et visuel : marches, talus...)

Accessibilité globale (zonage)

Parfaitement accessible (handicap moteur et autres)

Praticable mais accessibilité à améliorer

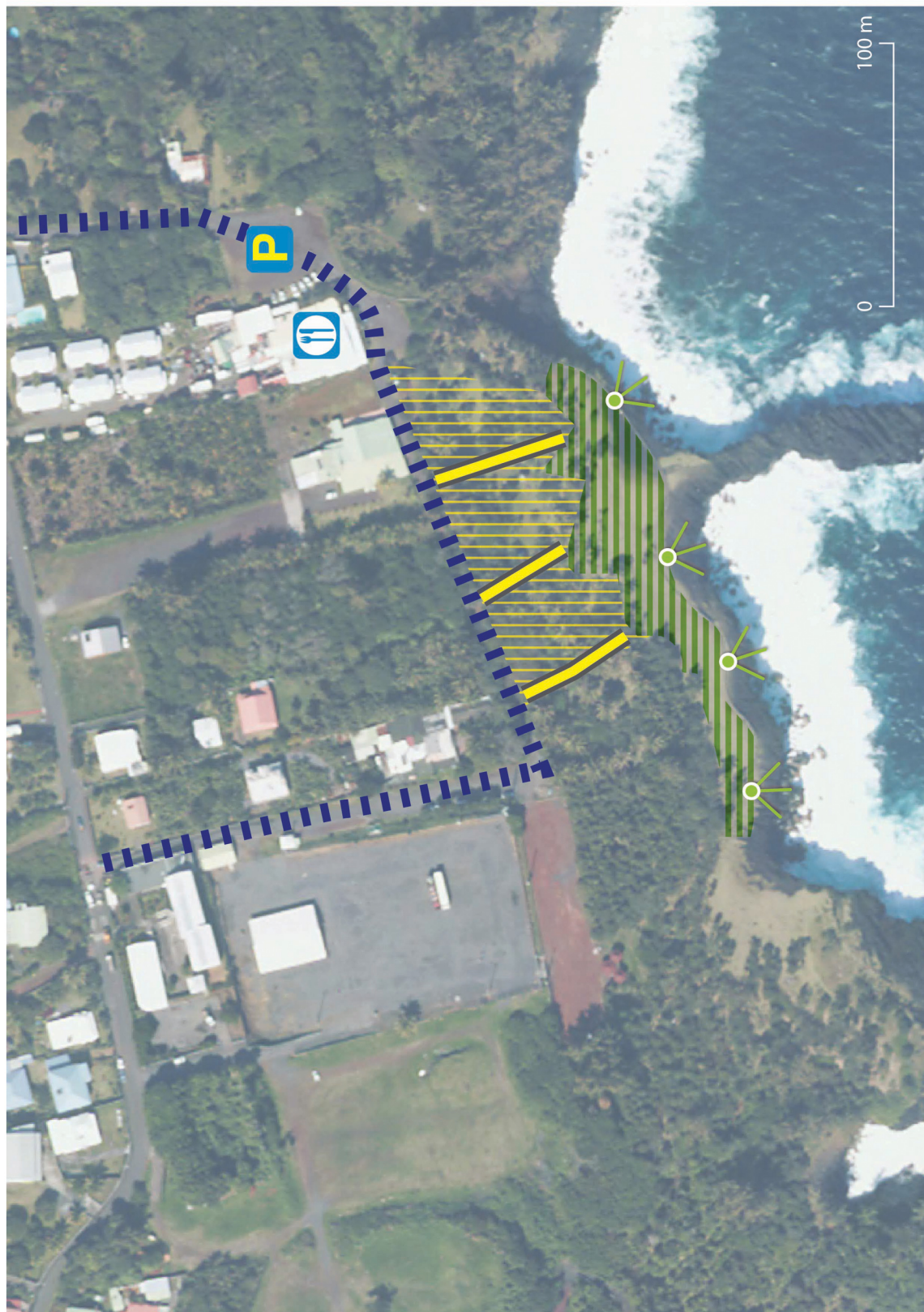
Inaccessible à ce jour, fort potentiel si aménagements

Equipements et bâti (services) :

Parking

Point de vue inadapté (inaccessible)

Carte.15 Cartographie de l'accessibilité actuelle (2011) du site du Gouffre à l'Étang Salé, La Réunion (A.GUENAT, 2011).



Chaîne des déplacements

Accès routier (véhicule adapté)

▬▬▬ Accès par route très accidentée

Cheminement piéton ou fauteuil

▬▬▬ Moyen : fauteuil électrique ou personnes accompagnées

Accessibilité globale (zonage)

▬▬▬ Parfaitement accessible (handicap moteur et autres)

▬▬▬ Praticable mais accessibilité à améliorer

Equipements et bâti (services) :

Parking

Restaurant accessible






Point de vue adapté

Carte.16 - Cartographie de l'accessibilité actuelle (2011) du site du Cap Méchant, La Réunion (A.GUENAT, 2011).





Chaîne des déplacements

Cheminement piéton ou fauteuil

-  Zone conseillée de dépose fauteuil
-  Facile : tous fauteuils et déficiences,
-  Moyen : fauteuil électrique ou personnes accompagnées
-  Obstacle qui nuit à l'accessibilité (petit talus, racines, barrières...)
-  Pente moyenne

Accessibilité globale (zonage)

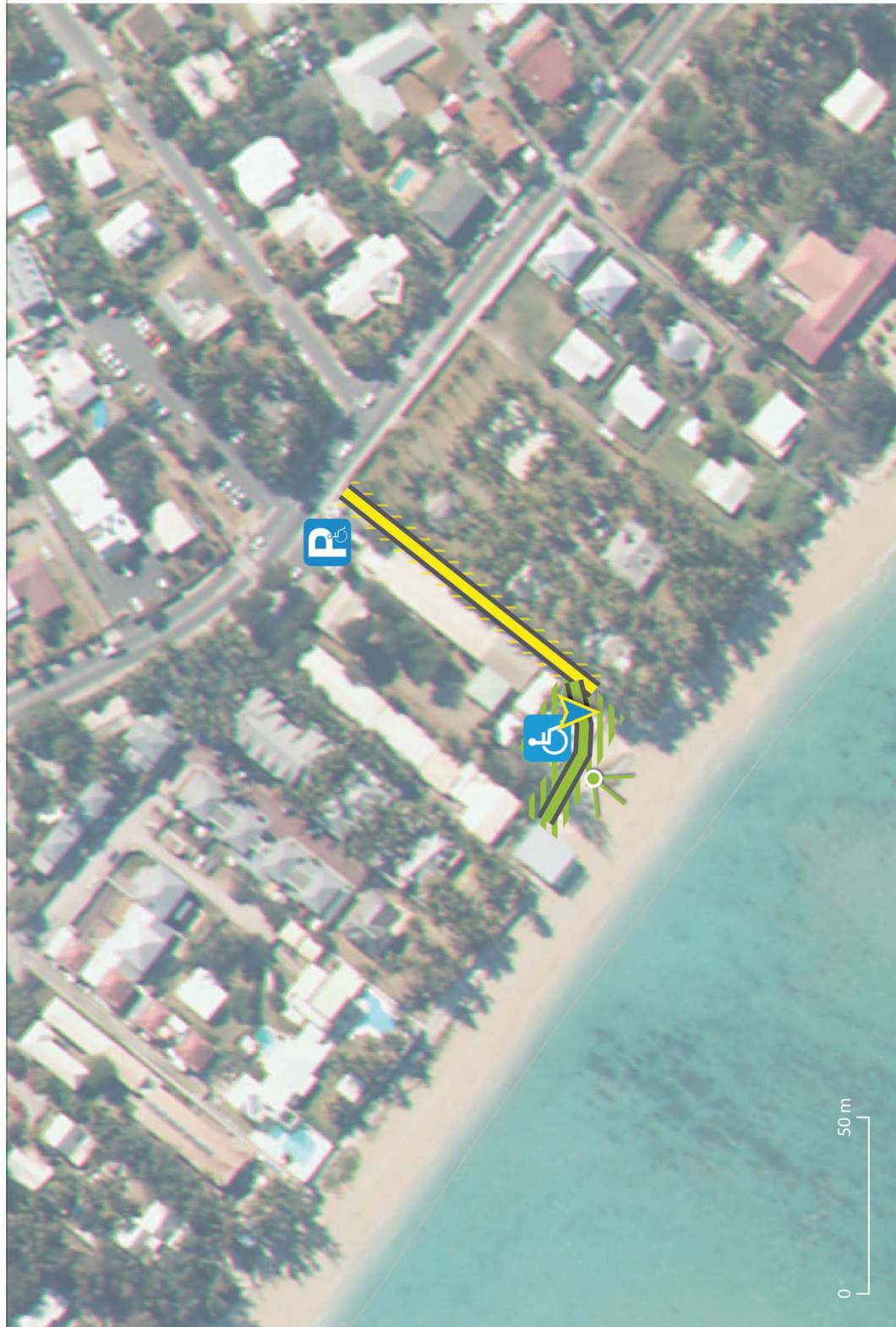
-  Parfaitement accessible (handicap moteur et autres)
-  Praticable mais accessibilité à améliorer

Equipements et bâti (services) :

-  Parking réservé




Conception et réalisation : A. Guenat (UMR228 Espace-dev) & Laboratoire Cartographie Appliquée et Traitement Image - Univ. Réunion, 2011

Carte.18 - Cartographie de l'accessibilité actuelle (2011) du chemin littoral du lagon de l'Hermitage, La Réunion (A.GUENAT, 2011).





Chaîne des déplacements



Cheminement piéton ou fauteuil

-  Zone conseillée de dépose fauteuil
-  Facile : tous fauteuils et déficiences,
-  Moyen : fauteuil électrique ou personnes accompagnées

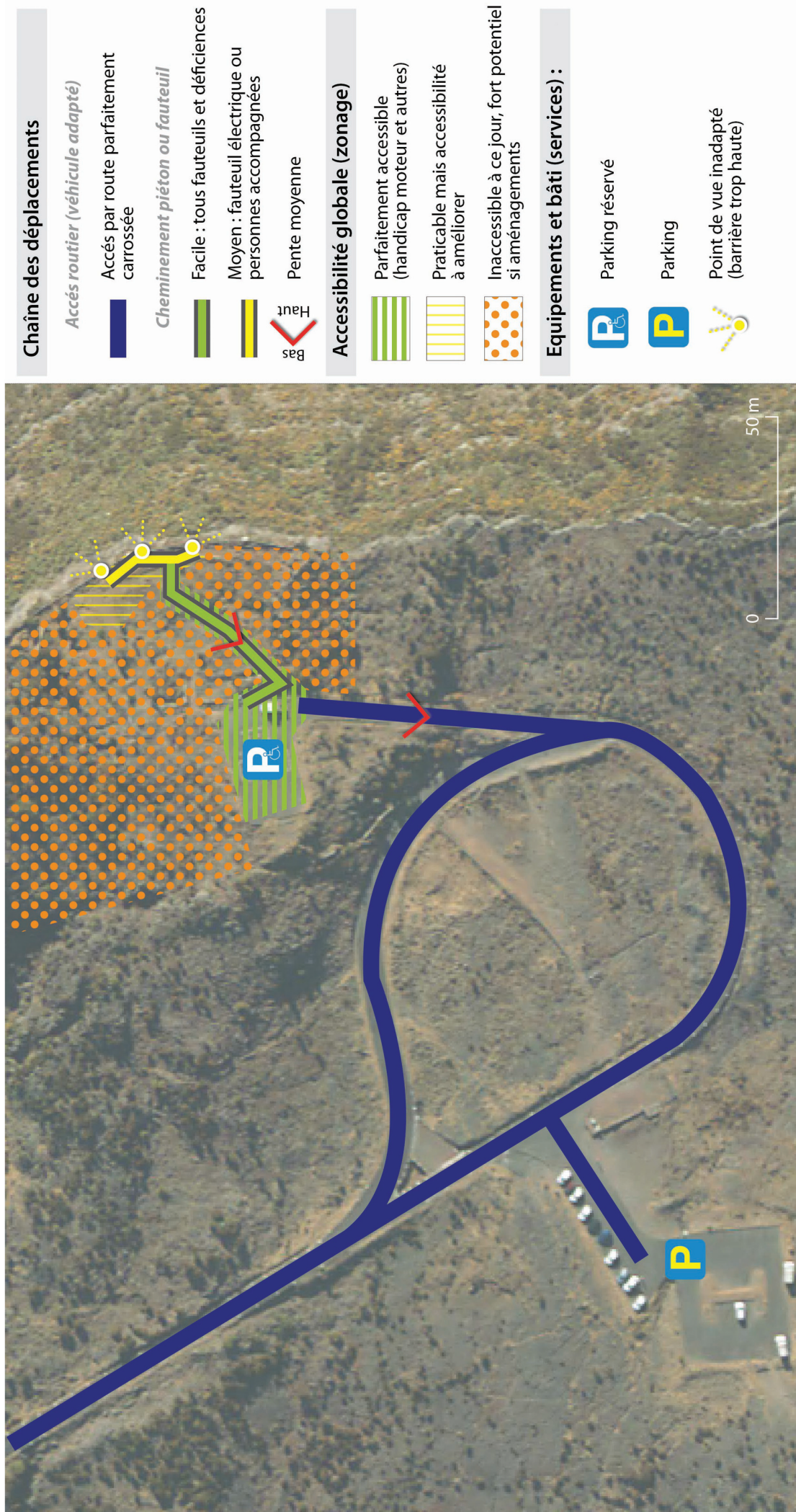
Accessibilité globale (zonage)

-  Parfaitement accessible (handicap moteur et autres)
-  Praticable mais accessibilité à améliorer

Equipements et bâti (services) :

-  Parking réservé
-  Toilettes accessibles
-  Point de vue adapté

Carte.19 - Cartographie de l'accessibilité actuelle (2011) du site Handiplage de La Saline, La Réunion (A.GUENAT, 2011).



Conception et réalisation : A. Guenat (UMR228 Espace-dev) & Laboratoire Cartographie Appliquée et Traitement Image - Univ. Réunion, 2011

Carte.20 - Cartographie de l'accessibilité actuelle (2011) du site du Maïdo, La Réunion (A.GUENAT, 2011).

Conclusion

Cette troisième et dernière partie a démontré que même si les espaces naturels sont souvent oubliés des commissions d'accessibilité (car non concernés par la loi 2005) et des schémas directeurs d'aménagement pour PMR, il n'empêche que ces espaces sont, de façon sporadique et informelle, visités par un public handicapé. L'enquête menée le prouve en ce qui concerne l'Île de La Réunion. Cependant, l'enquête montre également par les entretiens avec les acteurs associatifs et par les cartes complétées que tous ne vivent pas les espaces naturels réunionnais de la même manière (niveau d'accessibilité perçu différemment). D'autre part, la vision de certains serait parfois biaisée par découragement ou immobilisme, d'où un refus de pratique¹. Il y aurait donc parfois une certaine « occultation » des espaces naturels.

Cette occultation est d'ailleurs combattue, d'une certaine manière, par les personnes militant en faveur de l'accessibilité universelle et par les défenseurs d'un accès aux loisirs pour tous. Ainsi, de nombreuses tendances ou actions pionnières dans l'accès à la nature se sont transformées en de véritables dynamiques, voire en réelles politiques d'aménagements et d'accueil depuis une quinzaine d'années. Là encore, un fait nouveau a été abordé et confirmé pour La Réunion : ces nouvelles politiques sont bien présentes, preuve en est la concrétisation de plusieurs projets. Cependant, pour être pertinentes et effectives, ces politiques ont besoin d'un regard expert et aiguilleur, donc d'outils de diagnostics et d'aide à la décision spécifiques. C'est le sens même des propositions qui ont été produites dans le cadre de cette thèse.

¹ Cf. entretiens deuxième partie, chapitre II – 2.5 et selon déclarations en aparté.

CONCLUSION GÉNÉRALE

1. Bilan du travail de recherche et réponses à la problématique : les éléments intrinsèques à la thèse

Évolution des représentations du handicap

Durant le XXème siècle, les représentations du handicap ont progressé du cas clinique, voire de la peur du malade, à celles d'un groupe social au même titre qu'un autre. On parle même aujourd'hui de « public spécifique ». L'un des apports de cette thèse est sans doute l'étude de l'évolution, à la fois chronologique et socio-spatiale, de la prise en compte de ce groupe social devenu public à accueillir. C'est donc à la fois le handicap en tant que « figure du social » et en tant que « public spécifique » qui a été au centre de ce travail de recherche.

Alors que jusqu'à la fin des années 1970 on mettait plus en avant l'aspect fonctionnel du handicap que sa dimension sociale, la recherche universitaire sur le sujet était surtout axée sur l'étude clinique et technique (cf. classification des déficiences et incapacités induites, dite « CIDIH », de l'OMS¹, et travaux de Phillip Wood²). Le handicap comme « désavantage dont est victime la personne déficiente » a ensuite été étudié par la psychologie et l'anthropologie, reconnu de ce fait comme une figure du social. Dans cette optique, les « *disability studies* » ont débuté au début des années 1980's, alors que le mouvement handicapé américain³, descendant direct de celui des droits civiques, aboutissait à la promulgation de l'*Americans with Disabilities Act* en 1990. Cependant, s'il y a désormais l'école de ceux qui défendent ardemment ce point de vue de la personne handicapée face à un environnement social la pénalisant (University of Leeds, University of Greenwich / London, University of New-York, University of Illinois / Chicago), d'autres reprochent à ce courant de délaisser le rapport à l'environnement physique et même d'avoir trop négativement politisé ses

¹ OMS, 1980, *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease*, Genève.

² Professeur de médecine britannique ayant participé à l'élaboration de la CIDIH.

³ Notamment l'*Independent Living Movement* (Mouvement pour une vie autonome).

recherches. En France, dans la lignée de célèbres sociologues et anthropologues influents¹ et dans un cadre peut-être moins revendicatif (la revendication, pour le handicap, étant plutôt le fait d'associations comme l'APF) des auteurs comme Patrick Fougeyrollas (résidant au Canada), Jean-François Ravaut ou Henri-Jacques Stiker, sont également à retenir. C'est dans cette perspective théorique que s'inscrit ce travail de thèse qui approfondit la « situation de handicap » – qui varie selon une pression « socio-environnementale » – et réfute la notion de handicap subi.

Rapports socio-environnementaux, et nouvelles politiques d'accueil

Avec une analyse de plus en plus sociale du handicap, il n'est pas étonnant que l'environnement et son inadaptation aient pris le dessus sur une vision désuète et déshumanisante du handicap (causes et conséquences de l'incapacité du « patient »). Aujourd'hui, à l'extrême opposé, on peut parler d'une nouvelle approche qualifiable de « socio-spatiale ». En effet, mise en accessibilité, intégration et phénomènes de liminalité² tiennent tout autant du « fait social³ » que du « fait spatial ». De plus, au-delà de situations discriminantes « naturelles » (obstacle physique), c'est avant tout l'homme qui discrimine ses semblables déficients, voire les exclus, dans ce qu'il organise, aménage et permet. Rapport à la ville, rapport à la nature, rapport aux autres..., tout est question de point de vue et de « jeux de pouvoir ». Autrement dit, l'accessibilité est une problématique éminemment politique, ce que démontrent les évolutions constatées depuis les jalons posés et imposés par la loi 2005. Qu'il s'agisse d'intégration et de non discrimination (création de la Halde, obligation d'emploi) ou qu'il s'agisse d'accès au bâti (que certains voudraient pouvoir assouplir de façon dérogatoire), l'accessibilité pour tous à tous les domaines de la vie sociale est bien au cœur du « jeu » politique⁴ actuel de notre nation.

Dans ce contexte général, une problématique centrale de cette thèse questionne l'existence de nouvelles politiques du handicap et leurs

¹ Durkheim, Foucault, Bourdieu...etc.

² Pour rappel, le concept de liminalité dans le handicap expose le principe selon lequel la personne handicapée serait en situation liminale : ni exclue ni vraiment incluse dans la cité, la société.

³ DURKHEIM (E.), 1895, Qu'est ce qu'un fait social ? in : *Les règles de la méthode sociologique* (Chapitre 1), éd. Flammarion (réédition 1999), Paris, 254p.

⁴ Au sens du grec *politikos*, « qui concerne les citoyens, l'État », lui-même dérivé de *polis*, « cité ».

déclinaisons. Pour cela, il a d'abord été démontré que même si ce sont essentiellement des aménagements techniques, parfois pionniers, qui ont permis une accessibilité spécifique puis intégrée, ce sont aujourd'hui les politiques d'accueil qui semblent seules à même de continuer à dynamiser la mise en accessibilité des espaces anthropisés. Aussi, alors que la pleine nature oppose davantage de barrières physiques que des espaces déjà « domptés » et urbanisés, ces politiques sont primordiales pour rendre accessibles à leur tour ces espaces naturels. Or, pas plus que dans les villes, la mise en accessibilité ne peut être l'unique fruit de simples aménagements en dur ou d'un bâti. Elle doit également consister en des solutions sociales, ou du moins en des solutions plus abouties et concertées. Voilà pour la question de la forme et l'orientation que devraient prendre les politiques du handicap, à moyen terme. S'agissant de la déclinaison de ces nouvelles politiques, ouvrant les espaces naturels aux PMR, à La Réunion le tableau général est contrasté. En effet, si la dynamique politique est franche pour les échelons territoriaux les plus hauts, cela est beaucoup moins valable à d'autres niveaux (voir Fig.31 page suivante). Ainsi si l'on constate bien de nouvelles politiques d'accueil du public PMR à La Réunion, elles sont plus le fait de volontés isolées que d'une vision globale et collective. Si des organismes comme l'ONF et les intercommunalités de l'Ouest (TCO) et de l'Est (CIREST) mènent des politiques volontaristes de mise en accessibilité des espaces naturels touristiques et patrimoniaux, ces mêmes politiques se font plus rares dès que l'on se rapproche des échelons de proximité (communes, quartiers).

