

## Sommaire

### Accessibilité universelle

Editorial

3

Accessibilité universelle

L'accessibilité universelle, un droit pour tous

5

Les classifications : La CIH et la CIF

6

Le modèle de Processus de Production du Handicap

8

La rubrique du CIO

Lu pour vous

13

# Echos d'Inclusion !

(anciennement Handicaps-Info)

2015

Vol 30

N°4

Accessibilité  
universelle



Trimestriel édité par l'Association pour l'Innovation en Orthopédagogie  
en collaboration avec le Département d'Etudes et d'Actions Sociales  
de l'Université de Mons

**UMONS**  
Université de Mons

ASSOCIATION  
POUR L'INNOVATION  
EN ORTHOPÉDAGOGIE

**AIO**

**DEAS**  
Département d'étude & d'action sociale

[www.umons.ac.be/aio](http://www.umons.ac.be/aio)

Editeur responsable : Marie-Claire Haelewyck  
18 Place du Parc, 7000 Mons, Belgique

Nous vous proposons, pour terminer ce trentième volume d'*Echos d'Inclusion*, un article portant sur l'accessibilité universelle.

Si l'on veut promouvoir l'inclusion sociale et atteindre à une société organisée pour répondre aux besoins de tous, y compris les personnes ayant des limitations fonctionnelles, il est essentiel de mettre ce concept en œuvre. Nous verrons que l'accessibilité ne se limite absolument pas aux espaces publics ou transports en commun.

L'accessibilité universelle est une tendance mondiale qui s'avère maintenant incontournable.

« L'accessibilité universelle est le caractère d'un produit, procédé, service, information ou environnement qui, dans un but d'équité et dans une approche inclusive, permet à toute personne de réaliser des activités de façon autonome et d'obtenir des résultats équivalents »<sup>1</sup>.

La rubrique du CIO vous proposera de nouveau des informations documentaires pouvant rencontrer votre intérêt.

Nous vous souhaitons une bonne lecture.

**Michèle Isaac**

Centre pour l'Innovation  
en Orthopédagogie

**Marie-Claire Haelewyck**

Département d'Etudes et  
d'Actions Sociales

---

<sup>1</sup> LANGEVIN, ROCQUE, CHALGHOUMI et GHORAYEB (2011). *Accessibilité universelle et designs contributifs* (p. 11). Montréal : Université de Montréal.



*Robin Bastien et Marie-Claire Haelewyck*

## **I. L'accessibilité universelle, un droit pour tous**

L'accessibilité universelle est définie comme l'absence d'obstacle et de barrière empêchant un individu ou un groupe d'individus de participer à des activités de tout ordre et d'exercer ses droits en société. Il s'agit d'une notion intimement liée à la participation sociale : là où il n'y a pas d'accès, il ne peut y avoir de participation active de la personne. L'inclusion sociale, visée de cette accessibilité, est de plus en plus envisagée pour les personnes ayant des besoins spécifiques. Elle requiert la mise au point d'éléments nécessairement adaptés à toute personne en incapacité temporaire ou permanente de se déplacer, d'accéder librement et en toute sécurité à tous les lieux, produits et services que procure la société.

Des lois, conventions et déclarations ont été adoptées sous l'impulsion d'humanistes, mais particulièrement sous la volonté des ONG, des associations, des parents et des personnes en situation de handicap à faire valoir leurs droits (et devoirs) de participer activement au sein de leur communauté et de la société. Depuis la déclaration universelle des droits de l'Homme en 1948, ces écrits ont progressivement mis en évidence le caractère indispensable de fournir aux personnes handicapées des environnements qui leur sont accessibles.

En 1990, le Conseil économique et social des nations-unies autorisa la Commission du développement social à créer un groupe de travail chargé d'élaborer des règles pour l'égalisation des chances des enfants, des jeunes et des adultes handicapés. Ces règles, adoptées par l'Assemblée générale des Nations Unies en 1994, étaient destinées à garantir aux personnes handicapées les mêmes droits et obligations que leurs concitoyens en levant les obstacles qui les empêchaient d'en jouir effectivement. Les résultats obtenus ont donné lieu à l'élaboration d'une nouvelle déclaration des personnes handicapées, adoptée en 2006 par l'assemblée générale des nations-unies et ratifiée en 2009 par la Belgique et en 2010 par la France. Il y est clairement exprimé que les états-membres signataires doivent prendre les dispositions nécessaires en vue de favoriser l'accès des personnes handicapées aux bâtiments, voiries, transports

et lieux de vie, et aux services d'information, de communication et autres services.