En outre, on constate que cette accessibilité est encore essentiellement basée sur des aménagements techniques puisque seul le Département et l'ONF ont une vision globale (technique, sociale et conceptuelle). On notera par contre que la concertation et l'appel à l'avis expert de personnes concernées par le handicap sont des valeurs qui se développent à tous les niveaux. L'ensemble de ces remarques mettent en relief des incohérences territoriales dans le champ de l'accessibilité sur lesquelles on reviendra.

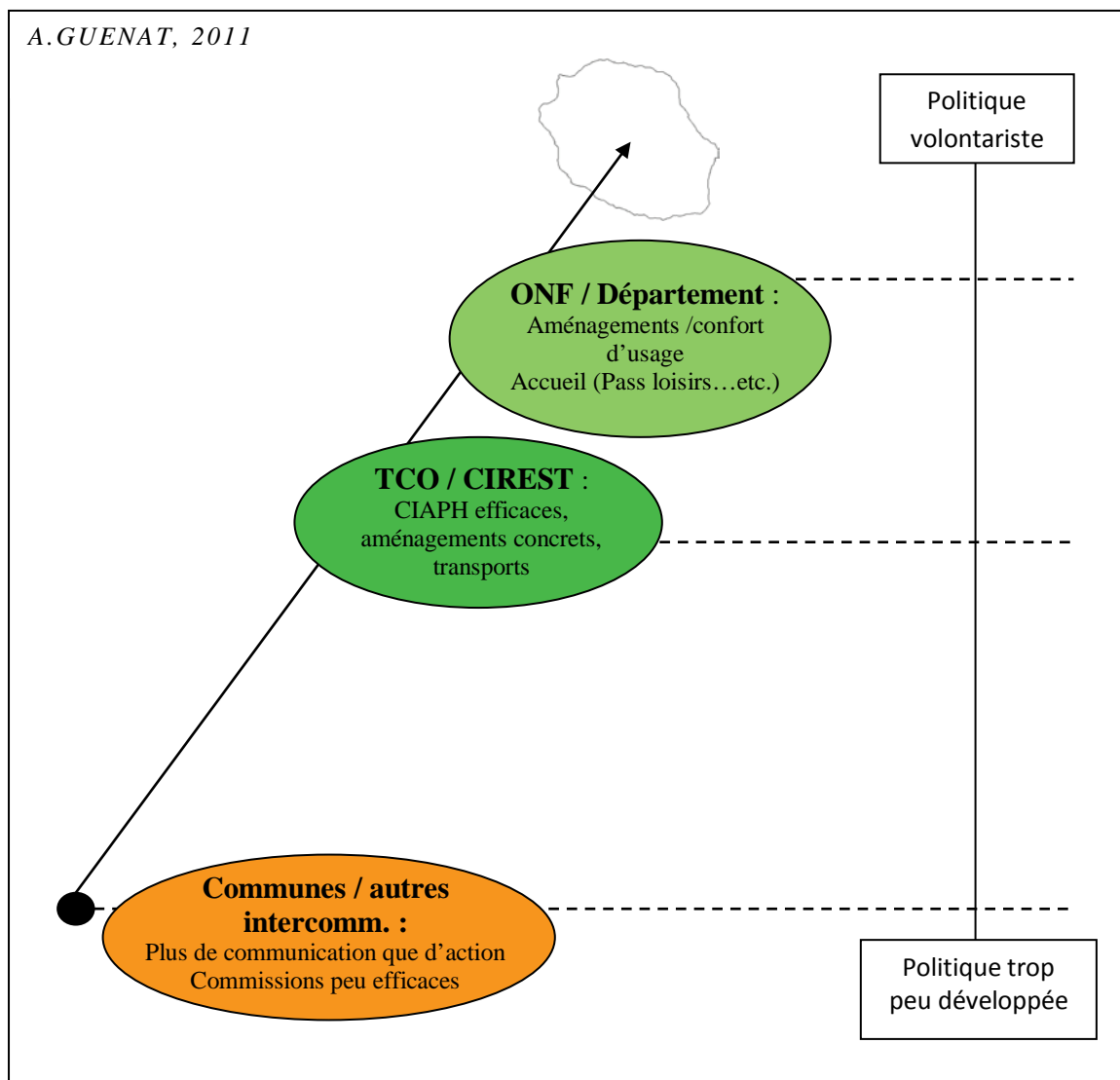


Fig.31 *Politiques publiques de mise en accessibilité des espaces naturels suivant les échelons territoriaux, à La Réunion (A.GUENAT, 2011).*

Au final, restait à explorer la question de l'adéquation entre ces politiques et les pratiques spatiales des PMR. Pour cela, il fallait connaître l'éventail des solutions possibles et prendre intégralement en compte les attentes et les pratiques pré-existantes du public concerné. C'est pour cette raison que cette thèse a mobilisé des outils visant cette prise en compte : enquête innovante, entretiens, et cartographie novatrice pour l'aide à la décision sont là pour aiguiller ces nouvelles politiques d'accueil des PMR, en plein essor en France.

Évolution des pratiques spatiales des personnes à mobilité réduite

Quand il y a restriction de la mobilité des personnes, due à un handicap, cela ne veut pas forcément dire qu'il y aura restriction dans les pratiques spatiales de ces PMR mais parfois plutôt une modification, une adaptation...etc. De

plus, en général, la restriction laisse très vite la place à l'occultation pure et simple (en l'attente de nouveaux éléments déclencheurs).

Quel est alors la valeur de cette observation empirique concernant la pratique d'espaces naturel et quels peuvent être dans ce cas les « éléments déclencheurs » ? L'objectif de l'enquête présentée dans la dernière partie de cette thèse était entre autres de répondre à cette question, en observant les pratiques existantes sur les espaces naturels de La Réunion, et en définissant les évolutions qui sont appelées à se faire suivant les changements d'état et d'accessibilité de ces derniers. Il est ressorti de cette enquête que des modifications sont intervenues par rapport à des pratiques « traditionnelles » (pique-nique en forêt, baignade dans les bassins, etc.), d'où des milieux plus fréquentés que d'autres par les personnes handicapées. Cette enquête a également révélé des phénomènes d'occultation (« je ne peux accéder nulle part »), voire même un certain défaitisme (cf entretiens – partie 2).

Pour autant, la confirmation de nombreux éléments potentiellement « déclencheurs » (de surcroît pas toujours liés à l'impossibilité physique) montre qu'une envie forte d'accéder à tous les espaces naturels de l'île couve sous les pratiques actuelles. Pour permettre cet accès, les aménagements spécifiques sont plébiscités. Cela ne remet pas du tout en question le besoin de politiques d'accueil plus globales puisque le problème du transport vers les sites et le besoin d'information sur les moyens d'accès sont récurrents dans les réponses. La recherche d'une expérience (sensations, découverte d'un patrimoine) et le manque d'intérêt des élus, sont également soulignés.

Des outils de diagnostic pour l'aide à la décision

Après analyse de l'enquête sur les pratiques spatiales, il est ressorti que l'accessibilité est vécue et qualifiée de façon très variable, ce qui interdit une stricte notation sur les niveaux d'accessibilité des sites. Pour autant, les réponses ont le mérite d'orienter le chercheur ou les autorités sur les sites potentiellement les plus accessibles. À partir de là, un travail de diagnostic pouvait être envisagé. Mais comment procéder alors qu'aucun outil n'existe, et que tout est pensé en rapport avec la loi 2005, donc pour les zones urbaines ? Sans totalement partir d'une feuille blanche, et en s'inspirant d'autres outils qui ont fait leurs preuves, un *Diagnostic Accessibilité Nature* a pu être élaboré et testé sur une douzaine de sites réunionnais. Cependant, si ce *Diagnostic Accessibilité Nature* permet de classer un corpus de sites selon

leur niveau d'accessibilité actuel, cela ne suffit pas comme référence dans l'élaboration de schémas directeurs ou d'un quelconque programme global de mise en accessibilité. C'est pourquoi une cartographie innovante a été privilégiée en proposant une sémiologie graphique adaptée à des cartes utilisant les orthophotographies numériques de La Réunion.

2. Les enseignements à tirer de la thèse

L'œil du géographe

Sur le fond, la présente thèse permet d'illustrer l'apport du géographe sur des thématiques sociétales très actuelles dont fait parti le handicap. Dans un registre technique, comme on vient de le rappeler, la géographie peut aider à la décision d'aménagements de mise en accessibilité, tout en valorisant et respectant des espaces sensibles et peu anthropisés. En outre, en matière de handicap, le devoir du « géographe citoyen » est de favoriser le respect des chaînes de déplacements et d'accès, autrement dit de pousser à la cohérence territoriale.

Ainsi, chercher une meilleure accessibilité, c'est également lutter contre les « discontinuités territoriales ». Il n'est donc pas étonnant qu'aujourd'hui, la plupart des travaux de recherche¹ portant sur les aspects à la fois sociaux (intégration) et techniques du handicap, dont cette thèse², se penchent plus particulièrement sur ces problèmes de cohérence territoriale. Aussi, une question se pose alors : ne serait-il pas judicieux de proposer des SCOT³ d'accessibilité ? En effet, malgré les dispositifs mis en place avec la loi 2005, la cohésion entre les schémas directeurs de mise en accessibilité et ceux de transport, fait encore trop souvent défaut. Il en va de même pour des projets d'aménagements, publics ou privés, liés au handicap (établissements d'accueils, pôles accessibles...etc.) qui tiennent parfois peu compte de l'implantation d'associations ou d'activités adaptées. Une inscription des problématiques d'accessibilité au niveau des Plans Départementaux des Itinéraires de Promenade et de Randonnée (PDIPR) ou des Schémas Régionaux de Développement du Tourisme serait, dans le même esprit, tout à la fois pertinente et légitime.

¹ Par exemple : thèse de MUS (M.), 2010, *Populations déficientes, territoires en mutation : de nouvelles dynamiques spatiales ?* Partie 3.

² Partie 2 – chapitre II.

³ Schéma de Cohérence Territoriale.

Un traitement large du problème, pour une accessibilité universelle

Dans la suite logique de ce qui vient d'être dit, le deuxième enseignement de cette thèse est que la concertation et l'échange d'expérience sont primordiaux. On ne le dira jamais assez. Les visites de terrain lors des recherches menées pour cette thèse, l'enquête, et les constats de manque de clarté dus à la multiplicité des instances et des interlocuteurs en charge de l'application pratique de la loi 2005 le prouvent. Dans le même ordre d'idées, le manque de données chiffrées fiables et pertinentes sur le handicap altère cette concertation et contribue à un certain manque de transparence des politiques publiques en la matière.

Enfin, on constate une vision encore trop restreinte des domaines de la vie sociale censés être rendus accessibles, ces domaines étant par ailleurs rarement connectés. L'urbain et pas la nature ? L'emploi, alors que transport et bâti ne sont pas suffisamment accessibles ? La culture et les loisirs, mais uniquement de masse¹ ? Les équipements touristiques mais dès lors qu'ils sont labellisés « handicap » ? Autant de contradictions et de paradoxes, voire d'aberrations, qui pèsent sur le quotidien des PMR.

3. Les enjeux liés à la problématique, à court et moyen terme

Vers une mise en réseau des données sur le public PMR et l'accessibilité
Au-delà de la concertation, l'expérience du terrain (enquête et travail de consultant) avec les collectivités et les organismes gestionnaires d'espaces a montré que ces derniers sont en manque d'informations et, *a fortiori*, de données sur le public PMR en général et son accès à la nature en particulier. Il reste donc beaucoup de sensibilisation et de réflexions à mener. Pour autant, la seule connaissance empirique de ce public et des potentiels d'accès à tel ou tel site ne suffit pas et, à court terme, même le travail mené dans cette thèse pour proposer des outils novateurs d'aide à la décision devra être approfondi. Assez facilement, il serait ainsi possible de poursuivre le Diagnostic Accessibilité Nature et la cartographie spécifique en les étendant à d'autres espaces. Reste que dans le contexte d'une société de communication, la diffusion tend à prendre le pas sur le contenu et il faudrait donc penser à mutualiser toutes les données utiles au sein d'une base de données numérique

¹ Les stades de football et les centres commerciaux sont semble-t-il parmi les espaces les plus accessibles de France.

accessible par internet. Enfin, des outils externes, liés à cette base, pourraient également voir le jour : liens depuis les plateformes de réservation (IRT par exemple), applications pour *smartphones* et autres technologies avec GPS, etc. Les possibilités sont multiples, mais un travail en amont, plus organisé et automatisé, est nécessaire. Sur l'Île de La Réunion, une collectivité comme le Département serait certainement très intéressée. Il serait surtout à la hauteur d'un tel programme d'autant qu'il est responsable d'un certain nombre de sites naturels et de milliers d'hectares de zone forestière.

Accessibilité PMR, préservation patrimoniale et développement durable

L'évocation du recours à une organisation bien rôdée dont les prérogatives correspondent à la gestion et à l'aménagement d'espaces naturels (donc à leur mise en accessibilité) nous amène à faire le rapport avec les enjeux patrimoniaux. En effet, la Réunion est depuis peu dotée d'un Parc National et a été classée patrimoine mondial¹ auprès de l'UNESCO. Cet organisme stipule dans sa Convention du patrimoine mondial que « *chacun des États parties à la présente Convention reconnaît que l'obligation d'assurer l'identification, la protection, la conservation, la mise en valeur et la transmission aux générations futures du patrimoine culturel et naturel (...) situé sur son territoire, lui incombe en premier chef. Il s'efforce d'agir à cet effet.* ». Or, on peut considérer que la mise en accessibilité (au sens large) et les concepts de confort d'usage pour tous et de Haute Qualité d'Usage© (HQU) doivent faire partie de cette « mise en valeur » et « transmission aux générations futures ». Ensuite, pour permettre ces devoirs, « (...) *les États parties à la présente Convention s'efforceront dans la mesure du possible, d'adopter une politique générale visant à assigner une fonction au patrimoine culturel et naturel dans la vie collective, et à intégrer la protection de ce patrimoine dans les programmes de planification générale (...).* ». À partir de ce qui vient d'être dit sur la compréhension de la notion de « mise en valeur » patrimoniale, on peut tout à fait concevoir qu'une politique d'accueil du public PMR ou un programme de récolte de données d'accessibilité fasse partie de cette « politique générale » patrimoniale.

Ces nouvelles politiques d'accueil sont également un atout durable pour le développement économique et social puisque les aménagements pour la mise

¹ Inscription en août 2010.

en accessibilité offrent de nouvelles perspectives au secteur du BTP et aux bureaux d'études. Une récente résolution¹ du Parlement européen sur l'intégration des personnes handicapées et la stratégie européenne 2010-2020 en faveur de celles-ci développe d'ailleurs cet argumentaire et « *souligne que les dépenses réalisées en faveur des personnes handicapées, et l'investissement économique dans ces personnes, constituent un investissement rentable à long terme dans le bien-être de tous et dans une société reposant sur des bases durables.* ».

Au niveau social, cette même résolution, « *dans le cadre du renforcement de l'intégration et de la socialisation des personnes handicapées, invite les États membres à améliorer, avec le concours de la Commission, l'accessibilité des installations et des activités sportives, culturelles et de loisirs pour ces personnes (...).* ». Concernant La Réunion, on pourrait ajouter à l'intégration l'insertion professionnelle, avec un apport en chantiers pour les emplois « verts » et un besoin à venir de guides formés, voire spécialisés. Incontestablement, les solutions à la problématique « accessibilité des espaces naturels » s'ancrent dans un développement durable.

Un tourisme de nature raisonné et adapté à tous, à La Réunion

Concernant le tourisme, au niveau du label « patrimoine mondial », l'UNESCO indique que « *l'élaboration et l'application efficace d'une stratégie de développement touristique exhaustive tenant compte de la demande élevée sont également nécessaires. Il y a un équilibre délicat à trouver entre les effets économiques et pédagogiques positifs et les effets destructeurs d'un nombre excessif de touristes et d'activités inappropriées.*² ». Or, si les nouvelles politiques d'accueil des personnes handicapées sont un enjeu de développement durable, en particulier pour les collectivités territoriales, elles le sont tout autant pour le secteur touristique de l'Île de La Réunion et respectent donc tout à fait les vœux de l'UNESCO. Regardons donc quel est le contexte touristique actuel, pour montrer comment ces politiques d'accueil et l'apparition d'activités adaptées vont bien dans le sens voulu pour le développement touristique local.

¹ Résolution 2010/2272(INI), du 25/10/2011.

² <http://whc.unesco.org/fr/list/1317>

À La Réunion, « *le tourisme a connu une très forte croissance avec une progression de 136% ces 15 dernières années*¹ ». L'objectif de La Réunion est d'atteindre le million de touristes annuels et 20 000 emplois dans ce secteur d'ici 2020, car « *de réelles opportunités d'investissement existent (...), notamment pour accroître les capacités d'hébergement et l'offre de loisirs.*² ». La Région Réunion a depuis longtemps intégré ce moteur de croissance dans ses feuilles de route et un Schéma régional de développement du tourisme et des loisirs a été adopté pour définir une stratégie sur la période 2005-2010³. Pour la période en cours, le tourisme a même été choisi comme priorité régionale 2010-2014, avec une stratégie rénovée mais inchangée sur le fond.

Si l'on se réfère aux documents stratégiques réalisés pour la Région (par *Détente consultants*) les grandes lignes conceptuelles de cette priorité sont :

- une ambition qualitative : développer un tourisme durable (emploi, respect et valorisation de l'environnement).
- le ciblage des clientèles (seniors actifs, touristes de nature, clients de la zone Océan indien, etc.).
- la priorité au tourisme de découverte « nature et culture » et aux loisirs sportifs de nature.
- apporter des réponses spécifiques aux besoins de loisirs des locaux.

Ce contexte de développement touristique actuel de l'île est tout à fait bénéfique pour la mise en place de nouvelles d'activités de loisirs et l'aménagement de sites. Qui plus est, c'est un véritable cercle vertueux qui apparaît aujourd'hui puisque ces nouvelles activités, a fortiori dans leurs versions adaptées à tous, sont exactement positionnées dans les segments prônés par tous les acteurs en charge de la promotion et du développement touristique. Aussi les nouvelles politiques d'accueil des PMR et la mise en accessibilité de sites naturels réunionnais devraient être facilitées par ces orientations touristiques, ce qui n'empêche pas que ces politiques soient également génératrices de nouvelles offres, un réel « cercle vertueux » étant appelé à se mettre en place.

¹ <http://www.adreunion.com/Synthese-du-secteur-de-l.html>

² *Ibid.*

³ DÉTENTE CONSULTANTS (pour Région Réunion), *Schéma régional de développement du tourisme et des loisirs. Stratégie et actions 2005/2010*, PDF, 37p.

Enfin, évoquons le cas de l'Hérault, où une démarche¹ de mise en œuvre d'un « Territoire Touristique Adapté » a été entamée. Les objectifs de cette démarche sont de :

- renforcer l'attractivité du territoire pour la clientèle à besoins spécifiques, dont les personnes handicapées, les seniors et les familles, par un accueil touristique adapté répondant aux nouvelles exigences de fiabilité de l'information.
- favoriser le développement de la fréquentation chez les professionnels des sites labellisés Tourisme Handicap.
- promouvoir les sites labellisés dans la station et le territoire concerné.

On imagine très bien ce genre de démarche à La Réunion, une fois que l'offre de sites aménagés et d'activités sportives adaptées sera conséquente et structurée. La Réunion a donc encore beaucoup à apprendre et à faire, mais également énormément d'atouts à mettre en valeur, pour être, plus qu'une vitrine, un véritable écrin patrimonial et touristique, aux multiples facettes, et surtout accessible à tous. Néanmoins, le travail de fond d'acteurs divers et variés et la mise en place progressive de politiques d'accueil des PMR et d'aménagement, cohérentes et durables, emmènent dorénavant déjà l'île sur ce chemin.

¹ <http://www.adt-herault.fr/index-45-1.html>

Tout au long de ce mémoire de thèse, de nombreux exemples ont montré qu'en matière d'intégration des personnes handicapées, les choses ont toujours évolué grâce à des personnes qui se sont penchées sur l'amélioration des accès à tous les domaines possibles et imaginables de la vie sociale. Par de régulières sorties des sentiers battus, de véritables mouvements sociaux d'intégration sont nés. Aussi, ce n'est semble t-il que par cette voie éminemment politique et engagée qu'accessibilité universelle et intégration ont un sens. Cependant, si en France et dans plusieurs pays européens cette intégration est de plus en plus réelle et perceptible, il ne s'agit pour l'instant que de mises en accessibilité dans la sphère publique. En effet, nous sommes encore loin d'une véritable inclusion des personnes handicapées qui, dépassant la seule sphère publique, passera également par une amélioration des conditions de vie personnelles dans la sphère privée. Ainsi, si cette thèse a visé exclusivement les limites actuelles de certaines politiques publiques en matière d'accessibilité, gageons que par d'autres mouvements et dans d'autres domaines (sexualité¹, droit de procréer librement², droit de mourir³, etc.), d'autres « mise en accessibilité » seront étudiées et soutenues demain...

A.G

¹Cf. Mouvement actuel initié en France par l'APF, l'association CH(S)OSE ou encore par Marcel Nuss (écrivain et consultant handicap).

² Notamment pour les déficients mentaux.

³ Cf. Mouvement actuel initié en France par l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité.

ANNEXE 1

Enquête et entretiens



Les sites naturels réunionnais :

Un accès pour tous ?

La loi de février 2005, relative à « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » a mis en avant deux principes fondamentaux : **l'accessibilité généralisée pour tous les domaines de la vie sociale** et **le droit à compensation** des conséquences du handicap. Comment alors étendre ce principe du « tout accessible pour tous » aux espaces naturels, de loisirs et de détente ?

Cette enquête a pour but de collecter des informations sur l'accès des personnes handicapées aux nombreux sites naturels qu'offre l'île de La Réunion. Elle rentre dans le cadre d'une **thèse de doctorat en géographie** et, **étant moi-même handicapé, je désire mettre en lumière l'avis du public handicapé, votre avis**. Ce questionnaire aborde vos pratiques mais surtout vos attentes en matière de mobilité en direction des sites naturels réunionnais. Cette étude permettra de se concentrer sur les espaces qui vous intéressent en soulignant, notamment, les difficultés d'accès aux sites.

Vos réponses resteront strictement confidentielles. La précision de ces réponses est nécessaire à la réussite de cette étude faite par et pour des personnes handicapées. Si vous avez des difficultés à remplir ce questionnaire et la carte jointe, n'hésitez pas à vous faire aider par une personne de l'association qui vous a transmis cette enquête.

La notion de « site naturel » est comprise dans un sens large : elle couvre tous les endroits où « la nature » est encore présente à La Réunion.

I/ PRATIQUES SPATIALES

1) Fréquentez-vous souvent des sites naturels ? (cochez une case)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Jamais Très souvent

2) Quand vous sortez dans la nature, est-ce en général :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dans votre quartier | <input type="checkbox"/> En promenade longue (transport puis fauteuil) |
| <input type="checkbox"/> En promenade courte (en fauteuil) | <input type="checkbox"/> A l'occasion d'une sortie exceptionnelle prévue de longue date |

3) Lors d'une sortie sur un site naturel, la principale contrainte que vous rencontrez concerne :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Le transport | <input type="checkbox"/> Le déplacement sur le site même (obstacles, fatigue) |
| <input type="checkbox"/> L'accès au site (routes, chemins) | <input type="checkbox"/> Le manque de guides, d'accompagnateurs |

4) Pour vos déplacements, possédez-vous un véhicule personnel ?

- Oui Non

Si oui, est-il adapté pour votre handicap ?

- Oui Non

5) Il y a-t-il un arrêt de bus près de chez vous ?

- Oui Non

Prenez-vous souvent le bus à cet arrêt (ou à un autre) ?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Jamais Très souvent

6) Dans votre vie quotidienne, vous vous déplacez plutôt :

- Avec un transporteur spécialisé
(taxi d'association, GIHP, taxi communal)
- En bus
- Seul
- Grâce à un ami /membre de la famille
- Aucun transport à disposition

7) Lors d'une sortie exceptionnelle, ou pour vos loisirs, vous vous déplacez plutôt :

- Avec un transporteur spécialisé
(taxi d'association, GIHP, taxi communal)
- En bus
- Seul
- Grâce à un ami /membre de la famille
- Aucun transport à disposition

8) Bénéficiez-vous des *Pass Loisirs* ?

- Oui
- Non

- je ne connais pas ce service

Si oui, vous en servez vous régulièrement ?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Jamais Très souvent

II) PRÉFÉRENCES & ATTENTES



Il s'agit ici de vos goûts et non de ce que vous pouvez faire avec les aménagements existants.

1) Notez ces types de lieux selon vos préférences (note de 1 à 10) :

- Plage
- Montagne, cirques
- Etang, rivière, bassin
- Volcan, coulées
- Forêt

2) Quel changement attendez-vous en priorité pour améliorer l'accès aux sites naturels pour les personnes handicapées (1 seule réponse) ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Des aménagements simples, sur le plus de sites possibles | <input type="checkbox"/> Un meilleur accompagnement sur le site |
| <input type="checkbox"/> Des liaisons directes par les transports publics ou spécialisés | <input type="checkbox"/> Des parcours spécifiques pour handicapés (sur une partie des sites) |

3) Au niveau de l'information sur les possibilités d'accès aux sites naturels, qu'est-ce qui vous importe le plus ? (classez par ordre d'importance, de 1 à 4, les propositions suivantes, 1 étant le plus important)

Notes :

- la difficulté dite au départ/entrée (longueur du parcours, pentes)
- les moyens d'accès aux sites aménagés (routes, transports)
- les sites aménagés existants
- des informations tout au long du site sur l'endroit, la faune, la flore...etc.

III) PERCEPTIONS

1) Pensez-vous avoir visité beaucoup de sites naturels de la Réunion ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Non, pas du tout | <input type="checkbox"/> Oui, mais pas assez |
| <input type="checkbox"/> Quelques-uns | <input type="checkbox"/> Presque tous |

2) Pour vous, l'accessibilité des sites naturels doit consister en (1 seule réponse) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> un aménagement de secteurs représentatifs pour chaque site | <input type="checkbox"/> la modification des sites (suppression obstacles) |
| <input type="checkbox"/> des adaptations facilitant le déplacement (pentes douces...etc.) | <input type="checkbox"/> la création de parcours spécifiques pour les personnes handicapées |
| <input type="checkbox"/> Autre : | |

3) Ce qui vous importe le plus dans un site naturel c'est (2 réponses possibles) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> sa beauté | <input type="checkbox"/> son accès pratique |
| <input type="checkbox"/> sa rareté ou son besoin d'être protégé | <input type="checkbox"/> son accès libre ou gratuit |
| <input type="checkbox"/> les sensations qu'il procure | <input type="checkbox"/> l'héritage qu'il nous laisse |

4) Selon vous, il n'y a pas assez de sites naturels accessibles à la Réunion en raison (1 seule réponse) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> D'un manque de moyens consacré à cela | <input type="checkbox"/> Ce n'est pas assez revendiqué par les handicapés et les associations |
| <input type="checkbox"/> D'un manque d'intérêt des gestionnaires pour cette problématique | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |

IV) DONNEES DE CADRAGE

Les questions suivantes sont là pour mieux comprendre vos pratiques et vos réponses. Réponses qui seront, rappelons-le, strictement confidentielles et anonymes.

SEXE : H F

AGE : _____ Commune de résidence: _____

Quelle est la nature de votre handicap ?

- Moteur
- Visuel
- Auditif
- Mental
- Poly-handicap

Quelle est votre situation familiale ? célibataire marié divorcé

en couple

Avez-vous des enfants ? Oui : (nombre) Non

Si oui, vivent-ils encore sous votre tutelle ? Oui Non

Avez-vous une occupation salariée, si oui laquelle ?

Oui : Non

Avez-vous une occupation bénévole, si oui laquelle ?

Oui : Non

Êtes-vous membre ou fréquentez-vous une association en rapport avec votre handicap ?

Oui, précisez : Non

Avez-vous accès à Internet, depuis chez vous ? Oui Non

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire.

Retour du questionnaire : l'association qui vous l'a transmis ou à la personne responsable :

A.GUENAT – GSM :

Mail :

Si vous avez des choses à rajouter, des informations sur un lieu, des idées, vous pouvez l'écrire sur les lignes suivantes :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vivre avec un handicap à La Réunion : entretiens

Sphère associative : associations de ou pour les personnes handicapées. Interview de personnes cadres m

Propos recueillis auprès de G.SANGARIA, le 27/05/2011

➤ **1/ Association**

Nom : *Délégation 974 AFM*

Existe sur l'île depuis : *Service Régional installé depuis 13 ans. Etant donné qu'il faut que des besoins soient repérés et qu'un nombre suffisant de malades soient connus pour qu'une délégation départementale soit mise en place : ça n'a été le cas qu'il y a 11 ans à La Réunion (en 2000).*

Présentation rapide de l'association :

L'Association Française contre les Myopathies est avant tout une association de malades neuromusculaires. Depuis 1958, familles et experts se sont réunis afin de mener deux missions : Aider (à vivre avec une maladie neuromusculaire) et Guérir. Pour cela l'association nationale s'appuie sur des Délégations départementales et des Services régionaux et surtout sur la générosité de tous avec le Téléthon.

Rôle de l'interrogé :

Représenter au niveau local la présidence de l'AFM et le Conseil d'administration

en fonction depuis :

*- délégué depuis juillet 2010
- délégué adjoint de 2002 à 2010*

➤ **2/ Rapports avec les instances publiques et collectivités réunionnaises**

- Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'une aide financière (ou autre) des pouvoirs publics ? Lesquelles ?

Nous bénéficions de subventions municipales suite à demandes sur dossiers. Quatre communes de l'île nous ont accordé ce type de subventions en 2010. En outre, Pour nos frais de fonctionnement le siège de l'AFM nous verse une somme fixe chaque mois. Cet argent provient des fonds récoltés grâce au Téléthon. Les subventions des communes, elles, servent à financer des actions auprès familles (journées loisir et campagnes d'information). Ces dernières n'ont ainsi qu'un tiers de participation financière à donner.

- Quelles sont vos relations avec les collectivités sur l'île (en dehors des subventions) ?

Globalement elles sont bonnes. Les municipalités, notamment celles qui nous subventionne, sont bien conscientes de nos difficultés (ndr : celles des personnes handicapées). Par exemple,

il faut reconnaître que, même si les retards dans la mise en accessibilité sont regrettables, tout n'est pas simple pour elles. D'ailleurs on ne ressent pas de volonté politique à freiner cette mise en accessibilité, bien au contraire.

- Le préfet, 1^{er} représentant de l'Etat Français, a un rôle particulier dans les DOM, quel est son influence sur les problématiques du handicap sur l'île ?

Le préfet est certes garant du respect des lois de la République, mais ne peut s'immiscer dans les affaires et la gestion des collectivités territoriales. Cependant, il « gère » la CDCPH (qui malheureusement se réunit très rarement) et un sous-préfet à la cohésion sociale, plutôt ouvert et à l'écoute, a été nommé il y a 3 ans. Avec d'autres associations militantes nous avons toujours été reçus assez facilement à la préfecture, par exemple en 2009 pour aborder le problème de la vie chère pour les personnes handicapées.

➤ **3/ Votre avis sur la situation réunionnaise (2011), par rapport aux conditions de vie des personnes handicapées ?**

Il ne faut pas se leurrer : la situation reste difficile à La Réunion. Malgré un cadre de vie agréable, « l'accès à tous les domaines de la vie sociale » est assez compliqué.

• **Comment est vécu le handicap, la déficience ?**

Assez mal culturellement. Les notions de culpabilité et de punition (divine ou autre) sont encore très présentes.

• **Comment est vécue la maladie (espoir de guérison ou fatalité ?)**

La prise en charge médicale étant assez bonne sur l'île, il n'y a pas plus de fatalité qu'ailleurs, mais simplement une forte attente de traitement(s). Certes l'éloignement d'avec la métropole, donc des grands hôpitaux et des laboratoires de recherche, est parfois source de pessimisme ou de non connaissance des avancées réelles.

• **Evolution de la perception du handicap dans la société réunionnaise ?**

Les esprits se « modernisent », comme partout.

• **Spécificités réunionnaises : la solidarité de l'entourage des malades (famille, voisins) et la « proximité » génétique (consanguinité) facteur supplémentaire de risque.**

➤ **4/ Historique (années 2000 à 2010) de la prise en compte des personnes handicapées à La Réunion**

La Réunion avant la loi 2005 ?

Certaines difficultés dans le financement des aides.

Enormément de difficultés en matière d'accessibilité et de déplacements : beaucoup de centre-ville totalement inaccessibles, aucun hôtel ou gîte accessible, peu de lieux culturels ou de musées accessibles.

La Réunion après la loi 2005 ?

Meilleure accessibilité (Saint-Denis, Saint-Pierre, Saint-Leu par exemple).

Début de l'insertion professionnelle (qui reste malheureusement cantonnée à des postes restreints et liés au monde du social et du handicap).

➤ 5/ Evolution de la situation réunionnaise concernant le handicap

Selon vous, qu'est-ce qui va changer à moyen terme ?

Une meilleure anticipation des déficiences (dépistages, campagnes de sensibilisation, accouchements plus « sûrs ») est déjà en train de se faire d'où une baisse du risque d'apparition de certains handicaps. L'accessibilité des transports (chaînes des déplacements plus respectée) devrait grandement s'améliorer également.

Qu'est-ce qui devrait changer ?

Il faudrait une compensation du handicap encore accrue, améliorée et que les revenus des personnes handicapées puissent augmenter, notamment face au prix local de la vie. La prise en charge des personnes âgées handicapées est aussi un problème nouveau, dont il faut s'inquiéter.

Vivre avec un handicap à La Réunion : entretiens

Sphère associative : associations de ou pour les personnes handicapées. Interview de personnes cadres

Propos recueillis auprès de N.THOMAS, le 28/07/2011

➤ **1/ Association**

Nom : *Saint-Paul Handisports*

Existe sur l'île depuis : *2001*

Présentation rapide de l'association : *Association d'activités sportives et de loisirs pour personnes handicapées physiques. Affiliée à la Fédération française handisport.*

Activité en grande partie tournée vers le grand handicap.

Disciplines proposées : tennis en fauteuil, activité aquatique, boccia, sarbacane, foot fauteuil électrique, activités physiques adaptés en direction des malades chroniques, sport santé. Accompagnement éducatif volet sport en direction des CLIS et ULIS, 12 h/semaine/34 semaines. Soit environ 25 heures d'activités hebdomadaires.

Rôle de l'interrogé : *président en fonction depuis : novembre 2005*

➤ **2/ Rapports avec les instances publiques et collectivités réunionnaises**

- Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'une aide financière (ou autre) des pouvoirs publics ? Lesquelles ?

Oui : municipalité de Saint-Paul (en augmentation), Département : stagne, CNDS (Etat) : finance selon les projets, en augmentation.

- Relations avec les collectivités ? (tendues ou même longueur d'onde ?) : *Difficile à dire car il y a un discours politique et consensuel et une réalité dans les actions diamétralement opposée. Je dirai donc une relation militante en ce qui me concerne. En fait, cela dépend de la sensibilité du chef de service. De la volonté d'organiser une réelle concertation.*

- Le préfet, 1^{er} représentant de l'Etat Français, a un rôle particulier dans les DOM, quel est son influence sur les problématiques du handicap sur l'île ? Ce n'est pas sa priorité. Le monde du handicap est tellement absent des débats...

➤ **3/ Votre avis sur la situation réunionnaise (2011), par rapport aux conditions de vie des personnes handicapées ?**

Les personnes sont de mieux en mieux informées de leurs droits et l'augmentation des demandes MDPH est un signal fort. Reste que le guichet unique est un siphon bouché. Si des aides à domicile sont accordées, elles sont très en deçà de ce qu'elles devraient être et ne prennent pas en compte la vie personnelle de la personne.

Financièrement, le coût de la vie étant plus élevé, les personnes seules ne joignent pas les deux bouts. Le matériel importé est beaucoup plus cher qu'en métropole, alors qu'il n'est pas taxé par l'octroi de mer..., et bénéficie d'un taux de TVA réduit. Il y a un manque d'information sur les dispositifs mis en place (transport public, télécommunication, etc). L'accès aux TIC reste difficile. Enfin, le fatalisme des personnes concernées ne fait pas avancer leur situation.

Les PMR sont facilement abusées par des prestataires peu scrupuleux (taxis qui ne mettent pas le compteur, tarifs négociés et beaucoup plus cher que le marché). A mon sens, la situation est complexe entre subir sans rien dire et avoir envie d'une vie meilleure mais « sans faire de vagues ».

- **Comment est vécu le handicap, la déficience ?** *Malgré les difficultés, de mieux en mieux parmi les plus jeunes. Ils sont plus responsabilisés et informés sur leur pathologie.*
- **Comment est vécue la maladie (espoir de guérison ou fatalité ?)** *c'est un sujet encore tabou pour beaucoup. Pour les malades, il n'y a pas d'espoir de guérison pour eux. Toutefois ils sont conscients que ce sera pour les futures générations.*
- **Evolution de la perception du handicap dans la société réunionnaise ?** *On en parle beaucoup plus. Encore trop souvent avec condescendance, misérabilisme : « les pauvres » « ils souffrent », « on leur apporte un peu de bonheur », etc...*

➤ **4/ Historique (années 2000 à 2010) de la prise en compte des personnes handicapées à La Réunion**

Je n'ai pas le recul pour en parler.

La Réunion avant la loi 2005 ? *Pas très différente d'aujourd'hui. Des valides carriéristes tiennent les rênes laissant peu de place aux personnes handicapées. Lesquelles sont bien contentes que d'autres aillent au charbon...*

La Réunion après la loi 2005 ? *On attend toujours que de réelles instances de concertation soient en place. La prise de responsabilité est à minima et il n'y a pas de place pour l'esprit militant.*

➤ **5/ Evolution de la situation (Qu'est-ce qui va changer ? /Qu'est-ce qui devrait changer ?)**

Je suis pessimiste. Il y a que trop peu d'avancées et j'ai l'impression d'un saupoudrage. Chaque commune (presque) fait sa « journée handicap » alors qu'au quotidien ça n'avance pas.

Ce qui devrait changer : *moins de professionnels dans les instances. Moins de pressions sur les associations de défense des usagers. Moins de personnes ayant des intérêts privés (ou professionnels) pour représenter les PMR. Moins de communication et plus de concret pour améliorer le quotidien (transport, loisirs, accessibilité...). Que les PMR paient de leur personne pour défendre leurs droits. La cause fini par ne plus être crédible à force de ne voir que des valides parler au nom d'autres ! RESPONSABILISATION : le combat de la décennie.*

Vivre avec un handicap à La Réunion : entretiens

Sphère institutionnelle : collectivités territoriales et/ou organismes étant confronté aux personnes handicapées comme public. Interview de personnes cadres.

➤ **1/ Collectivité ou organisme**

Nom : Territoire de la Côte Ouest

Existe sur l'île et sous cette forme depuis : 1^{er} janvier 2002

Présentation rapide : population / public, fonctions, moyens de votre service : personnel, budget (estimation = petit, moyen, confortable) :

<http://www.tco.re>

Rôle de l'interrogé : Fabien Cocâtre
2003

en fonction depuis :

➤ **2/ Rapports avec le public ou d'autres instances et organismes**

- **Comment prenez-vous en compte le public handicapé ? (politique globale, voir 4/ également)**

La Charte Marianne est appliquée au TCO. L'accueil du public handicapé est donc pris en compte. On note que le siège fera l'objet d'une réhabilitation à l'occasion de laquelle l'accessibilité sera améliorée.

- **Coopération avec d'autres collectivités (ou organismes) ?**

Oui, à travers notamment la CIAPH qui associe de multiples organismes.

➤ **3/ Votre avis sur la situation réunionnaise (2011), par rapport à l'image qu'ont les pouvoirs publics des personnes handicapées**

- **Comment est perçu le handicap, la déficience, en général dans les collectivités réunionnaises ? (un problème épineux ou un public comme un autre ?)**

- **Quelle a été l'évolution de la perception du handicap dans votre collectivité / organisme ?**

La loi Handicap de février 2005 s'est mise en œuvre progressivement.

La contribution des associations, à travers l'élaboration du Schéma directeur d'accessibilité puis de la CIAPH, a permis de prendre conscience des enjeux et d'aboutir peu à peu à des projets concrets.

Les élus communautaires ont accompagné cette évolution et sont aujourd'hui largement sensibilisés aux enjeux de la problématique accessibilité.

Notons qu'on parle ici principalement d' « accessibilité » et non de « handicap », ce dernier terme couvrant des sujets beaucoup plus vastes.

➤ **4/ Historique (années 2000 à 2010) de la prise en compte des personnes handicapées dans votre collectivité / organisme (et plus précisément dans votre service)**

- **Avant la loi 2005 ?**

Faible prise en considération ; peu d'actions spécifiques.

- **Après la loi 2005 ?**

Prise de conscience soutenue avec l'élaboration du Schéma directeur d'accessibilité du système de transports collectifs.

➤ **5/ Evolution future de la situation (Qu'est-ce qui va changer ? / Qu'est-ce qu'il faudrait changer ? / Marge de manœuvre ?)**

- **Réponse libre :**

Vivre avec un handicap à La Réunion : entretiens

Sphère institutionnelle : collectivités territoriales et/ou organismes étant confronté aux personnes handicapées comme public. Interview de personnes cadres.

➤ **1/ Collectivité ou organisme**

Nom : COMMUNAUTE INTERCOMMUNALE REUNION EST (CIREST)

Existe sur l'île et sous cette forme depuis :

- *Communauté de commune depuis décembre 1996*
- *Communauté d'Agglomération depuis janvier 2002*

Présentation rapide : population / public, fonctions, moyens de votre service : personnel, budget (estimation = petit, moyen, confortable) : (cf doc ci-joint)

Rôle de l'interrogé : *Jean MASSIP, Directeur de l'Aménagement de l'Espace en fonction depuis : 1999*

➤ **2/ Rapports avec le public ou d'autres instances et organismes**

- **Comment prenez-vous en compte le public handicapé ? (politique globale, voir 4/ également)**

Dans le cadre des missions du service Aménagement :

- *mise en place et animation de la CIAPH (Commission Intercommunale d'Accessibilité des personnes Handicapées) et des sous-commissions thématiques (Déplacements, voirie/espace public, ERP, Logements, Aménagements touristiques des sites naturels).*
- *Elaboration et mise en œuvre du Schéma Directeur d'Accessibilité (SDA) des Transports Collectifs. Etude confiée à MSR en 2009.*

- **Coopération avec d'autres collectivités (ou organismes) ?**

Département, Communes membres, DEAL, Associations, ONF, PNR, ...