En France, la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées marque également un retentissement dans les conceptions et réaménagements des infrastructures de la société pour permettre l'accessibilité de tous et de prendre en compte la singularité de chacun. Ainsi les lois, qu'elles soient adoptées dans un contexte international ou national, ont évolué pour passer de l'identification des obstacles environnementaux, à leur élimination.

## II. Les classifications : La CIH et la CIF

Afin d'être en mesure de bien cerner l'importance de l'accessibilité de l'environnement pour les personnes vivant une situation de handicap, faisons un bref portrait de la situation sur les modèles conceptuels antérieurs et actuels du handicap. Des classifications internationales sont mises sur pied afin d'évaluer les différentes politiques de la santé publique et de comparer les données épidémiologiques des différents pays. Ces classifications ont aussi pour objectif d'assurer un langage commun entre les chercheurs et les professionnels de la santé.

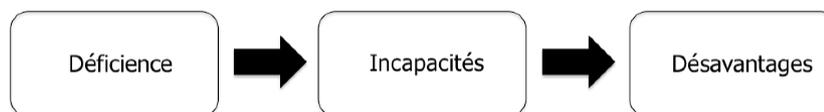


Figure 1. Classification Internationale du Handicap (Déficience, incapacités, désavantage ; OMS, 1980)

Dans les années 1970, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a octroyé à Philip Wood, médecin britannique, la lourde tâche de créer une classification des conséquences des maladies et de faire l'état de leur implication en termes de coûts sociaux aux autorités de santé publique. La CIH est ainsi née en 1980 et a pris la forme d'un modèle explicatif qui considère qu'une déficience (atteinte d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique) amène à une incapacité (réduction de la capacité d'accomplir une activité d'une façon considérée normale), qui à son tour conduit à un désavantage social, c'est-à-dire à la limitation de l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal

avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels (Voir figure 1) Les critiques, notamment émises par les personnes en situation de handicap à l'encontre de ce modèle, mettent en lumière l'absence de prise en compte de l'implication des facteurs environnementaux dans l'émergence du handicap et sa linéarité simpliste traduisant le handicap comme une conséquence intrinsèquement liée à l'individu. Une version améliorée, la *Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF, ou CIH-2)* a alors été publiée en 2001. Actuellement cadre de référence en Europe occidentale, elle inclut les facteurs environnementaux (physiques et sociaux) et personnels (caractéristiques personnelles non liées à un problème de santé comme le sexe, l'âge, la personnalité) sous le vocable de « facteurs contextuels » interagissant avec l'état de santé de la personne sur les activités et la participation de l'individu. L'intérêt de la version réside dans sa volonté d'universalité et l'adoption de termes neutres voire positifs. Toutefois, les limites du modèle tiennent à la relégation des facteurs personnels au rang de figurants et à la mauvaise articulation des facteurs environnementaux qui ne permettent pas de cibler dans quelle mesure ceux-ci interviennent. L'Europe occidentale est largement héritière de ce modèle d'origine médical, où le traitement du handicap passe par les soins médicaux pour guérison et/ou réadaptation de l'individu ou par le changement de son comportement. La vision dégagée par les tenants du modèle considère l'être humain d'un point de vue mécaniste, où les éventuelles brisures du corps humain peuvent être réparées et fonctionner à nouveau. On le voit bien encore de nos jours, la création de telles classifications, de tels concepts du handicap, influence les mentalités et idéologies de toutes personnes non concernées par le handicap.

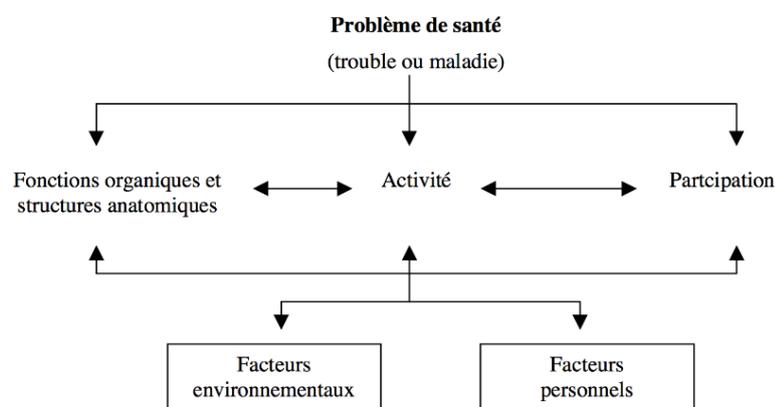


Figure 2. Schéma de la CIF (CIH-2 ; OMS, 2001)