➤ **3/ Votre avis sur la situation réunionnaise (2011), par rapport à l'image qu'ont les pouvoirs publics des personnes handicapées**

- **Comment est perçu le handicap, la déficience, en général dans les collectivités réunionnaises ? (un problème épineux ou un public comme un autre ?)**

La perception du handicap en collectivité est récente et la proportion de personnes à mobilité réduite sur des postes en collectivité demeure très faible. Ce public n'est pas perçu comme « à part ». IL est employé le plus souvent sur des fonctions administratives ou à des postes adaptés au handicap qui peut être très variable.

- **Quelle a été l'évolution de la perception du handicap dans votre collectivité / organisme ?**

L'évolution de la perception a été surtout perceptible avec la promulgation de la Loi Handicap.

- **4/ Historique (années 2000 à 2010) de la prise en compte des personnes handicapées dans votre collectivité / organisme (et plus précisément dans votre service)**

- **Avant la loi 2005 ?**

Recensement des personnes handicapées au sein de la CIREST

- **Après la loi 2005 ?**

Prise de conscience de la loi de 2005. Recrutement de personnes à mobilité réduite à la Régie des Transports de l'Est (RTE) avec adaptation au poste. La CIREST tente d'atteindre les 6% d'effectifs de sa masse salariale correspondant à des PMR afin d'être exonérée de la contribution à verser en compensation. Actuellement (2011) il y a seulement 2,6% d'agents à mobilité réduite au sein de la CIREST (contribution versée en 2011 : 14 176€).

- **5/ Evolution future de la situation (Qu'est-ce qui va changer ? /Qu'est-ce qu'il faudrait changer ? / Marge de manœuvre ?)**

- **Réponse libre :**

L'aménagement progressif des ERP, de la voirie et des espaces publics ainsi que les infrastructures de transports.

Au niveau de la CIREST le nouveau siège social de la collectivité est en construction sur la ZI3 de Bras-Fusil et devrait être livré mi 2012. Le bâtiment sera bien sûr complètement accessible aux PMR. Actuellement la CIREST/RTE est éclaté sur 4 sites dont aucun n'est accessible et n'a fait l'objet d'aménagement (locations de bâtiments privés) – cf. plan de localisation joint :

- 1) *Le siège administratif (26b résidence le Manchy) est situé au 3e étage sans ascenseur d'une opération de logements sociaux réalisée par la SEMAC et transformée en bureaux pour les services de la SEM et dont la CIREST loue le dernier étage.*
- 2) *Les services Environnement et Travaux sont situés 100m plus haut dans la même rue dans une maison individuelle de 500 m2 à R+1 (site Villanelle).*
- 3) *Les services Aménagement, Développement Economique, Tourisme, Sport et Culture situés 52 avenue Georges Pompidou dans deux appartements transformés en bureaux, au 1^{er} étage sans ascenseur.*
- 4) *Enfin la régie des Transports de l'Est est situé dans l'immeuble Fragrance de la SIDR face à la gare routière de Saint-Benoît, dans des locaux en RDC (accessibles) et au 1^{er} étage.*

ANNEXE 2

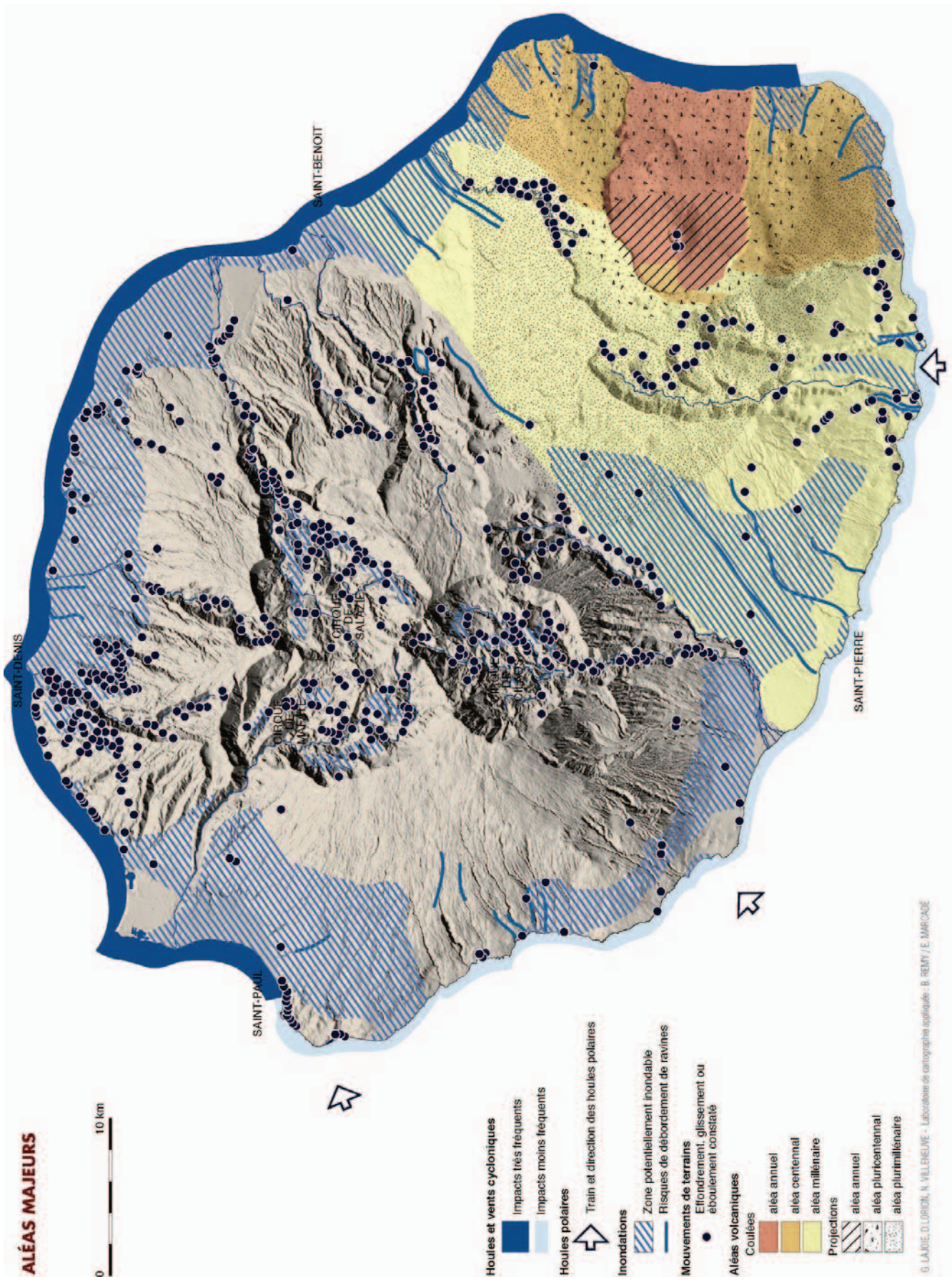
Cartes et études

LES PENTES



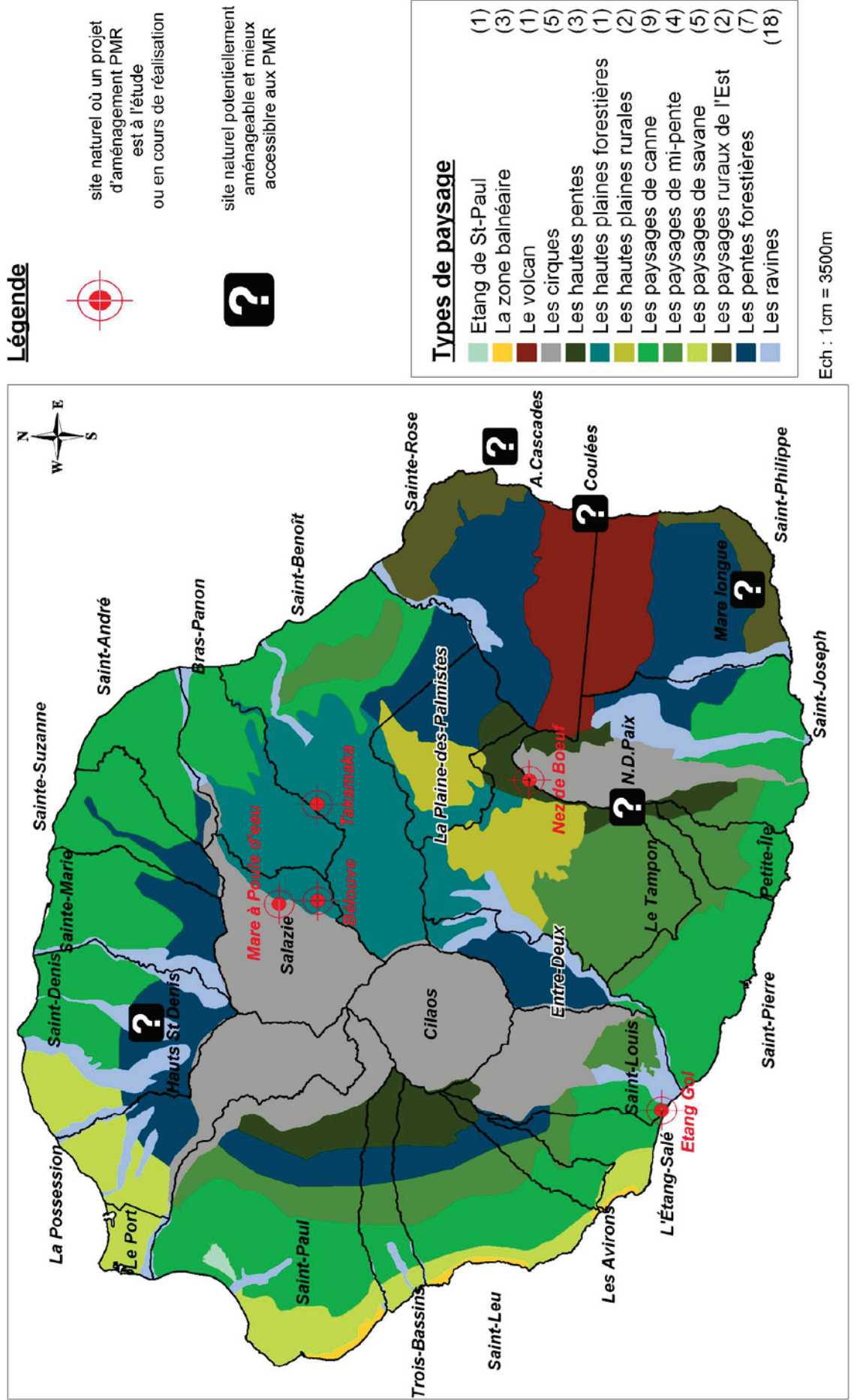
LES PENTES

- Pente inférieure à 7%
- Pente comprise entre 7% et 18%
- Pente comprise entre 18% et 30%
- Pente comprise entre 30% et 65%
- Pente supérieure à 65%



G. LAURIE, D. LORION, N. VALLEIGNE - Laboratoire de cartographie appliquée - B. REMY / E. MARCADE

Aménagements PMR à la Réunion : sites naturels potentiels et projets en cours



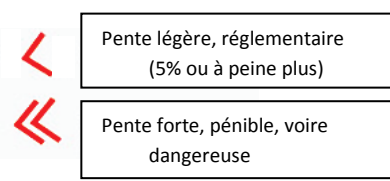
Spatiocartes d'accessibilité – Cahier des charges

Le but de l'opération est de produire un document pour chaque fiche diagnostic de façon à représenter et spatialiser (en partie) les informations de ces fiches. Tous les sites des fiches sont concernés, sauf Maison Folio (privé et trop petit), Pas de Bellecombe (a été réaménagé) et Forêt de Bélouve (aménagement en cours), soit 9 cartes à produire.

Ces « spatiocartes » doivent refléter le niveau d'accessibilité (pour handicap moteur et visuel surtout) par une sémiologie graphique spécifique, superposée sur des vues aériennes des sites (ortho 2008). Reste à voir à quelle échelle et si d'autres fonds cartographiques (BD Topo par exemple) seraient utiles. Au final ces « spatiocartes » devraient beaucoup ressembler au prototype de l'IGN (voir doc joint intitulé *Handi_fini* dans dossier *Références*).

Sémiologie graphique à réaliser

- **Emprise foncière du site** (linéaire ou polygone)
 - Emprise cadastrale (si intérêt et plutôt en zone urbaine ou semi-urbaine : Jardin Etat par exemple)
 - Clôtures ou enceintes
- **Voies** (linéaire)
 - Voies d'accès (piétons ou voitures, transports à disposition) et parking (places réservées ?)
 - Voies et chemins du site (dans le périmètre) → **reprise IGN**
- **Sols** (surfacique / polygones)
 - Types de revêtement (béton, bitume, graviers/scories, terre, gazon...etc.)
 - Dureté du sol (dur, meuble, compact...etc.)
 - État (terrain accidenté, très accidenté ou défoncé, neuf : bitume récent...etc.)
- **Pentes** (indications superposées au linéaire des voies) → **reprise IGN**
 - Déclivités
 - Dévers
- **Obstacles particuliers** (ponctuel ou polygones)
- **Equipements adaptés, ou non** (pictogrammes)
 - WC adaptés, plans inclinés, aires de pique-nique, etc.



ANNEXE 3

Presse

« Dans l'eau, on est en apesanteur »



« Dans l'eau, le sentiment de liberté est démultiplié », explique Alain Greveldeinger. (Photo DR)

« Quand je plonge avec un handicapé, il devient un plongeur comme les autres », rapporte Alain Greveldeinger. Le responsable de l'association en cours de création, Handi-plongée Réunion, sait de quoi il parle. Formé à la Comex il y a quarante ans, ce papa d'une jeune fille devenue championne de natation en commençant par la piscine de rééducation a de l'expérience.

« Les handicapés doivent avoir si possible les mêmes loisirs que les valides », dit-il. Beaucoup d'entre eux savent nager, fut-ce avec les bras seulement, et peuvent évoluer dans l'eau moyennant un équipement adapté.

Des blocs ultralégers en carbone, des combinaisons coupées spécialement pour que le plongeur puisse s'habiller tout seul - « c'est important pour le respect », précise Alain Greveldeinger

, des toboggans de mise à l'eau, et des moniteurs dans beaucoup de clubs qui ont déjà suivi des formations, rien ne dit que la mobilité réduite sur terre le sera aussi dans l'eau.

« Le sentiment de liberté que l'on éprouve dans l'eau est démultiplié quand on est handicapé. Cette sensation d'apesanteur, l'émerveillement de la découverte du milieu marin, tout prend plus de valeur », soutient le plongeur.

Bientôt, son association recevra régulièrement les candidats au grand bleu. Des candidats qui devront passer d'abord par un entraînement en piscine, les créneaux horaires à Saint-Pierre sont en cours de négociation.

« J'ai emmené des sourds en plongée, raconte Alain Greveldeinger. Et là, c'est le moniteur qui est handicapé. »

PHN

LOISIRS DE PLEINE NATURE POUR UNE RÉUNION « HANDI-FRIENDLY »

L'île intense avec ou sans handicap

La plupart des sports et des loisirs de pleine nature sont aujourd'hui accessibles aux personnes porteuses de handicap. Une association pour le sport, la culture et l'accessibilité (SCA) vient de voir le jour. Elle veut mutualiser les moyens des professionnels et être force de proposition.

Saint-Leu aurait dû accueillir hier la cinquième journée du handicap. Un événement reporté à cause de la houle. On aurait pu, si les conditions météo avaient été clémentes nager, faire du vélo, de l'escalade, découvrir la plage et l'activité kayak, jouer au tennis... Tout ça réservé à qui d'habitude se sent exclu de ces joies à cause d'incapacités physiques. Des activités qui favorisent convivialité, rencontres et sport, mais dont toute une partie de la population se sent exclue.

2015, l'accessibilité à tous doit être assurée dans tous les lieux qui accueillent du public. Et aujourd'hui, plus encore que les pouvoirs publics, c'est le monde du loisir sportif et de plein air qui fait preuve d'initiatives et de bonne volonté. Les activités de mer et de montagne sont ouvertes à tous.

Dorénavant, les clubs de sport et nombre d'associations permettent aux handicapés de pratiquer plongée sous-marine, escalade, parapente, voile ou randonnée. L'accès à toutes ces activités n'est pas toujours facile pour les personnes non valides. Pourtant, on peut se demander de quel handicap souffre un sourd en plongée sous-marine, ou un tétraplégique dans un kayak. Moyennant bien souvent très

peu d'adaptation, les structures d'accueil s'ouvrent à cette clientèle pas si différente. Un certain nombre de ces professionnels du loisir, las de travailler chacun dans leur coin, se sont regroupés il y a trois mois au sein de l'association SCA (Sport Culture et accessibilité), une façon de mutualiser les moyens, d'acquiescir de la visibilité et de mieux se faire entendre des pouvoirs publics.

« Nous avons décidé de monter ce qui existe à La Réunion, de répertorier les activités accessibles, de regrouper les professionnels qui ont les compétences », explique Christophe Ortega, l'un des initiateurs de SCA et patron d'Aquasens à Saint-Leu. « La mayonnaise prend bien », ajoute celui qui est aussi éducateur spécialisé.

Outre les activités nautiques, tel le kayak de mer, SCA compte parmi ses adhérents des structures qui proposent du vélo cou-



sur un pied d'égalité »



Le Neo 495, avec ses commandes sur piano et sa barre joystick, peut être manœuvré par les valides comme par les handicapés. (Photo Paul Conan)

Depuis déjà presque deux ans, deux bateaux emmènent les marins à mobilité réduite naviguer depuis la base nautique des Mascareignes du Port grâce à l'association « On dit... cap au large ». « On dit » - jeu de mot pour ne pas dire « handi » -, mais on fait aussi. Eric Juguet raconte l'aventure.

Porteur du projet avec Brice Ramdhany, l'un de ses patients motivé par la voile, le kiné du centre de rééducation Ylang-Ylang et celui qui est devenu son ami ont réussi après deux ans d'efforts à concrétiser leur rêve. Acquis deux bateaux sur lesquels quelques valides et non-valides sont à égalité, deux petits quillards de sport, des Neo 495. « Il suffit d'une pince pouce-index pour les barrer », affirme Eric Juguet qui ajoute que « la pratique est adaptée à tous types de handicap ; il y a toujours moyen de faire quelque chose sur le bateau ».

L'autre volet du projet vient de

voir le jour. Il s'agit d'utiliser ces bateaux à un usage de rééducation. « Une sortie en mer vaut bien en termes d'activité physique une ou deux séances du kiné, explique Eric Juguet. Sans compter l'aspect neuropsychique : sur le bateau, il faut gérer plusieurs choses en même temps. En outre, ça permet à la personne en rééducation de se rendre compte qu'elle peut réaliser des choses, qu'elle peut avoir des activités avec des valides. C'est important sur le plan psychologique. »

Car la rééducation après un accident grave qui vous cloue sur un fauteuil contient un important aspect psychologique. « Il faut faire un travail de deuil pour accepter son handicap, explique le kiné. Et quitter son fauteuil pour monter sur le bateau, c'est déjà avoir un pied à l'étrier, sortir du centre de rééducation, redécouvrir qu'il y a des choses à faire dehors », affirme le thérapeute.

PhN

tures sont inadaptées, ou pas suffisamment bien adaptées. En

Un tiralo, engin amphibie, roule sur le sable et flotte dans l'eau. Idéal pour la plage. (Photo DR)

En parapente dans un fauteuil

Dès cette semaine, les handicapés auront la possibilité de se joindre au ballet aérien des parapentes au-dessus des Colimaçons. « On en est à la première phase, celle de la prise de connaissance du matériel », nous montrait Michel Vaudeville lundi dernier. « La ligue et ses licenciés ont la volonté d'ouvrir la pratique du parapente aux handicapés, grâce à l'acquisition de fauteuils nouvelle génération », affirme le représentant de la ligue de parapente.

Jean-Jacques Doucet, l'un des

pionniers du parapente à La Réunion, est de retour dans l'île pour animer une session de formation avec ses anciens collègues, certains d'anciens élèves. Tous sont des professionnels bipolaires (ils dirigent un parapente à deux places) et désirent voler avec des handicapés.

« Les personnes en fauteuil peuvent même voler seules avec ce fauteuil », désigne le moniteur. « C'est une porte de liberté en plus. C'est important d'avoir le choix. Le même choix que pour tout le monde », ajoute

Jean-Jacques Doucet. Il raconte ses premiers vols avec un handicapé. « Jean Palmarini (aujourd'hui président de Handicar Réunion) m'avait contacté, il y a 15 ans, pour que je l'emmené. Il avait fabriqué un fauteuil. Je pensais que c'était impossible et j'ai cassé le fauteuil, pas très bien conçu d'ailleurs. »

« Il est revenu à la charge deux semaines plus tard avec un nouveau fauteuil de sa conception. Là, j'ai bien été obligé, après des modifications mineures, de me plier à sa volonté.

C'était le premier handicapé en France et sans doute en Europe à voler. En rentrant en France, j'ai créé Handicar France et c'est de là que tout est parti », se souvient Jean-Jacques Doucet.

Jusqu'à présent, pour faire voler un handicapé il fallait le porter au décollage (Ndr : il faut courir pour gonfler la voile). Le nouveau chariot va sans doute apporter un progrès et faciliter la pratique aux handicapés, mais aussi aux personnes âgées. « C'est du matériel qui progresse depuis une dizaine d'années. Ce fauteuil, d'une vingtaine de kilos, permet au pilote de placer ses jambes », explique le parapentiste.

Après plusieurs exercices de décollage, Eric, l'un des stagiaires, s'élanche. « Il n'est pas à l'aise, c'est délicat la première fois, il peut manger à l'atterrissage, avoir un problème au décollage », explique son collègue. Mais les deux premiers vols se feront sans encombre. Grâce à la maîtrise des pilotes. « Jimmy est un super bon pilote. Je suis vraiment fier des progrès qu'il a réalisés depuis que je suis parti », se félicite celui qui fut son professeur. « C'était bizarre sur le gonflage, les sensations sont différentes », témoigne l'élève sur la plage de Saint-Leu, quelques minutes plus tard.

Fort de leur nouvelle qualification, ce sont aujourd'hui quinze pilotes qui peuvent proposer des vols aux personnes non valides à La Réunion.

PhN



Les professionnels du parapente biplace (ici Jean-Jacques Doucet, l'un des pionniers du parapente à La Réunion) se sont formés la semaine dernière pour manœuvrer un fauteuil spécialement conçu pour les personnes à mobilité réduite. (Photo PhN)

RunHandiMove cherche bonnes volontés



Avec la joëlette, on va partout. (Photo Emmanuel Grandin)

« Pour beaucoup d'handicapés, nous sommes une seconde famille », explique Gilles Dubesset, président de RunHandiMove. Randonnées, tyrolienne, participation aux courses de montagne, de plat ou de triathlon, ou même simple pique-nique, l'association vise à faire profiter des activités de plein air les « personnes autrement capables ».

« Nous partageons les loisirs de personnes handicapées », résume les membres de RunHandiMove. Pour cela, l'association a

besoin de monde. Il faut une dizaine de porteurs par joëlette pour assurer une randonnée comme la Nouvelle. Et les bonnes volontés ne sont pas assez nombreuses. « Nous essayons d'alléger la charge des parents qui, même de meilleure volonté, souffrent du poids qu'un enfant handicapé représente jusque dans leur chair (Ndlr : beaucoup par exemple ont mal au dos d'avoir à porter leur enfant). Pour participer, on peut appeler le 0692 87 49 16.

PHN

« Pour être bien dans ma peau »



Cette place de parking, au départ des parapentes à Saint-Leu, sera bientôt occupée par qui de droit. Les sports autrefois appelés extrêmes s'ouvrent aux personnes porteuses de handicap. (Photo PHN)

une force de proposition pour les aménagements, voudrait insuffler des initiatives de gîtes ou d'hébergement, régler les problèmes d'adaptabilité du matériel.

« Il faut sortir (les handicapés) de l'activité bouchon-gratiné des structures médico-sociales », soutient Christophe Ortéga.

L'enjeu est également économique et touristique. « Nous nous sommes rendu compte que les chèques passe-loisir dorment au fond des tiroirs », remarque le patron d'Aquasens. Les handicapés veulent aussi avoir des vacances comme tout le monde et La Réunion peut leur en proposer. « On peut très bien

imaginer que des sportifs handicapés de haut niveau, par exemple une équipe de basket, aient envie de venir préparer une compétition chez nous. Et il n'y a rien qui puisse les accueillir », affirme Christophe Ortéga.

L'île Intense devrait l'être pour tous les types de publics. Et maintenant que les activités de loisir existent, La Réunion pourrait facilement devenir « handi-friendly », comme le voudraient les membres de l'association SCA. A condition d'un peu plus de volonté politique et de réels investissements en matière d'hébergement, domaine où rien ou presque n'existe.

Philippe NANPON

GROS PLAN

LE PASS LOISIRS. Depuis 2003, le conseil général de La Réunion offre aux allocataires d'une pension d'invalidité la possibilité d'accéder aux activités culturelles et de loisirs grâce aux Pass loisirs. Chaque allocataire reçoit ainsi en appelant le numéro vert 0 800 008 952 des chèques pour une valeur totale de 270 € à utiliser auprès des prestataires qui acceptent ce mode de paiement.

LES NUMÉROS UTILES. SCA (sport culture et accessibilité) : 0692 200 903 ; Run Handi Move : 0692 87 49 16 ; Handi plongée : 0692 69 94 36 ; Handi surf : 0692 64 45 14 ; base nautique des Mascareignes (On dit... voile) : 0262 55 18 35 ; 7 à l'Ouest (escalade) : 0692 31 53 53 ; Dojo Club de Saint-Leu : 0692 02 51 35 ; Handitennis : 0692 71 89 57 ; ass. handisport de Saint-Paul : 0692 61 25 68 ; comité régional handisport : 0262 41 84 21.

Randonnée, canyon, parapente... Nelsy veut tout essayer

Nelsy est une aventurière. Elle veut découvrir le monde, son île, et aller dans tous les endroits dont elle entend parler. Est-ce en réaction à son handicap, une maladie génétique (invalidité motrice cérébrale) qui la cloue sur son fauteuil ? Est-ce la curiosité naturelle d'une adolescente de 16 ans ? Est-ce tout simplement dans son tempérament ? Quoi qu'il en soit, malgré les difficultés, cette bonne élève de troisième veut tout essayer.

Depuis trois ans, elle fait de

la randonnée grâce à RunHandiMove et ses joëlettes. A l'époque, sa soif d'évasion, elle devait la vivre par procuration. La collégienne vivait l'aven-ture, chez elle, à travers la lecture et le cinéma.

En 2008 et en 2009, elle a même participé au Grand Raid. « On en a fait un bout, dans la plaine d'Affouches », dit-elle encore. Avant de raconter son expérience de canyoning, à Cilaos : « On a eu peur. Le canyon était fini, on attendait pour remonter quand il a commencé à pleuvoir. Un vrai déluge. Ça a été la panique pour sortir tout le monde du lit de la rivière ; puis il a fallu attendre des

heures que le niveau de l'eau dans la rivière baisse pour envisager le retour ».

Sa mère, Corine, totalement investie pour le bonheur de sa fille, avoue que « rien de tout cela ne serait possible sans toutes ces bonnes volontés » que sont les associations comme Handicanyon ou RunHandiMove. Comme sa fille, Corine réalise que les mentalités évoluent. De plus en plus de professionnels du loisir sont formés aux problématiques du handicap, et le grand public respecte un peu plus les personnes handicapées. « Ça vient, ça change », pense Nelsy. « Les gens commencent à comprendre petit à petit ; mais à mon avis, il faudra des années », ajoute l'adolescente, songeuse. « Dès qu'on sort, tout est compliqué. Toute seule, je n'y arrive pas, à cause des voitures dans le passage, des marches, des plots sur les trottoirs. Même les toilettes sont un problème, comme celles de l'aquarium, pourtant aux normes, mais dont la porte ne ferme pas s'il y a un fauteuil dedans », regrette Nelsy.

Une heure avant notre entretien, Nelsy était encore dans les nuages, en ULM. Son projet : « Faire du parapente ». Ça tombe bien, c'est possible depuis ce lundi. Quand on vous dit que les choses avan-cent.

PHN



« J'ai besoin de faire du bien aux gens pour être bien dans ma peau », explique Bruno Valverde. (Photo DR)

Depuis 2004, Bruno Valverde emmène sur sa planche de surf des handicapés. Parfois très lourds. « J'ai besoin de faire du bien aux gens pour être bien dans ma peau », annonce simplement le surfeur originaire du Sud-Ouest. Son association Handisurf a reçu la médaille d'or du nombre de pratiquants en 2005. « On a fait surfer 200 à 300 personnes sur une journée », raconte-t-il.

Le patron de la plus grosse école de l'île, E3SC (Etang-Salé surf et skate club), avec son matériel adapté (un tiralo et un stand up paddleboard qui remplace l'antique plégiboard), étudie toutes les adaptations possibles de l'espace et du matériel.

« On essaye de proposer un maximum d'activités, pour un maximum de monde avec un maximum d'équipements », explique le passionné. Tapis d'accès à la plage pour les fauteuils, toilettes, places de parking, rien n'est simple et rien n'est laissé au hasard. « Tous les jeunes du club participent », se félicite-t-il, avant d'ajouter : « Il n'y a pas de raison de faire de différence. Par exemple, Kévin est paraplégique et

il bat son frère jumeau valide à la nage ».

La demande est énorme. Bruno Valverde se souvient d'une intervention qu'il a réalisée à l'institut du Père-Favron pour présenter l'activité surf. « Ils étaient 80 handicapés dans la salle », s'amuse-t-il. « Il n'y a que les épileptiques que je ne peux pas emmener », ajoute-t-il avec regret.

Bruno fourmille de projets : du surf-thérapie pour les autistes comme ça se fait en Amérique, faire participer son public handicapé à des activités de protection du lagon, les faire s'investir dans la défense de l'environnement... « Toutes ces activités participent à leur rééducation. Marcher dans le sable, évoluer dans l'eau... comme s'investir dans la société », argumente-t-il.

Son regard pétillant quand il évoque Cécile Grainville, la cousine du champion, myopathe, et qui ne raterait pour rien au monde sa session hebdomadaire, malgré la fatigue, la douleur : « J'ai mis souvent de ma poche, mais la joie de Cécile, ça n'a pas de prix ».

PHN



Nelsy, brillante élève de troisième, veut vivre totalement l'île Intense. (Photo DR)

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages, thèses et mémoires

- AUGUSTIN** (J.-P.), et al., 2008, *Géographie des sports en France*, éd. Vuibert, Paris, 192p.
- BARRAL** (C.), **PATERSON** (F.), **STIKER** (H.-J.) et **CHAUVIÈRE** (M.), 2000, *L'institution du handicap, le rôle des associations*, Presses Universitaires de Rennes, 415p.
- BLANC** (A.), 2006, *Le Handicap ou le désordre des apparences*, collection Sociétales, éd. Armand Colin, Paris, 255p.
- BODIN** (F.), 1999, *Handicaps et sociétés, l'aménagement de l'espace comme concept d'intégration*, Thèse de géographie, Université de Caen, 519p.
- BODIN** (F.), 2005, Handicaps, aménagements durables et urbanisme, Vers un bien-être accessible à tous ?, in : **FLEURET** (S.) (Dir.), *Peut-on prétendre à des espaces de qualité et de bien-être ?*, Actes du colloque international des 23-24 septembre 2004, Angers, Presse de l'Université d'Angers, pp. 177-186.
- BORILLO** (D.), 2003, *Lutter contre les discriminations. Handicap et discriminations : genèse des ambiguïtés d'une inflexion de l'action publique*, éd. La Découverte, 208p.
- BOURDEAU** (Ph.), **MAO** (P.), 2002, Les nouveaux espaces des pratiques sportives de montagne et de nature, in : *Les espaces sportifs innovants*, pp. 83-122, PUS, Voiron.
- BOURDIEU** (P.), 2001, *Contre-feux 2 : pour un mouvement social européen*, p16, éd. Raisons d'agir, Paris, 108 p.
- DEJOUX** (V.), 2010, *Situation de handicap lors des déplacements : caractéristiques individuelles, pratiques de mobilité, environnement physique et social*, Thèse de Doctorat en démographie sous la direction de **LAMY** (M.), Université Paris I.
- DEMANGEON** (M.), 1997, *Insertion et égalisation des chances des personnes handicapées*, rapport de DEA Droits de l'homme et libertés publiques, Paris X Nanterre, 35p.
- DI MEO** (G.), 1998, *Géographie sociale et territoire*, éd. Nathan, Paris, 317p.
- DURKHEIM** (E.), 1895, Qu'est ce qu'un fait social ? in : *Les règles de la méthode sociologique* (Chapitre 1), éd. Flammarion (réédition 1999), Paris, 254p.
- CHAUDET** (B.), 2009, *Handicaps, vieillissement et accessibilité. Quelques exemples en France et au Québec*, Thèse de Doctorat, sous la direction de **PIHET** (C.), UMR ESO 6590 / Centre Angevin de Recherche sur le Territoire et l'Aménagement, Université d'Angers.
- CHEVALLIER** (J.), 2003, Lutte contre les discriminations et Etat-providence, in : *Lutter contre les discriminations*, ouvrage collectif sous la direction de **BORILLO** (D.), éd. La Découverte, collection « Recherches », Paris, 202 p.

- COMPTE (R.)**, 1999, *La Figure du handicap, analyse d'une construction sociale et politique*, Thèse de Doctorat en sociologie, Université Montpellier III.
- DORIGUZZI (P.)**, HUARD (P.), 1994, *L'histoire politique du handicap : de l'infirmes au travailleur handicapé*, éd. L'harmattan, 223p.
- DUMAZEDIER (J.)**, 1962, *Vers une civilisation du loisir ?*, éd. Seuil, Paris.
- DUMAZEDIER (J.)**, 1974, *Sociologie empirique du loisir*, éd. Seuil, Paris.
- ENJALBERT (M.)**, PAILLER (D.), BERNARD (P.L.) et PIERA (J.B.) 1999, *Sport et handicap moteur*, éd. Masson, 232p.
- FOUCAULT (M.)**, 1972, *Histoire de la folie à l'âge classique. Folie et déraison*, éd. Gallimard, coll. « Tel », Paris, 2nd édition, 583p.
- FOUCAULT (M.)**, 1975, *Surveiller et punir*, éd. Gallimard, 360p.
- FOUCAULT (M.)**, 1975, *Les anormaux. Cours au collège de France*, Paris, Seuil, 351p.
- 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.
- GALDI (B.)**, 2008, *L'accessibilité tous publics des espaces naturels*, mémoire de fin d'études, ENGREF, section Forêt, Nature et Société, 215p.
- GLEESON (B.)**, 1999, *Geography of disability*, New York, Routledge, 242p.
- GOFFMAN (E.)**, 1968 (éd. française), *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Les Éditions de Minuit, Paris, 452p.
- GOFFMAN (E.)**, 1964 (trad. 1975), *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Éditions de Minuit, 180p.
- GUILTAT (S.)**, 2011, *Le territoire de la côte Ouest de La Réunion face au développement des sports aquatiques et nautiques*, Thèse de Doctorat sous la direction de BESSY (O.), STAPS - Université de La Réunion.
- HALL (P.)**, 2001, *Inclusive design, designing and developping accessible environments*, New York, éd. Spon, 180p.
- HAMONET (C.)**, JOUVENCEL (M.), 2005, *Handicap : des mots pour le dire, des idées pour agir*, Connaissances et savoir, Paris, 170p.
- HAMONET (C.)**, 2006, *Les personnes en situation de handicap*, Que sais-je ? n°2556, PUF, Paris, 128p.
- HEYRMAN (E.)**, 2002, *Les personnes à mobilité réduite : vers une mise en accessibilité globale des projets d'aménagement publics ? L'exemple lyonnais*, Mémoire de travail de fin d'études, École Nationale des Travaux Publics de l'Etat, Vaulx-en-Velin.
- HUGUES (J-F.)**, 1998, *Déficiences visuelles et urbanisme*, éd. J. Lanore, 159p.

- LAHARIE** (M.), 1995, *Les infirmes au Moyen Âge (XIe – Xve siècles). Approche iconographique*, in : GUYOTJEANNIN (O.), *Population et démographie au Moyen Âge*, CTHS, 348p.
- LARROUY**, (M.), 2007, *L'invention de l'accessibilité. Des politiques de transport des personnes handicapées aux politiques d'accessibilité des transports urbains de voyageurs en France de 1975 à 2005*, Thèse de Doctorat de sociologie, sous la direction de PIOTET (F.), Université Paris I – Panthéon – Sorbonne, Laboratoire Georges Friedmann, UMR 8593.
- LINTON** (S.), 1998, *Claiming Disability : Knowledge and Identity*, New York University Press.
- MICHEL** (C.), 2003, *L'accès du public aux espaces naturels, agricoles et forestiers et l'exercice du droit de propriété : des équilibres à gérer*, Thèse de Doctorat en Sciences de l'environnement, sous la direction de MERMET (L.), ENGREF.
- MIGNOT** (D.), ROSALES-MONTANO (S.), 2006, *Vers un droit à la mobilité pour tous. Inégalités, territoires et vie quotidienne*, La documentation française, Paris, 97p.
- MORVAN** (J.S) et PAICHELER (H.), 1990, *Représentations et handicaps : vers une clarification des concepts et des méthodes*, CTNERHI, 151p.
- MURPHY** (R.), 1993, *Vivre à corps perdu*, éd. Presses Pocket, Paris.
- MUS** (M.), 2010, *Populations déficientes, territoires en mutation : de nouvelles dynamiques spatiales ?*, Thèse de Doctorat, sous la direction de STECK (B.) et BODIN (F.), UMR Idées / CIRTAI, Université du Havre.
- NUSS** (M.), 2011, *L'identité de la personne handicapée*, Collection Action sociale, éd. Dunod, 224p.
- PIERRON** (J.), 1987, *L'accessibilité, clé de la communication pour les handicapés dans la vie quotidienne*, Thèse de Doctorat sous la dir. de THOMAS (F.), Université de Saint-Etienne.
- PLAISANCE** (E.), 2009, *Autrement capables : école, emploi, société: pour l'inclusion des personnes handicapées*, éd. Autrement, coll. Mutations, 205p.
- POIZAT** (D.), 2009, *Le handicap dans le monde*, éd. Erès, coll. Connaissances de la diversité, 215 p.
- ABISCHONG** (P.), 2008, *Le handicap, Que sais-je ? n°3638*, PUF, Paris, 128p.
- RAVAUD** (J-F.), 2001, *Vers un modèle social du handicap: l'influence des organisations internationales et des mouvements de personnes handicapées*, pp. 55-68, In : DE RIEDMATTEN (R.), *Une nouvelle approche de la différence : comment repenser le « handicap »*, éd. Médecine et Hygiène, Collection Cahiers médico-sociaux, 313p.
- RAWLS** (J.), 1987, *Théorie de la justice*, édition française traduite de l'américain, éd. Le Seuil, Collection La couleur des idées, Paris, 666 p.
- RENARD** (M.), 1999, *Les sourds dans la ville : surdités et accessibilités*, éd. ARDDS.

- ROSSINOT (A.), MASSIMI (JR.), DILOISY (D.), VOILEAU (A.), COUYBES (M.),** *Guide du handicap à l'usage des collectivités territoriales*, CNFPT, coll. Être - Handicap information, 134 p.
- ROUSSEAU (J.),** 1994, La personne en situation de handicap : réflexion sur l'accessibilité environnementale, in : DORÉ (S.) (dir.), *Élargir les horizons : perspectives scientifiques sur l'intégration sociale*, éd. Multimondes ; Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec ; Paris, Ibis Press, pp. 849-855.
- SANCHEZ (J.),** 1989, *L'accessibilité comme support concret et symbolique de l'intégration*, CTNERHI, 175p.
- SAUSSE (S.),** 2001, *D'Oedipe à Frankenstein, figures du handicap*, éd. Desclée de Brouwer, coll. Handicaps, 207p.
- SCRUTON (J.),** 1998, *Stoke Mandeville: Road to the Paralympics*, éd. Peterhouse Press, 384p.
- SEN (A.),** 2010, *L'idée de justice*, éd. Flammarion, Paris.
- STASZAK (J-F.) et al.,** 2001, *Géographie anglo-saxonnes. Tendances contemporaines*, éd. Belin, Mappemonde, Paris, 311p.
- STIKER (H-J.),** 1982, *Corps infirmes et sociétés*, éd. Aubier-Montaigne, Paris, 252p.
- STIKER (H-J.),** 1996, Handicap et exclusion. La construction sociale du handicap, pp311-320, in : PAUGAM (S.), *L'exclusion, l'état des savoirs*, éd. La Découverte, 582p.
- STIKER (H-J.),** 2000, *Pour le débat démocratique : la question du handicap*, CTNERHI, 149p.
- STIKER (H-J.),** 2002, Aspects socio-historiques du handicap moteur, in : APF, *Déficiences motrices et situations de handicaps*, éd. APF, 504p.
- 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*, éd. du Seuil, 442p.
- STIKER (H-J.),** 2009, *Les métamorphoses du handicap de 1970 à nos jours : soi-même, avec les autres*, Presse Universitaire de Grenoble, coll. Handicap vieillissement société, 262 p.
- TENON (J.),** 1788, *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, Imprimés par ordre du roi, 472p.
- TRIOMPHE (A.),** 1990, *Représentations et handicaps, Vers une clarification des concepts et des méthodes*, CTNERHI, Paris, 251p.
- TURNER (V W.),** 1990, *Le phénomène rituel, structure et contre-structure*, PUF, Paris.
- VAN GENNEP (A.),** 1981, *Les rites de passages*, éd. Picard, Paris.
- VAXELAIRE (D.),** 1999, 2004, *Le grand livre de l'histoire de La Réunion*, éd. Orphie, 2 vol., 704 p.
- VILLE (I.), RAVAUD (J-F.), STIKER (H-J.) et WIEVIORKA (M.),** 2003, *Personnes handicapées et situations de handicap*, Problèmes politiques et sociaux, n°892, La documentation Française, 124p.

WEISLO (E.), 2009, *Le handicap a sa place*, mémoire de DEIS, sous la direction de FERRUCI (C.).

WINANCE (M.), 2001, *Thèse et prothèse. Le processus d'habilitation comme fabrication de la personne. L'association Française contre les Myopathies faces au handicap*, Thèse de Doctorat en sciences économiques, sous la direction de Rabeharisoa (V.), École nationale supérieure des Mines de Paris.

Revue et articles de presse ou de blog (manuscrits, PDF ou en ligne)

ACTIF (N.), LAJOIE (G.), 2001, La ville s'étale, in *Économie de La Réunion* n°108, INSEE.

AFP, 2011, *La Réunion : Bachelot "très satisfaite" de la mise en place du RSA*, dépêche du 29/01/11, Paris.

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, pp. 43-73.

AUGUSTIN (J-P.), 2001, La ville des loisirs, in : *Urbanisme* n°319, pp. 54-57.

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.

BARRAL (C.), MICHAUDON (H.), GILBERT (P.), 2004, Qu'est ce que le handicap ? Dans la situation des personnes handicapées, un enjeu de société, in : *Actualité et dossier en santé publique*, n°49, pp. 16-27.