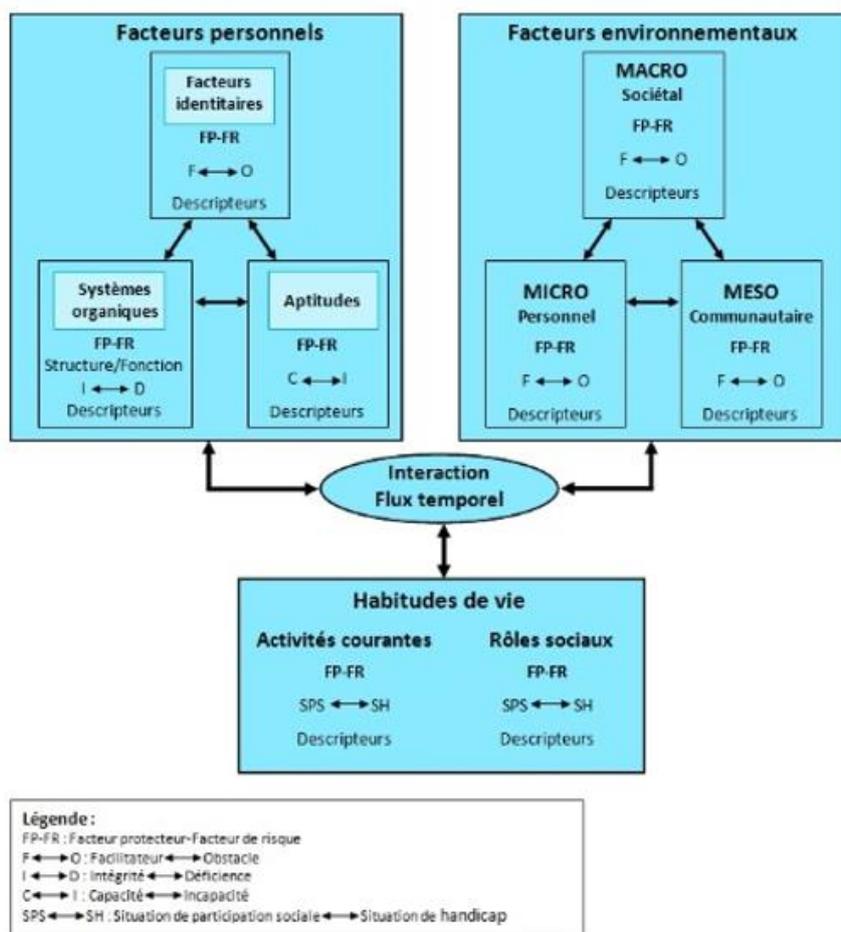
### **III. Le modèle de Processus de Production du Handicap, une classification venue du Québec**

Parallèlement aux travaux de révision de la CIH par l'OMS, une équipe québécoise menée par le docteur Patrick Fougeyrollas, anthropologue à l'Université de Laval, a développé un modèle explicatif alternatif de Processus de Production du Handicap (PPH) dont une première version a été publiée en 1998 et ensuite bonifiée en 2010. Cette équipe dénonce clairement la classification européenne, jugée trop centrée sur les limitations de la personne comme source des désavantages sociaux et qui néglige le fait de reconnaître explicitement les obstacles environnementaux comme cause de l'inégalité des chances et des violations des droits humains pour les personnes ayant des incapacités.

Selon Fougeyrollas (2010), le handicap est une construction culturelle ayant des conséquences sociales importantes. Au début des années 1990, une définition du handicap émerge des personnes ayant elles-mêmes des limitations. Elles considèrent que l'apparition du handicap provient de l'interaction entre la déficience, la limitation fonctionnelle *et* une société qui produit des barrières empêchant leur intégration. Cette définition s'est révélée significative sur l'évolution de ce concept. En effet, il est possible de percevoir dans cette définition que la limitation de l'activité est certes un problème, mais que la société empêche également l'intégration complète de la personne en mettant des obstacles sur son chemin. Il ne faut donc plus considérer la personne responsable de sa non-intégration, mais bien l'ensemble des facteurs qui l'entourent, dont son environnement physique et social. La conception du modèle de l'équipe québécoise a aussi été fortement influencée par la vision de Pierre Minaire (1970), psychiatre français, qui a été le premier à avoir utilisé le terme de « handicap de situation ». Le PPH suit par conséquent cette philosophie en prenant en considération plusieurs éléments importants tels que les facteurs personnels, environnementaux et les habitudes de vie de la personne, et permet d'appréhender les impacts sociaux des traumatismes et des maladies.