BARREYRE (J-Y.), BOUQUET (C.), FIACRE (P.), MAKDESSI (Y.) et PEINTRE (C.), 2008, Les coûts de la participation sociale de personnes ayant des incapacités. Réflexions à partir d'observations de terrain, in : *ALTER, European Journal of Disability Research*, vol. 2, pp.65-81.

BEAUCIRE (F.), 2007, Ville, mobilité et accessibilité, in : *Ville en développement*, n°78, pp. 2-3.

BLANC (A.), 2009, Handicap et liminalité : un modèle analytique, in : *ALTER, European Journal of Disability Research*, vol. 4, pp.38-47.

BODIN (F.), et al., 2003, Populations, handicaps et aménagements durables: perspectives internationales, in : *Hommes et Terres du Nord*, Tome 1 et 2.

BUI-XUAN (G.), 1999, Roy Compte, La figure du handicap. Analyse d'une construction sociale et politique, in : *Corps et culture* [en ligne], n°4.

BUI-XUAN (G.), COMPTE (R.) et MIKULOVIC (J.), 2004, La culture du handicap peut-elle être une culture du métissage ?, in : *Corps et culture* [en ligne], n°6/7.

CALVEZ (M.), 1994, Le handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité, in : *Sciences sociales et santé*, Vol 12, n°1, pp. 61-89.

CALVEZ (M.), 2000, La liminalité comme cadre d'analyse du handicap, in : *Prévenir*, n°39, 2nd Semestre, pp. 83-89.

CAMPANA (C.), 2005, *Urban Woods for People / Life : Forêt et Handicap*, PDF, 13p.

CHAPIREAU (F.), 1998, Les débats et enjeux de la Classification Internationale des Handicaps in : *Handicaps et inadaptations – Les cahiers du CTNERHI*, n°79-80, pp. 67-84.

CHAPIREAU (F.), 1998, Modèle, processus et stratégie en santé selon Philip Wood, in : *Handicaps et inadaptations – Les cahiers du CTNERHI*, n°79-80, pp. 77-92.

CHAUVIÈRE (M.), WINANCE (M.), 2009, Éditorial : Les politiques du handicap en Europe, in : *Alter European Journal of Disability*, Vol. 3, pp. 1-7.

CHURCH (R.), MARSTON (J.), 2003, Measuring accessibility for people with disability, in : *Geographical Analysis*, n°1, Vol. 35, Janvier 2003, pp. 83-96.

CLOS-FAYBESSE (O.), 2011, Parc du Mercantour : la nature en partage, in : *Faire Face*, n°701, octobre 2011, pp. 54-57.

COMPTE (R.), 2008, De l'acceptation à la reconnaissance de la personne handicapée en France : un long et difficile processus d'intégration, in : *EMPAN*, n°70, pp. 115-122.

COOK (J.), 2000, Le handicap est culture, in : *Prévenir*, n°39, pp. 61-69.

COURTEIX (M-C.), 2004, La place des personnes handicapées dans la société, in : *ADSP*, n°49, pp. 44-47.

DASPECT (E.), 2004, Oublions les handicapés, article publié sur *CYBERcodeur.net*, le 13 mars 2004.

DI MEO (G.), 1999, Géographies tranquilles du quotidien : une analyse de la contribution des sciences sociales et de la géographie à l'étude des pratiques spatiales, in : *Cahiers de géographie du Québec*, Vol. 43, n°118, pp. 75-93.

EBERSOLD (S.), 2002, Le champ du handicap, ses enjeux et ses mutations : du désavantage à la participation sociale, in : *Handicap - Revue de sciences humaines et sociales*, n°94-95, pp. 149-164.

EBERSOLD (S.), 2003, De la réadaptation à la non discrimination, in : *Problèmes politiques et sociaux*, n°892, La Documentation Française, pp. 18-21.

FAYOLLE (C.), 2003, La dérégulation du transport aérien en Europe, in : *Guerres mondiales et conflits contemporains*, n° 209, pp. 75-89.

FOUGEYROLLAS (P.), 1997, Les déterminants environnementaux de la participation sociale des personnes ayant des incapacités : le défi sociopolitique de la révision de la CIDIH, in : *Canadian Journal of Rehabilitation*, n°10 (2), pp. 147-160.

GLEESON (B-J.), 1996, A geography for disabled people ?, in : *Transactions of the Institute of British Geographers*, Vol. 21, n°2, pp. 387-396.

GUYOT (P.), 2010, Essai sur la liberté dans le champ du handicap : libre choix, projet de vie et capacités in : *Bulletin d'information du CREA Bourgogne*, p. 5-11.

- HANDIADY**, 2009, Arrêtez de nous ghettoïser! Handicap et préjugés!, article publié sur *Paperblog.fr*, le 30 juin 2009.
- HEINICH-LUIJER (L.)**, 2011, Pour les handicapés de la prison de Fresnes, la double peine article paru sur le blog *Derrière le barreau* de *Rue89.com*, le 3 janvier 2011.
- HEYRMANN (E.)**, 2005, Rendre la cité accessible aux personnes handicapées, in : *Pouvoirs Locaux*, n°67, pp. 27-32.
- HEYRMANN (E.)**, 2007, L'aménagement de la voirie et des espaces publics, facteurs d'intégration des personnes handicapées, in : *Les Annales de la voirie*, n°118, pp. 115-119.
- IGN**, 2006, Ballades pour tous !, in : *IGN Magazine*, n°37, mars /avril 2006.
- IMAZPRESS REUNION**, 2005, Tourisme et Handicap, un trait d'union, article paru en ligne sur *ipreunion.com*, le 8 avril 2005.
- IMAZ PRESS REUNION**, 2007, L'accessibilité au cœur du message, article paru en ligne sur *ipreunion.com*, le 14 décembre 2007.
- IMAZ PRESS REUNION**, 2010, Le GIHP joue sur les coûts, article paru en ligne sur *ipreunion.com*, le 14 janvier 2010.
- IMAZ PRESS REUNION**, 2011, Le Pass Transport et le Pass Loisirs réévalués, article paru en ligne sur *ipreunion.com*, le 27 janvier 2011.
- IMAZ PRESS REUNION**, 2011, Accès des déficients visuels à la téléphonie mobile, article paru en ligne sur *ipreunion.com*, le 17 juin 2011.
- IMRIE (R.)**, 2000, Disabling environments and the geography of access policies and practices, in : *Disability and society*, Vol. 15, n°1, pp. 5-24.
- IMRIE (R.)**, 2000, Disability and discourses of mobility and movement, in : *Environment and Planning*, Vol. 32, pp. 1641-1656.
- IMRIE (R.)**, 2001, Barriered and bounded places and the spatialities of disability, in : *Urban Studies*, Vol. 38, n°2, pp. 231-236.
- JAEGER (M.)**, 1999, Du handicap à l'exclusion : des frontières brouillées, in : *Esprit*, déc. 1999, n°259, pp. 46-64.
- JIR**, 2000, Pour un tourisme sans risque, in : *Journal de l'Ile de La Réunion*, mardi 14 novembre 2000.
- JIR**, 2005, La Réunion s'éclaire, article paru en ligne sur *clicanoo.com*, le 1er janvier 2005.
- JIR**, 2006, Tourisme, pourquoi ça foire ?, in : *Journal de l'Ile de La Réunion*, dimanche 1er octobre 2006.

JIR, La galère de Yanis Lauret pour obtenir un fauteuil électrique, article paru en ligne sur *clicanoo.re*, le 8 mars 2011.

KERROUMI (B.), 2007, Les politiques publiques en direction des personnes handicapées dans l'espace citoyen et juridique commun, in : *Reliance*, Vol. 1, n°23, pp. 28-32.

KWAI-SANG YAU (M.), MCKERCHER (B.), PACKER (T.L), 2004, Traveling with a disability : more than an access issue, in : *Annals of Tourism Research*, Vol. 31, n° 4, pp. 946-960.

LANG (G.), 2003, De la « personne handicapée » à la personne en « situation de handicap », in : *Éducation permanente*, n°156, pp. 123-129.

LE MONDE, 2009, Emploi handicapé : le report des sanctions est vivement critiqué, article paru en ligne sur *lemonde.fr*, le 29 décembre 2009.

LE QUOTIDIEN, 2011, Loisirs de pleine nature : pour une Réunion « handi-friendly », in : *Le Quotidien de La Réunion*, 11 juillet 2011.

LE QUOTIDIEN, 2011, L'île intense avec ou sans handicap, in : *Le Quotidien de La Réunion*, 11 juillet 2011.

LIBERATION, Manifestation contre la vie chère à la Réunion, article paru en ligne sur *liberation.fr* le 10 mars 2009.

LINFO.RE, 10 000 logements sociaux insalubres à la Réunion, article paru en ligne sur *linfo.re* le 17 janvier 2011.

MARCELLINI (A.), 2010, Handicap : l'intégration par le sport en question, in : *Sport et Citoyenneté*, article paru en ligne sur *lemonde.fr*, le 15 octobre 2010.

MAUDINET (M.), 2000, Non-discrimination et droit des personnes handicapées ; enjeux sociaux et politiques, in : *Prévenir*, n°39, pp. 191-196.

MICHAULT (A.), DUVAL (G.), BERTIL (G.), FOLIO (G.), 1990, Étude séroépidémiologique de la cysticercose à l'île de La Réunion, in : *Bulletin Socio-Pathologies Exotiques*, n°83, pp. 82-92.

MORMICHE (P.), 2000, Le handicap se conjugue au pluriel, Division des Enquêtes et études démographiques et le Groupe de Projet HID, INSEE, in : *INSEE Première*, n°749, octobre 2000.

PARK (C.), RADFORD (J.), VICKERS (H.), 1998, Disability studies in human geography, in : *Progress in Human Geography*, Vol. 22, n°2, pp. 208-233.

POISSON (A.), 2009, L'existence des MDPH du handicap menacée par de graves incertitudes financières in : *Le Monde*, daté du 27 août 2009.

ROISNARD (N.), 2006, La promotion de l'environnement à La Réunion : pratiques associatives et enjeux politiques autour d'un gisement d'emplois, in : *Développement durable et territoires* [en ligne], *Dossier 5 : Économie plurielle, responsabilité sociétale et développement durable*, paru en ligne le 27 mars 2006.

- TACONNET (C.)**, 2007, Handicap : 22 000 demandes d'aides en attente, in : *Journal de Paris*, daté du 16 août 2007.
- RAVAUD (J-F.) et STIKER (H-J.)**, 2000, Les modèles de l'inclusion et de l'exclusion à l'épreuve du handicap. 1ère partie : les processus sociaux fondamentaux d'exclusion et d'inclusion, in : *Handicap - Revue de sciences humaines et sociales*, n°86, pp.1-18.
- RAVAUD (J-F.) et STIKER (H-J.)**, 2000, Les modèles de l'inclusion et de l'exclusion à l'épreuve du handicap. 2ème partie : typologie des différents régimes d'exclusion repérables dans le traitement social du handicap, in : *Handicap - Revue de sciences humaines et sociales*, n°87, pp. 1-17.
- RAVAUD (J-F.), LETOURMY (A.), VILLE (I.)**, 2002, Les méthodes de délimitation de la population handicapée : l'approche de l'enquête de l'Insee Vie quotidienne et santé, in : *Population Française*, n°57 (3), pp. 541-566.
- RAVAUD (J-F.) et FOUGEYROLLAS (P.)**, 2005, Le concept de handicap et les classifications internationales. La convergence progressive des positions franco-québécoises, in : *Santé, Société et Solidarité* n° 2, 2005, pp. 13-27.
- RAVAUD (J-F.)**, 2009, Définition, classification et épidémiologie du handicap, in : *La Revue du praticien*, pp. 1067-1074.
- RENARD (M.)**, 1995, Accessibilité des lieux publics ou privés pour les sourds et malentendants, in : *Réadaptations*, n°442, pp. 40-41.
- ROHMER (O.) et LOUVET (E.)**, 2000, Les images sociales suscitées par la personne présentant un handicap moteur, in : *La Santé de l'Homme*, n°50, pp. 32-34.
- ROULSTONE (A.) et PRIDEAUX (S.)**, 2009, Constructing reasonableness: Environmental access policy for disabled wheelchair users in four European Union countries, in : *ALTER European Journal of Disability Research*, Vol.3, pp. 360-377.
- SANCHEZ (J.)**, 1992, Accessibilité, mobilités, et handicaps. La construction sociale du champ du handicap, in : *Les annales de la recherche urbaine*, n°57-58, pp. 127-133.
- SEELAND (K.) et NICOLÈ (S.)**, 2006, Public green space and disabled users, in : *Urban Forestry & Urban Greening*, Vol. 5 pp. 29-34.
- STIKER (H-J.)**, 1999, Quand les personnes handicapées bousculent les politiques sociales, in : *Esprit*, n°259, pp. 7-100.
- STIKER (H-J.)**, 2002, Analyse anthropologique comparée de deux classifications : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (OMS) et Classification québécoise dite Processus de production du handicap (Société canadienne pour la CIDIH), in : *Handicap – Revue de sciences humaines et sociales*, n°94-95, pp. 95-109.
- STIKER (H-J.)**, 2007, L'infirmité est le miroir de notre monde, in : *Reliance*, Vol 4, n°26, pp. 7-10.
- STIKER (H-J.)**, 2007, Pour une nouvelle théorie du handicap. La liminalité comme double, in : *Champ Psychosomatique*, Vol 1, n°45, pp. 7-23.

STIKER (H-J.), 2009, Comment nommer les déficiences ?, in : *Ethnologie française*, Vol. 3, Tome 39, pp. 463-47

WAGNER (S.) et **DORÉ** (R.), 2002, De l'intégration à l'inclusion », in : *Info Cradi*, Vol. 11, n°2, pp. 13-14.

WALDSCHMIDT (A.), 2009, La politique du handicap de l'Union européenne : le niveau supranational, in : *ALTER European Journal of Disability Research*, Vol. 3 issue 1, pp. 8-23.

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, Deuxième trimestre, pp. 201-227.

ZINFOS 974, 2009, La drépanocytose, maladie génétique, touche aussi La Réunion, article paru en ligne sur *zinfos974.com*, le 4 juin 2009.

Rapports, communications et communiqués (manuscrits et PDF)

AGEFIPH, 2008, *Atlas national 2008 : l'emploi et l'insertion professionnelle des personnes handicapées*.

AGEFIPH, 2010, *Tableau de bord régional n°10*, 1^{er} semestre 2010, PDF, 9p.

ARS-OI, 2010, *Dossiers statistiques*, novembre 2010, PDF : p4.

ASSANTE (V.), 2000, *Situations de handicap et cadre de vie*, éd. des Journaux officiels, Avis et rapports du conseil économique et social, 103 p.

ASSOCIATION DES PARALYSES DE FRANCE, 2008, communiqué de presse : *Formation et emploi : principales revendications de l'APF*, septembre 2008.

ASSOCIATION DES PARALYSES DE FRANCE, 2010, communiqué de presse : *Grenelle 2 : l'accessibilité des bâtiments neufs à nouveau remise en question*, mai 2010.

ASSOCIATION DES PARALYSES DE FRANCE et **L'EXPRESS**, 2010, dossier de presse : *le Baromètre APF de l'accessibilité*.

BERTRAND (J.), 2009, *Les commissions locales pour l'accessibilité aux personnes handicapées, Retour d'expériences*, Institut d'Aménagement et d'Urbanisme de la Région d'Île-de-France, PDF, 48p.

BESSY (O.) et **NARIA** (O.), 2004, *Loisirs et tourisme sportif de nature et développement durable à La Réunion*, Rapport final d'étude, p16, CCEE Réunion, 139p.

BLANC (P.), 2002, *Rapport d'information fait au nom de la Commission des affaires sociales sur la politique de compensation du handicap*, n°369, Sénat – Commission des affaires sociales, Paris, 569p.

BODIN (F.), **BONNET** (E.) et **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.

BROUARD (C.), 2004, Le handicap en chiffres, synthèse réalisée pour le CTNERHI et la DRESS, PDF, 70p.

CHASTENET (D.), **FLAHAULT (A.)** et al., 2010, *Handicaps et innovation : le défi de compétence*, Presses de l'École des hautes études en santé publique, PDF, 23p.

CHOSSY (J-F.), 2011, *Passer de la prise en charge...à la prise en compte*, Rapport sur l'évolution des mentalités et le changement du regard de la société sur les personnes handicapées, remis aux ministres concernés en novembre 2011, PDF, 127p.

CIRE Océan Indien, 2010, *Bulletin de veille sanitaire*, n°4, mai 2010, p11.

CIRE Océan Indien, 2010, *Point épidémiologique*, n°13, avril 2010, p1.

CIAPH – CIREST, compte rendu de la sous-commission *Aménagements touristiques des sites naturels* du 30 avril 2010 à la Mairie de Bras-Panon.

CONSEIL GENERAL 974 - Direction des Actions de Solidarité et d'Intégration, 2010, *Le Pass Loisirs*, PDF de présentation.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES ARCHITECTES, 2008, *Observatoire de la profession d'architecte 2008* (PDF).

CONSEIL NATIONAL DU TOURISME, 2004, *Tourisme & Handicap, la chaîne de l'offre touristique pour le droit aux vacances*, PDF, novembre 2004, 45p.

CONSERVATOIRE DU LITTORAL DE LA REUNION, PDF de présentation, 4p.

COUR DES COMPTES, 2003, *La vie avec un handicap : rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et organismes intéressés*, Paris, 309p.

DÉTENTE CONSULTANTS (pour Région Réunion), *Schéma régional de développement du tourisme et des loisirs. Stratégie et actions 2005/2010*, PDF, 37p.

DIRECTION DEPARTEMENTALE DES TERRITOIRES du Finistère, 2010, Compte-rendu des JTA du Finistère (29) du 22 juin 2010, PDF.

DIRECTION DEPARTEMENTALE DES TERRITOIRES de la Loire-Atlantique, 2010, Compte-rendu des JTA de la Loire-Atlantique (44) du 18 juin 2010, PDF.

DIRECTION DEPARTEMENTALE DES TERRITOIRES du Morbihan, 2010, Compte-rendu des JTA du Morbihan (56) du 28 mai 2010, PDF.

DRASS Réunion, 2006, *Rapport d'enquête auprès des Établissements et services pour enfants et adultes handicapés*, PDF, décembre 2006, 67p.

DREES, 2010, *Enquête sur la prestation de compensation du handicap réalisée auprès des conseils généraux*, 3^{ème} trimestre 2010.

FIPHFP, 2009, *Rapport régional d'activité 2009*, PDF, 12p.

FONTUGNE (C.) - Air Du Sud, 2001, *L'unité touristique de pleine nature : une nouvelle échelle territoriale d'organisation et d'observation des sports de nature ?* Colloque de Valence, PDF, Novembre 2001, 12p.

FOUGEYROLLAS (P.), 2006, *La définition du handicap*, PDF du module handicap, COFEMER, 6p.

GAZRETH (P.), 2009, *Visages du handicap. Personnes pouvant être considérées comme handicapées selon différentes définitions*, rapport PDF, Office fédéral de la statistique, Suisse, 34p.

GIAMI (A.), **ASSOULY-PIQUET (C.)** et **BERTHIER (F.)**, 1988, *La figure fondamentale du handicap : représentations et figures fantasmatiques*, rapport du contrat de recherches Mire-Geral.

HALDE, 2009, Rapport annuel 2009, tableau statistique p15, PDF.

HAUT-COMMISSARIAT AUX DROITS DE L'HOMME, résolution ONU 3447, PDF, 9 décembre 1975, *Déclaration des droits des personnes handicapées*, Genève.

INSEE, 4ème trimestre 2001, Économie de la Réunion, dossier sur les familles, PDF.

INSEE, 3ème trimestre 2002, Économie de la Réunion, dossier sur les personnes âgées, PDF.

INSEE, 1er trimestre 2004, Économie de la Réunion, dossier sur les revenus, PDF.

INSEE, 3^{ème} trimestre 2004, Économie de la Réunion, dossier sur le tourisme, PDF.

INSEE, août 2006, Économie de la Réunion n°126, dossier sur la pauvreté, PDF.

INSEE, Logement 2006, in : *Annexe au Hors-série n°5 de la Revue Économique de la Réunion*.

INSEE, 2007, Enquête complémentaire à l'enquête emploi (ECEE).

INSEE, 2008, Population légale des communes et cantons de La Réunion.

INSEE, 2010, *Annexe au Hors-série n°8 de la Revue Économique de la Réunion*, PDF.

INSEE, 2010, *Annexe au Hors-série n°9 de la Revue Economique de la Réunion*, PDF.

INSEE, mai 2010, Économie de la Réunion n°136, dossier sur les migrations, PDF.

INSEE, 2010, *Informations Rapides Réunion* n° 167 – décembre 2010, PDF.

INSEE, 2011, *L'indice mensuel des prix à la consommation des ménages à La Réunion*, janvier 2011.

INSTITUT REGIONAL DU TRAVAIL SOCIAL, 2006, Actes du séminaire HIDR du 5 octobre 2006 à l'IRTS de Saint-Benoît, PDF.

- JETTER (S.)**, 2005, *Les déplacements des personnes handicapées*, Études et synthèses n°73, Observatoire du Développement de la Réunion.
- LASNIER (M-C.)**, 2003, *L'insertion professionnelle en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap*, rapport pour le Conseil économique et social, PDF, p22.
- MDPH Réunion – SAGIS**, 2010, *Dénombrement et description de la population handicapée bénéficiaire de droits à compensation par la MDPH 974*, PDF, 50p.
- MINISTERE DE L'ÉCOLOGIE, DU DÉVELOPPEMENT DURABLE, DES TRANSPORTS ET DU LOGEMENT** et Syndicat mixte de l'arrondissement d'Argelès-Gazost, 2007, *Fiche n°7 : Véloroutes et voies vertes : l'accessibilité pour tous*.
- MINISTERE DE L'ÉCOLOGIE, DU DÉVELOPPEMENT DURABLE, DES TRANSPORTS ET DU LOGEMENT**, 2010, *Rapport national des Journées territoriales de l'accessibilité 2010 : les principaux enseignements*.
- NATURAL ENGLAND**, 2007, *A sense of freedom. The experiences of disabled people in the natural environment*, PDF, 28p.
- OFFICE DU TOURISME D'HENDAYE**, 2011, *Hendaye : accessibilité de l'offre touristique*, PDF, 9p.
- OMS**, 1980, *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease*, OMS, Genève.
- OMS**, 1988, *Classification internationale des handicaps: déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies*, CTNERHI-INSERM (traduction de la version anglaise de 1980).
- OMS**, 2001, *CIF : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, OMS, Genève.
- ONU**, Bureau des statistiques, 1992, *Recueil de statistiques sur les incapacités*, DISTAT série Y n°4 (PDF).
- ONU**, 2005, *Mise en oeuvre du programme d'action mondial concernant les personnes handicapées : vers une société pour tous au XXIème siècle*, rapport du Secrétaire général, 12p.
- ORS**, 2006, *Rapport Enquête Handicap-Incapacité-Dépendance 2004*, PDF.
- ROUSSEL (P.)**, 2004, *Les restrictions de participation à la vie sociale des adultes de 20 à 59 ans. Une exploitation de l'enquête HID 1999*, CTNERHI, PDF, 167p.
- SANCHEZ (J.)**, 2000, in : ASSANTE (V.), *Situation de handicap et cadre de vie*, rapport du CES, juillet 2000, p25.
- TERRIER (C.)**, 2000, *Rendre un site naturel accessible à tous : la réserve de Romelaere*, Atelier technique des Espaces Naturels, 64p.

Dictionnaires et encyclopédies

LE NOUVEAU PETIT ROBERT, 2009, définition du mot « *déficiencia* » p647.

LE TRESOR DE LA LANGUE FRANÇAISE, 1975-1994, version informatisée, 6 vol.

Site web et base de données institutionnels

Sites d'instances internationales

ONU

<http://www.un.org/fr/> : portail de l'ONU.

<http://www.un.org/french/disabilities/index.asp> : page du portail de l'ONU sur le handicap.

<http://unstats.un.org/unsd/demographic/> : statistiques démographiques et sociales de l'ONU.

<http://www.un.org/fr/documents/garesolution.shtml> : base de données des résolutions de l'ONU.

<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf> : *Convention relative aux droits des personnes handicapées*.

UE

http://europa.eu/index_fr.htm : portail de l'Union Européenne.

http://europa.eu/documentation/legislation/index_fr.htm : accès à toute la législation européenne.

<http://www.coe.int/lportal/web/coe-portal/home> : portail du Conseil de l'Europe.

<http://whc.unesco.org/fr/> : site du Patrimoine mondial de l'UNESCO.

Sites gouvernementaux et parlementaires (français et étrangers)

<http://www.vie-publique.fr/> : ce service, édité par la Direction de l'information légale et administrative dans le cadre de sa mission générale d'information et de documentation sur l'actualité politique, économique, sociale et internationale, se propose de faciliter l'accès des internautes aux ressources et données utiles pour appréhender les grands sujets qui animent le débat public.

<http://www.interieur.gouv.fr/> : site du Ministère de l'Intérieur, de l'Outre-Mer, des Collectivités Territoriales et de l'Immigration.

<http://www.developpement-durable.gouv.fr/> : site du Ministère de l'Écologie, du Développement durable, des Transports et du Logement.

<http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/> : site du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

<http://www.education.gouv.fr/> : site du Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative.

<http://www.developpement-durable.gouv.fr/-Accessibilite-.html>

La vocation de la Délégation ministérielle à l'accessibilité (DMA) est de coordonner les actions du ministère dans les différents domaines concernés par l'accessibilité : transports (terrestres, maritimes et aériens), cadre bâti, voirie, espaces publics, bâtiments ou équipements recevant du public. Elle est rattachée au Ministère de l'Écologie, du Développement durable, des Transports et du Logement.

<http://www.senat.fr/> : portail du Sénat.

<http://www.senat.fr/rapsen.html> : accès aux rapports du Sénat.

<http://www.legifrance.gouv.fr/> : portail de la législation française, accès intégral aux textes de loi, décrets et arrêtés.

<http://www.direct.gov.uk/en/index.htm> : portail gouvernemental du Royaume-Uni.

<http://www.gouv.qc.ca/portail/quebec/pgs/commun/> : portail gouvernemental du Québec.

<http://www.mels.gouv.qc.ca/> : site du Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec.

Directions régionales et Départementales

<http://www.sante.gouv.fr/direction-de-la-recherche-des-etudes-de-l-evaluation-et-des-statistiques-drees,5876.html> : site de la DRESS.

<http://finess.sante.gouv.fr/jsp/index.jsp> : site de la FINESS.

<http://www.reunion.developpement-durable.gouv.fr/> : site de la Direction de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement de la Réunion (DEAL).

<http://www.reunion.ecologie.gouv.fr/> : site de la Direction Régionale de l'Environnement de la Réunion.

<http://reunion.dieccte.gouv.fr/> : site de la Direction des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi de la Réunion.

<http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/> : site de l'Agence Régionale de la Santé de l'Océan Indien.

http://www.invs.sante.fr/regions/cire_publications_reunion_mayotte.htm : site de l'Institut National de Veille Sanitaire – Antenne Réunion-Mayotte.

Organismes d'État ou publics et collectivités territoriales

<http://www.reunion.pref.gouv.fr> : portail de la Préfecture de La Réunion

<http://www.insee.fr/fr/default.asp> : portail de l'INSEE.

<http://www.insee.fr/fr/regions/reunion/> : accès aux données INSEE de La Réunion.

http://www.insee.fr/fr/regions/reunion/default.asp?page=conjoncture/tableau_bord/tableau_bord.htm : Tableau de bord économique de La Réunion.

<http://www.insee.fr/fr/regions/reunion/default.asp?page=publications/revue/revue.htm> : accès aux numéros de la Revue Économie de La Réunion.

<http://www.cg974.fr/> : portail du Conseil Général de La Réunion.

<http://www.regionreunion.com/fr> : portail du Conseil Régional de La Réunion.

<http://www.reunion.fr/> : portail du tourisme à La Réunion (IRT).

<http://www.reunion.cci.fr/> : portail de la Chambre de Commerce et d'Industrie de La Réunion.

<http://www.reunion.aeroport.fr/> : site de l'aéroport Roland Garros (Réunion).

<http://www.adreunion.com> : site de l'Agence de Développement de La Réunion.

<http://www.cinor.fr/> : site de la CINOR.

<http://www.tco.re/> : site du TCO.

<http://www.civis.re/> : site de la CIVIS.

<http://www.cirest.fr/> : site de la CIREST.

<http://www.mdph.re/> : site de la MDPH Réunion.

Parcs, conservatoire et institutions du domaine environnemental

<http://www.reunion.ecologie.gouv.fr/> : Direction Régionale de l'Environnement de la Réunion.

http://www.onf.fr/la-reunion/@_@index.html : site de l'Office National des Forêts à La Réunion.

<http://www.conservatoire-du-littoral.fr> : site du Conservatoire du Littoral.

<http://www.enf-conservatoires.org/> : portail du réseau des Conservatoires d'espaces naturels.

<http://www.espaces-naturels.fr/> : portail de l'ATEN : l'Atelier Technique des Espaces Naturels est un groupement d'intérêt public créé en 1997 à l'initiative du ministère chargé de l'environnement. En 2010, il a été prorogé jusqu'en 2017 et élargi à de nouveaux membres. Il réunit désormais 19 organismes responsables de la gestion de la nature et de la protection de la biodiversité.

http://environnement.wallonie.be/dnf/dcnev/acces_nature/index.htm : portail de la Région Wallone (Belgique), consacré à l'environnement.

<http://www.parcsnationaux.fr> : portail des Parcs Nationaux Français

<http://www.reunion-parcnational.fr/> : site du Parc National de La Réunion.

<http://www.pc.gc.ca/fra/index.aspx> : portail des Parcs Nationaux du Canada.

<http://www.nps.gov/index.htm> : portail des Parcs Nationaux des États-Unis.

<http://www.environment.sa.gov.au/parks/home> : portail des Parcs d'Australie du Sud.

<http://www.sanparks.org/> : portail des Parcs Nationaux d'Afrique du Sud.

<http://www.peakdistrict.gov.uk/visiting/accessibility> : site du Peak District National Park (UK).

Sites web d'autres organismes, d'associations et pages personnelles ou blogs

<http://www.handireunion.org/> : site de l'association *Saint-Paul Handisports*.

<http://www.portatout.net> : site de l'association belge *Handi-Rando*.

<http://millepattes.skynetblogs.be/> : site de l'association belge ASBL *Milles-pattes*.

<http://www.tourisme-handicaps.org/> : site de l'Association *Tourisme et Handicap*.

<http://www.mobile-en-ville.asso.fr/> : site de l'association *Mobile en ville*.

<http://www.unfauteuilalamer.org/> : site de l'association *Un fauteuil à la Mer*.

<http://www.gueules-cassees.asso.fr> : site sur les invalides de la « Grande guerre ».

<http://www.afm-telethon.fr/> : site de l'Association Française contre les Myopathies.

<http://www.apf.asso.fr/> : site de l'Association des Paralysés de France (APF).

<http://www.reflexe-handicap.org/> : blog militant de l'APF.

<http://www.jaccede.com> : site de référencement des lieux accessibles en France.

<http://www.handimobility.org> : blog généraliste sur le handicap.

<http://www.designforall.org/> : site de la *Design For All Foundation* (Barcelone).

<http://www.cae.org.uk/> : site du *Centre for Accessible Environments* (Royaume-Uni).

<http://accesnature.wordpress.com> : blog sur l'accès pour tous à la nature (Réunion).

<http://www.natuurzonderdrempels.nl/nzd/> : site de *Groen & handicap* (organisme militant hollandais) destiné à informer les gestionnaires d'espace naturel sur l'accès des PMR à la nature. Une mini base de données recensant les sentiers accessibles des Pays-Bas est également proposée.

<http://www.tousinclus.fr/> : blog des auteurs du livre *Tous inclus !*

Sites d'information, et presse en ligne

<http://news.handireunion.org/> : site d'information sur le handicap à La Réunion.

<http://www.handirect.fr/> : site d'information généraliste sur le handicap.

<http://www.lemonde.fr/> : journal *Le Monde* en ligne.

<http://www.clicanoo.re/> : le *Journal de l'île de La Réunion* en ligne.

<http://www.ipreunion.com/> : site d'*Imaz Press Réunion*.

<http://www.lequotidien.re/> : journal *Le Quotidien de La Réunion* en ligne.

Encyclopédies, dictionnaires et bases de données

<http://fr.wikipedia.org> : portail de l'encyclopédie libre *Wikipédia*.

<http://www.ctnerhi.com.fr> : site du *Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations*.

<http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/publish.htm> : site du *Centre for Disability Studies* (Leeds, UK). Base de données de publications dans le courant des « *disability studies* ».

<http://www.myobase.org/MAIN.HTM> : base de données bibliographiques de l'AFM.

<http://www.directenquiries.com/default.aspx> : site de la base de données *Direct enquiries*.

<http://www.godadgang.dk/gb/places/search.asp> : base de données danoise sur les lieux accessibles au Danemark.

<http://www.cnrtl.fr/> : créé en 2005 par le CNRS, le *Centre National de Recherche Textuelle et Linguistique* fédère au sein d'un portail unique, un ensemble de ressources linguistiques informatisées et d'outils de traitement de la langue.

<http://www.wordreference.com/fr/> : dictionnaire Anglais / Français en ligne.

<http://www.geoportail.fr/> : site des données géographiques de l'IGN.

<http://www.theses.fr/> : base de données de thèses en ligne.

Centre pour la Communication Scientifique Directe – CNRS :

<http://hal.archives-ouvertes.fr/> : L'archive ouverte pluridisciplinaire *HAL*, est destinée au dépôt et à la diffusion d'articles scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, et de thèses, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

<http://tel.archives-ouvertes.fr/> : Le serveur *TEL* (thèses-en-ligne) a pour objectif de promouvoir l'auto-archivage en ligne des thèses de doctorat et habilitations à diriger des recherches (HDR), qui sont des documents importants pour la communication scientifique entre chercheurs. *TEL* est un environnement particulier de *HAL*.

<http://escalabu-new.univ-reunion.fr/cgi-bin/abweb/GO> : Catalogue des bibliothèques de l'Université de La Réunion.

Table des acronymes

A

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
ADAPEI	Association Départementale d'Amis et de Parents d'Enfants Inadaptés
AEEH	Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
AEPH	Année Européenne des Personnes Handicapées (2003)
AES	Allocation d'Education Spéciale
AFM	Association Française contre les Myopathies
AFPAR	Association pour la Formation Professionnelle des Adultes à la Réunion
AGEFIPH	Association Nationale Gestion Fonds Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées
ALA	Active Living Alliance (for Canadians with a Disability)
ANPE	Agence Nationale Pour l'Emploi (devenue Pôle Emploi)
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
APAJH	Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés
APF	Association des Paralysés de France
API	Allocation de Parent Isolé
APSN	Activités Physiques et Sportives de Nature
APSNA	Activités Physiques et Sportives de Nature Adaptées
ARPEDA	Association Réunionnaise de Parents d'Enfants Déficients Auditifs
ARS	Agence Régionale de la Santé
ATH	Association Tourisme et Handicap
ASPA	Allocation de Solidarité aux Personnes Agées
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AVH	Association Valentin Haüy
AVS	Auxiliaire de Vie Scolaire
AVU	Auxiliaire de Vie Universitaire

B – C

BEES	Brevet d'État d'Éducateur Sportif
BEESAPT	BEES - Activités Physiques pour Tous
BOETH	Bénéficiaires de l'Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés
BTP	Bâtiment et Travaux Publics
CAF	Caisse des Allocations Familiales
CASUD	Communauté d'Agglomération du Sud
CBNM	Conservatoire Botanique National de Mascarin
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CCIR	Chambre de Commerce et d'Industrie de la Réunion
CCAPH	Commission Communale d'Accessibilité des Personnes Handicapées
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDCPH	Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées
CDES	Commission Départementale de l'Éducation Spéciale
CEDH	Convention Européenne des Droits de l'Homme
CERTU	Centre d'Etudes sur les Réseaux, les Transports et l'Urbanisme
CG974	Conseil Général de La Réunion (974)

CIAPH	Commission Intercommunale d'Accessibilité pour Personnes Handicapées
CIF	Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé
CIDIH	Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps
CIH	Classification Internationale des Handicaps
CIM	Classification Internationale des Maladies
CINOR	Communauté Intercommunale du NOrd de la Réunion
CIRE	Cellule InterRégionale d'Epidémiologie
CIREST	Communauté Intercommunale Réunion EST
CIVIS	Communauté Intercommunale des Villes Solidaires
CLIS	Classe d'Intégration Scolaire
CNCPH	Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées
COABS	Centre d'Observation et d'Analyse des Besoins de Santé
COTOREP	COMmission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel
CTR/IRT	Comité du Tourisme de la Réunion / Ile de la Réunion Tourisme
CTNERHI	Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations

D

DARES	Département des Affaires Régionales, de l'Economie et de la Santé
DETH	Demandeurs d'Emploi Travailleurs Handicapés
DIECCTE	Direction des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DOM	Département d'Outre-Mer
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

E-F

ENS	Espace Naturel Sensible
EPCI	Etablissement Public de Coopération Intercommunale
ERP	Etablissement Recevant du Public
ESAT / CAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail / Centre d'Aide par le Travail
FINESS	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
FIPHFP	Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique

G-H

GCEIP	Groupeement pour la Conservation de l'Environnement et l'Insertion Professionnelle
GIG-GIC	Grand Invalide de Guerre - Grand Invalide Civil
GIHP	Groupeement pour l'Insertion des personnes Handicapées Physiques
GIP	Groupeement d'Intérêt Public
HALDE	Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité
HID / HIDR	enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance / HID Réunion

I-J

IGN	Institut Géographique National
IME / IMPRO	Institut Médico Educatif / Institut Médico PROfessionnel
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IOP	Installation Ouverte au Public
IRTS	Institut Régional du Travail Social
JTA	Journées Territoriales de l'Accessibilité

M-N-O-P

MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
ODR	Observatoire du Développement de la Réunion
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMPH	Organisation Mondiale des Personnes handicapées
ONF	Office National des Forêts
ONU	Organisation des Nations Unies
PAVE / PMAVEP	Plan de Mise en Accessibilité de la Voirie et des Espaces Publics
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PDF	Portable Document Format (format de fichier informatique)
PDIPR	Plan Départemental des Itinéraires de Promenade et de Randonnée
PMR	Personne(s) à Mobilité Réduite
PNR	Parc National de la Réunion
PPS	Projet Personnalisé de Scolarisation

R-S-T

RAVINE	Réunionnais Anorexie Vomissements Incoercibles et signes NEurologiques (syndrome de)
RMI / RSA	Revenu Minimum d'Insertion – devenu Revenu de Solidarité Active
RQTH	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
SCA	Sport et Culture Accessibles (Association)
SCOT	Schéma de Cohérence Territoriale
SESSAD	Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile
SDA	Schéma Directeur d'Accessibilité
SDIH	Schéma Directeur Immobilier du Handicap
STAPS	Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives
TCO	Territoire de la Côte Ouest

U-Z

UE	Union Européenne
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
ZNIEFF	Zone Naturelle d'Intérêt Ecologique, Faunistique et Floristique

Table des figurés

Fig.1 <i>Les échelles de temps et d'espace de la thèse</i>	p 13
Fig.2 <i>Les interactions homme / environnement traitées</i>	p 15
Fig.3 <i>Principe de base de la CIDIH</i>	p 26
Fig.4 <i>Définitions des notions de la CIDIH</i>	p 26
Fig.5 <i>Définitions des notions de la CIF</i>	p 27
Fig.6 <i>Principe de base de la CIF</i>	p 27
Fig.7 <i>Assortiment de timbres de différents pays édités pour l'Année internationale des personnes handicapées, 1981</i>	p 32
Fig.8 <i>Logo de l'Année européenne des personnes handicapées</i>	p 39
Fig.9 <i>Affiches pour des loteries en faveur des mutilés de guerre</i>	p 52
Fig.10 <i>Échéancier des planifications de mise en accessibilité</i>	p 61
Fig.11 <i>Campagne de communication de la Halde</i>	p 64
Fig.12 <i>Évolution de la politique sociale du handicap, en France et au niveau des instances mondiales et européennes</i>	p 91
Fig.13 <i>Les déficiences et leurs causes à La Réunion</i>	p 117
Fig.14 <i>Logos labels « Tourisme & Handicap » et « Destination pour tous »</i>	p 158
Fig.15 <i>Croquis du projet retenu en Forêt de Bélouve</i>	p 172
Fig.16 <i>Croquis de présentation de l'aménagement de Takamaka</i>	p 174
Fig.17 <i>Captures d'écran du site web « accesnature »</i>	p 178
Fig.18 <i>Extraits du questionnaire et de la carte IGN diffusés</i>	p 181
Fig.19 <i>Accessibilité et porter à connaissance : l'informatisation des données</i>	p 199
Fig.20 <i>Estimation du rapport coût / pertinence pour différentes solutions de diffusion d'informations sur l'accessibilité d'un territoire</i>	p 200
Fig.21 <i>Extrait du site web Blue Badge Directgov</i>	p 202
Fig.22 <i>Extrait du site web DirectEnquiries</i>	p 203
Fig.23 <i>Les quatre phases d'un diagnostic d'accessibilité</i>	p 205

Fig.24 <i>Exemple d'une grille de critères pour le cheminement piéton</i>	p 207
Fig.25 <i>Grille d'analyse du PAVE de Loué</i>	p 208
Fig.26 « <i>L'indice Passe-Partout®</i> »	p 208
Fig.27 <i>Obstacles principaux et lieux de rupture dans les bâtiments, selon les déficiences</i>	p 209
Fig.28 <i>Essai d'une grille « binaire »</i>	p 210
Fig.29 <i>Essai d'une grille « binaire » avec ranking puis classification</i>	p 211
Fig.30 <i>Extrait d'une fiche Diagnostic Accessibilité Nature</i>	p 213
Fig.31 <i>Politiques publiques de mise en accessibilité des espaces naturels suivant les échelons territoriaux, à La Réunion</i>	p 224

Table des cartes

Carte.1 <i>Localisation des structures hospitalières à Paris, au XVIII^{ème} siècle</i>	p 23
Carte.2 <i>Convention relative aux droits des personnes handicapées (membres)</i>	p 34
Carte.3 <i>Schématisation de l'organisation spatiale courante des sites de pratique des APSN adaptées</i>	p 48
Carte.4 <i>Diagnostics des ERP à La Réunion : bilan au 1^{er} juillet 2010</i>	p 137
Carte.5 <i>Mise en place des PAVE à La Réunion : bilan au 1^{er} juillet 2010</i>	p 138
Carte.6 <i>Situations comparées des secteurs géographiques de l'Ile de La Réunion et des communes, selon le niveau d'accessibilité et les efforts de mise en accessibilité, en 2011</i>	p 142
Carte.7 <i>Aménagement de sites naturels et extension de l'espace accessible PMR sur l'Ile de La Réunion</i>	p 156
Carte.8 <i>APSN, APSNA et sites touristiques sur l'Ouest réunionnais</i>	p 161
Carte.9 <i>Localisation de la Forêt de Bélouve</i>	p 170
Carte.10 <i>Localisation de Mare à Poule d'Eau et de Takamaka PK12</i>	p 173
Carte.11 <i>Localisation de la Pointe Trois-Bassins</i>	p 176

<i>Carte.12 Exemple de carte à pictogrammes : Parc National Brecon Beacons, Pays de Galles</i>	p 201
<i>Carte.13 Localisation des sites diagnostiqués avec rappel de leur niveau global d'accessibilité</i>	p 214
<i>Carte.14 Cartographie spécifique du Parc de la Roseraie réalisée par IGN Innovation</i>	p 216
<i>Carte.15 Cartographie de l'accessibilité actuelle (2011) du site du Gouffre à l'Étang Salé, La Réunion</i>	p 219
<i>Carte.16 Cartographie de l'accessibilité actuelle (2011) du site de Cap Méchant à Saint-Philippe, La Réunion</i>	p 220
<i>Carte.17 Cartographie de l'accessibilité actuelle (2011) du site de l'Anse des Cascades à Sainte-Rose, La Réunion</i>	p 221
<i>Carte.18 Cartographie de l'accessibilité actuelle (2011) du chemin du lagon à l'Hermitage, La Réunion</i>	p 222
<i>Carte.19 Cartographie de l'accessibilité actuelle (2011) du site Handiplage à La Saline, La Réunion</i>	p 223
<i>Carte.20 Cartographie de l'accessibilité actuelle (avant les incendies de 2011) du site du Maïdo à Saint-Paul, La Réunion</i>	p 224
<i>Carte.21 Cartographie de l'accessibilité actuelle (2011) du site de Bois-Court au Tampon, La Réunion</i>	p 225

Table des tableaux

Tab.1 Exemples de prévalences d'incapacités sur 4 continents	p 36
Tab.2 Exemples classifiés de pôles d'activités physiques et sportives de nature adaptées	p 50
Tab.3 Personnes atteintes d'une déficience (en %) selon qu'elles aient, ou non, déclaré une maladie endocrinienne	p 116
Tab.4 Incapacités et vie sociale, comparaisons Réunion – Métropole	p 124
Tab.5 Un accès difficile aux transports en commun	p 131
Tab.6 Avancement des dispositifs de mise en accessibilité dans les EPCI réunionnaises	p 135
Tab.7 Les CCAPH et commissions départementales d'accessibilité de La Réunion	p 136
Tab.8 Populations par secteurs géographiques plus ou moins accessibles à La Réunion	p 141
Tab.9 Espaces naturels réunionnais protégés et gestionnaires	p 168
Tab.10 Les sites naturels réunionnais évalués par le Diagnostic Accessibilité Nature	p 214

Table des photographies

Photo.1 Discours d'ouverture de la troisième assemblée des Nations-Unies	p 29
Photo.2 Façade du Conseil de l'Europe à Strasbourg	p 40
Photo.3 Exemple d'uni-ski	p 44
Photo.4 La Joëlette [®] : ancêtre et version actuelle	p 45
Photo.5 Exemple de tiralo	p 45
Photo.6 Campagnes publicitaires « Jamel » pour l'Agefiph	p 62
Photo.7 Ouverture de la MDPH Réunion, antenne Sud	p 63
Photo.8 Campagne de communication 2011 de l'APF	p 82
Photo.9 Agents ONF et chantier route forestière Bélouve, années 1970	p 167
Photo.10 Photos des visites de préparation et du chantier en Forêt de Bélouve	p 171
Photo.11 Photos de Mare à Poule d'Eau, lors d'une visite de terrain CIAPH	p 175
Photo.12 Photos de la Pointe Trois Bassins, après aménagement	p 177

Table des graphiques

Graph.1 <i>Évolution du nombre de décrets concernant les droits des personnes handicapées pour leurs ressources, l'éducation, l'emploi et leur accueil en établissement, en France</i>	p 57
Graph.2 <i>Déficiences déclarées (%), par tranche d'âge</i>	p 69
Graph.3 <i>Une fréquentation touristique qui a quadruplé</i>	p 99
Graph.4 <i>Répartition des causes de décès, à La Réunion, en 2007</i>	p 112
Graph.5 <i>Population MDPH Réunion par tranche d'âge</i>	p 119
Graph.6 <i>Répartition par micro-régions des 28 510 ayants droits de la MDPH Réunion</i>	p 120
Graph.7 <i>Répartition des types de déficiences (en %) pour une partie des ayants droits MDPH Réunion</i>	p 120
Graph.8 <i>Répartition (en %) de 8422 ayants droits (post février 2010) par tranche de taux d'incapacité</i>	p 121
Graph.9 <i>Proportion (en %) d'ayants droit bénéficiaires, par catégorie de droit</i>	p 121
Graph.10 <i>Proportion (en %) d'ayant droits par année d'obtention du 1^{er} droit</i>	p 122
Graph.11 <i>Prévalence des déficiences (en %), par tranches d'âge. Comparaison Réunion – Métropole</i>	p 123
Graph.12 <i>Répartition (en %) des incapacités déclarées dans l'enquête HIDR 2004, en 3 classes</i>	p 124
Graph.13 <i>Répartition (en %) des types d'aides face à l'incapacité à La Réunion</i>	p 125
Graph.14 <i>Répartition des interrogés de l'enquête, selon les types de handicap</i>	p 182
Graph.15 <i>Fréquentation d'une association par les interrogés</i>	p 183
Graph.16 <i>Type de lieu de vie des interrogés</i>	p 184
Graph.17 <i>Secteur géographique de résidence des interrogés</i>	p 184
Graph.18 <i>Part des interrogés ayant un arrêt de bus près du domicile</i>	p 185
Graph.19 <i>Moyens de transport privilégiés par les interrogés</i>	p 186
Graph.20 <i>Rapport lieu de vie / lieu d'achats des interrogés urbains et ruraux</i>	p 187
Graph.21 <i>Sites naturels réunionnais visités (quantité) par les interrogés</i>	p 187
Graph.22 <i>Ce que retiennent les interrogés d'un site naturel</i>	p 188

Graph.23 <i>Ce qui importe le plus pour un site naturel (agrégation des réponses)</i>	p 189
Graph.24 <i>Les causes de l'inaccessibilité des sites naturels selon les interrogés</i>	p 189
Graph.25 <i>Les solutions d'accessibilité retenues par les interrogés</i>	p 190
Graph.26 <i>Les solutions d'amélioration de l'accessibilité des sites existants</i>	p 191
Graph.27 <i>Informations souhaitées par les interrogés</i>	p 192
Graph.28 <i>Répartition des citations sur 4 niveaux d'accessibilité</i>	p 192
Graph.29 <i>Nord : 12 citations pour 2 sites</i>	p 193
Graph.30 <i>Ouest : 114 citations pour 16 sites</i>	p 193
Graph.31 <i>Sud : 63 citations pour 7 sites</i>	p 193
Graph.32 <i>Est : 59 citations pour 7 sites</i>	p 194
Graph.33 <i>Cirques et plaines : 52 citations pour 8 sites</i>	p 194
Graph.34 <i>Répartition des sites évoqués, par milieu</i>	p 195
Graph.35 <i>Niveau d'accessibilité – Espaces aquatiques et littoraux</i>	p 196
Graph.36 <i>Niveau d'accessibilité – Espaces forestiers et montagnards</i>	p 196

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	3
AVANT-PROPOS	5
SOMMAIRE	8
INTRODUCTION GÉNÉRALE	11

PARTIE 1 : LA CONSTRUCTION RÉCENTE D'UNE FIGURE DU SOCIAL : LE HANDICAP

INTRODUCTION	19
---------------------	-----------

CHAPITRE 1 – REGARDS CROISÉS SUR LES ÉVOLUTIONS RÉCENTES

1) AU NIVEAU INTERNATIONAL : ÉVOLUTION DANS LA CONSIDÉRATION DE LA PERSONNE HANDICAPÉE

1.1 Handicaps, déficiences, infirmité : des notions changeantes au fil des siècles	20
1.1.1 <i>De l'Antiquité à l'Âge Classique : infirmité et exclusion</i>	20
1.1.2 <i>La notion de handicap comme normalisation de l'infirmité</i>	23
1.1.3 <i>Vers l'intégration et la prise en compte des situations de handicap</i>	24
1.2 Les principes d'intégration au niveau international	28
1.2.1 <i>Les chartes et déclarations internationales, premiers instruments de droit</i>	28
1.2.2 <i>Programme d'action mondiale et Convention</i>	31
1.2.3 <i>Prise en compte statistique</i>	34
1.3 Les principes d'intégration au niveau européen	37
1.3.1 <i>La reconnaissance de la personne handicapée par l'Union Européenne</i>	38
1.3.2 <i>Conseil de l'Europe</i>	40

2) NATURE, LOISIRS ET HANDICAP : LE DÉVELOPPEMENT D'UN IDÉAL DE VIE ACTIVE

2.1 L'accès aux loisirs sportifs : une revendication parallèle à l'accessibilité universelle	42
2.1.1 <i>Sport et handicap dans les années 1960 à 1980 : bannir les barrières physiques</i>	42
2.1.2 <i>La démocratisation des loisirs sportifs et de pleine nature, adaptés (années 1990)</i>	44
2.2 L'essor des pôles de loisir ou touristiques, adaptés, de pleine nature	46
2.2.1 <i>L'implantation des activités sportives adaptées en pleine nature : constats et analyse</i>	46
2.2.2 <i>APSNA et mise en accessibilité des sites touristiques naturels : quelques cas topiques</i>	49

3) DU XX^{ÈME} SIÈCLE À 2005 : VERS UN MODÈLE FRANÇAIS D'INTÉGRATION ET D'ÉGALITÉ DES CHANCES

3.1 La reconnaissance de la personne handicapée en France (1918 - 2005)	51
3.1.1 <i>Des infirmes de guerre aux travailleurs handicapés : de l'assistance à la réinsertion</i>	51
3.1.2 <i>Vers une intégration globale des personnes handicapées</i>	53
3.2 Loi de 2005 : le modèle d'égalité des chances et de pleine participation français	58
3.2.1 <i>Un contexte initiateur d'une nouvelle loi cadre</i>	58
3.2.2 <i>Égalité des chances, droit à compensation et accessibilité pour tous</i>	60

CHAPITRE 2 – LE PRINCIPE « D'ACCESSIBILITÉ GÉNÉRALISÉE POUR TOUS LES DOMAINES DE LA VIE SOCIALE » : CONSTATS, LIMITES ET FREINS

1) LE HANDICAP AUJOURD'HUI EN FRANCE : CONSTATS ET PRATIQUES

1.1 Politique du handicap : connaissance statistique, gouvernance et information	65
1.1.1 <i>Les chiffres du handicap : un dénombrement hasardeux</i>	66
1.1.2 <i>Rapports, expertises et dispositifs d'information : un manque de lisibilité</i>	70

1.2 Les constats actuels par champ de la vie sociale	71
1.2.1 Accès au bâti public et aux logements, notamment sociaux	71
1.2.2 L'accessibilité pour tous « décentralisée » : du retard dans les collectivités locales	73
1.2.3 Accès aux transports : de lourds investissements prévus, oui mais pour quand ?	75
1.2.4 Accès à l'emploi : toujours un problème majeur malgré le durcissement des règles	76
1.2.5 MDPH : un guichet unique indispensable, victime de graves dysfonctionnements	79
2) DE L'INTÉGRATION Á L'INCLUSION DES PERSONNES HANDICAPÉES, OU DE LA DISCRIMINATION POSITIVE Á LA NON DISCRIMINATION	80
2.1 Les limites et « effets pervers » de la loi 2005	80
2.1.1 Des visions restreintes de l'accessibilité	80
2.1.2 Discrimination positive : une stigmatisation toujours très présente « du handicapé »	82
2.1.3 Au seuil de la société : le concept de liminalité pour le handicap	84
2.2 L'accès aux loisirs, au sport, au tourisme et à la nature : sur le chemin de l'inclusion ?	86
2.2.1 Le handicap hors de la ville : des possibilités pour l'instant rares ou uniques	86
2.2.2 La participation, la citoyenneté et l'égalité des droits, c'est aussi le droit d'accès à la nature et aux loisirs « verts »	87

CONCLUSION	90
-------------------	-----------

PARTIE 2 : VIVRE AVEC UNE DÉFICIENCE Á LA RÉUNION **93**

INTRODUCTION	95
---------------------	-----------

CHAPITRE 1 – LA SOCIÉTÉ RÉUNIONNAISE : ÉLÉMENTS DE CONTEXTE GÉNÉRAL ET ÉVOLUTION SOCIO-HISTORIQUE DEPUIS LA DÉPARTEMENTALISATION **96**

1) UNE SOCIÉTÉ AUX MUTATIONS ACCÉLÉRÉES	96
1.1 La sortie d'un colonialisme exacerbé : progrès social et boom démographique	96
1.2 Modernisation structurelle et bouleversements économiques	98
2) LES FONDAMENTAUX DE LA SOCIÉTÉ RÉUNIONNAISE	102
2.1 Démographie et caractéristiques de la population réunionnaise	102
2.2 La vie familiale et les ménages de La Réunion	103
2.3 Revenus des foyers réunionnais et prestations sociales	104
2.4 Le logement sur l'Île de La Réunion	105
2.5 Emploi, niveau de diplôme et formation	106
2.6 Economie et consommation	108

CHAPITRE 2 – PRISE EN CHARGE ET RECHERCHE D'ÉGALITÉ SOCIALE : UNE CONSTRUCTION SOCIO-POLITIQUE RÉCENTE DU HANDICAP Á LA RÉUNION **110**

1) LA POPULATION HANDICAPÉE DE LA RÉUNION	110
1.1 Situation sanitaire à la Réunion : risques, maladies et séquelles handicapantes	111
1.1.1 Des spécificités socio-sanitaires : diabète, alcoolisme et autres facteurs de risque	111
1.1.2 Maladies infectieuses et rares ou endémiques, causes supplémentaires de déficiences	113
1.1.3 Vieillesse de la population et dépendance	115
1.2 La population handicapée réunionnaise, selon les données « officielles »	118
1.2.1 Données des organismes sociaux et de prise en charge (MDPH, CAF, etc.)	118
1.2.2 L'enquête HID Réunion 2004 de l'INSEE122	
2) VIVRE EN SITUATION DE HANDICAP Á LA RÉUNION : QUELLE RÉALITÉ ?	126
2.1 Scolarisation et études des personnes en situation de handicap à La Réunion	126
2.2 Quelle insertion professionnelle pour les travailleurs handicapés Réunionnais ?	129
2.2.1 Travailleurs handicapés et marché local du travail (privé et public)	129
2.2.2 Travail en milieu protégé	129
2.3 L'accès aux autres domaines de la vie sociale	131

2.3.1 Transports	131
2.3.2 Logement	132
2.3.3 Matériel adapté	133
2.3.4 Loisirs et handisport	133
2.4 La loi de 2005 à La Réunion : le point sur la mise en accessibilité des espaces	134
2.4.1 Mise en place des commissions d'accessibilité	134
2.4.2 Diagnostic des ERP et élaboration des PAVE (voirie) : état des lieux	136
2.4.3 Écarts de situation : un retard d'autant plus dommageable à La Réunion	138
2.4.4 Situations comparées des niveaux d'accessibilité, par secteurs géographiques	139
2.5 Le handicap à La Réunion, vu du monde associatif	143
2.5.1 Entretien avec deux présidents d'associations de personnes handicapées	143
2.5.2 Focus sur les déficients visuels : entretien avec un rééducateur spécialisé	146

CONCLUSION 150

PARTIE 3 : L'ACCESSIBILITÉ DES ESPACES NATURELS TOURISTIQUES ET DE LOISIRS : UNE NOUVELLE DIMENSION DES POLITIQUES PUBLIQUES – L'EXEMPLE RÉUNIONNAIS 151

INTRODUCTION 153

CHAPITRE 1 – RENDRE ACCESSIBLE LES ESPACES NATURELS : LES TENDANCES ACTUELLES SUR L'ÎLE DE LA RÉUNION 154

1) LES ESPACES NATURELS TOURISTIQUES ET DE LOISIR RÉUNIONNAIS : POTENTIELS D'ACCESSIBILITÉ ET OPPORTUNITÉS ASSOCIÉES 154

1.1 Accéder aux sites naturels : une opportunité pour améliorer l'accessibilité globale de l'île	155
1.2 Adapter les sites touristiques : une démarche de développement durable et un intérêt pour l'ensemble de la filière tourisme	155
1.3 Activités Physiques et Sportives de Nature Adaptées et sites touristiques à La Réunion	159

2) VERS DE NOUVELLES POLITIQUES D'ACCUEIL DES PMR POUR LES INSTANCES PUBLIQUES ET COLLECTIVITÉS TERRITORIALES RÉUNIONNAISES 162

2.1 Les nouvelles conceptions de l'accueil du public PMR, en pleine nature, à La Réunion	162
2.1.1 L'apparition d'une collaboration étroite avec le monde du handicap	162
2.1.2 Confort d'usage pour tous, sensibilisation écologique et développement durable	163
2.2 Des initiatives inédites à La Réunion	169
2.2.1 Des forêts primaires et des espaces protégés « remarquables », accessibles à tous	169
2.2.2 Des projets et des aménagements pilotes, grâce aux intercommunalités	172
2.2.3 L'information du public : un site web recensant les aménagements sur l'île	177

CHAPITRE 2 – LA PRISE EN COMPTE DES PMR DANS LES ESPACES NATURELS ET TOURISTIQUES RÉUNIONNAIS : ÉTUDE DE PUBLIC, PROSPECTIVE ET AIDE A LA DÉCISION 179

1) ENQUÊTE SUR LES PRATIQUES ET LES DÉPLACEMENTS DU PUBLIC HANDICAPÉ 179

1.1 Présentation de l'enquête	180
1.1.1 Élaboration de l'enquête	180
1.1.2 Échantillon et données de cadrage	181
1.2 Résultats et analyse	183
1.2.1 Lieu de vie	183
1.2.2 Les pratiques de déplacement : transports à disposition et utilisation quotidienne	184
1.2.3 Accès aux services et besoins vitaux (courses, santé)	186
1.2.4 Perception de l'accessibilité des sites naturels de l'île et attentes	187
1.3 L'accessibilité des sites naturels réunionnais : résultats des enquêtes « cartes »	192

1.3.1	<i>Accessibilité par secteur géographique</i>	192
1.3.2	<i>Typologie par milieu, des sites naturels cités</i>	195
1.4	Les principaux enseignements de l'enquête	197
2)	<u>RÉPONDRE AUX BESOINS D'ACCÈS À LA NATURE DES PERSONNES HANDICAPÉES SUR L'ÎLE : INFORMATION, OUTILS D'ÉVALUATION ET AIDE À LA DÉCISION</u>	198
2.1	Un premier accès aux espaces naturels : celui à l'information	198
2.2	L'accessibilité de sites touristiques naturels, de parcs et réserves naturelles : ce qui ce fait en matière d'information (on-line)	201
2.2.1	<i>Des cartes touristiques « améliorées » pour les petites collectivités et réserves</i>	201
2.2.2	<i>Des cartes spécifiques au webmapping dédié</i>	202
2.3	Des outils pour évaluer et hiérarchiser les sites naturels de La Réunion	203
2.3.1	<i>Les fondamentaux d'un diagnostic d'accessibilité</i>	203
2.3.2	<i>Diagnostics d'espaces naturels : vers un indice global d'accessibilité</i>	205
2.4	Proposition d'une cartographie novatrice, pour l'aide à la décision	214
	CONCLUSION	226
	CONCLUSION GÉNÉRALE	228
	ANNEXES	242
	BIBLIOGRAPHIE	272
	TABLE DES ACRONYMES	292
	TABLE DES FIGURÉS	296
	TABLE DES CARTES	297
	TABLE DES TABLEAUX	299
	TABLE DES PHOTOGRAPHIES	299
	TABLE DES GRAPHIQUES	300
	TABLE DES MATIÈRES	303
	RÉSUMÉ	308

Résumé

Cette thèse s'inscrit dans le champ de la géographie humaine et sociale et plus précisément dans celui des « *disability studies* ». En positionnant le handicap comme une « figure du social », la thèse analyse la prise en compte sociétale des personnes à mobilité réduite (PMR) dans des environnements non urbanisés, à très fort enjeu de développement touristique, récréatif et patrimonial.

Dans un premier temps, c'est la construction récente du handicap en tant que figure du social qui est abordée, en rappelant l'historique de la considération de la personne handicapée dans nos sociétés occidentales. Le modèle français et son principe fondamental d'accessibilité généralisée à tous les domaines de la vie sociale sont détaillés et la thématique « Nature et Handicap » est analysée plus précisément, en tant que développement d'un idéal de vie active pour les personnes en situation de handicap.

Dans un second temps, la thèse développe cette thématique sur le terrain particulier de l'Île de La Réunion et tente de répondre à une question à la fois simple et complexe : « comment vit-on avec une déficience aujourd'hui à La Réunion ? ».

Dans un dernier temps et sur la base de cette analyse du handicap au sein d'une société réunionnaise aux mutations accélérées, la thèse précise les tendances actuelles avec l'apparition de nouvelles politiques publiques d'accueil des PMR dans les espaces naturels et touristiques de l'île. S'appuyant sur une enquête originale, la thèse propose enfin des outils d'évaluation et d'aide à la décision spécifiques à ces espaces.

Mots clés : Handicap, La Réunion, Accessibilité espaces naturels, Politiques publiques d'accueil, Diagnostic d'accessibilité.

Université de La Réunion
UFR Lettres & Sciences Humaines



UMR Espace Dev - AIMS