Le modèle de PPH contient trois domaines, chacun constitué de dimensions en interaction les unes avec les autres (Figure 3). Le premier domaine regroupe les facteurs personnels. Il comprend les facteurs identitaires (âge, sexe, ethnie), les systèmes organiques (système nerveux, locomoteur, ...) dont les atteintes s'inscrivent sur un continuum allant de l'intégrité à la déficience, et les aptitudes (se déplacer, penser, respirer, ...) allant de la capacité à l'incapacité. Le deuxième

domaine réfère aux facteurs environnementaux. Il démontre l'importance de prendre en considération l'ensemble des milieux qui entoure la personne ayant une déficience ou un handicap. En effet, les personnes fréquentent des milieux physiques (logement personnel, classes scolaires) que l'on peut qualifier de « microsystème », des milieux communautaires (école, centres de loisirs, églises, etc.) qualifiés de « mésosystème », et enfin dans un contexte qui soit sociétal, culturel, ou politique que sont les « macrosystèmes ». Ces trois systèmes interagissent ensemble et s'inscrivent sur un continuum allant de facilitateur à obstacle. A l'inverse des facilitateurs, les obstacles créent des situations de handicap et empêchent la réalisation complète des habitudes de vie tenues par la personne lorsqu'ils interagissent avec des facteurs personnels. L'environnement sera ainsi favorable à l'inclusion des personnes à besoins spécifiques si tous les systèmes, qu'ils soient micro, méso ou macro fournissent en interrelation des adaptations adéquates.



**Figure 3.** Modèle de développement humain et Processus de production du handicap (MDH-PPH 2) (Fougeyrollas, 2010)

Les habitudes de vie constituent le troisième domaine du modèle. Il est quant à lui divisé en deux catégories distinctes que sont les activités courantes et les rôles sociaux. Il est possible d'évaluer si la qualité de leurs réalisations respectives va de la pleine participation sociale à la situation de handicap. Chacune des dimensions de chaque domaine peut être ainsi qualifiée soit de facteur de risque, soit de facteur protection vis-à-vis de l'apparition d'une situation de handicap.

L'avantage de la classification québécois, par rapport à la CIF (CIH-2), est qu'elle est accompagnée d'instruments d'évaluation de la participation sociale des personnes<sup>2</sup> sans référence au type de déficience. Un premier instrument, la MHAVIE, permet de déterminer dans quelle mesure un environnement donné présente des obstacles pouvant entraver l'exercice des habitudes de vie de la personne dans différentes sphères de la vie quotidienne. On évalue le niveau de réalisation des habitudes de vie, celles-ci allant de « *sans difficulté* », « *réalisées par substitution* », à « *non-réalisées* ». Le type d'aide requis fait également l'objet de l'évaluation allant de « l'absence d'aide », la nécessité d'une « aide technique ou humaine », à un « aménagement ». Un second instrument est la Mesure de la qualité de l'environnement (MQE). Avec celui-ci, la personne a la possibilité, en fonction de ses capacités et limites, d'estimer l'influence qu'entraîne son environnement dans l'exercice de ses habitudes de vie. On y détermine ainsi les facilitateurs et les obstacles de l'environnement (physique, matériel, social).

L'exemple suivant montre l'utilité de tels outils dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap. En Belgique francophone, un Budget d'Assistance Personnelle (B.A.P.) est mis en place pour les personnes en situation de handicap. Il s'agit d'un versement d'allocation à la personne qui lui permet de se procurer les services qu'elle estime avoir *réellement besoin* pour assurer son autonomie. Les objectifs du B.A.P. sont d'augmenter l'emprise par les personnes des prestations sur les services et par la même occasion son autodétermination, d'élargir les choix possibles de services, d'améliorer leur estime de soi et leur qualité de vie. Une recherche menée par notre service d'Orthopédagogie clinique (Haelewyck & Allard, 2007) a révélé qu'au plus les résultats à la MHAVIE sont élevés (signifiant un besoin d'aménagement conséquent), au plus les montants octroyés au B.A.P. sont importants. Cette conclusion amène à penser que la MHAVIE constitue un outil à ne pas négliger dans la construction

---

<sup>2</sup> Tous ces instruments sont disponibles sur le site suivant : <http://www.ripph.qc.ca>

éventuelle des budgets personnalisés puisqu'elle permet de diagnostiquer quelles habitudes de vie sont entravées et nécessitent une assistance humaine ou technique, ou bien un aménagement de l'environnement.

## **Conclusion**

Dans une politique d'inclusion sociale, les pouvoirs publiques se doivent de rendre accessible aux personnes plusieurs éléments dans différents domaines. En ce qui a trait au domaine de l'accès aux lieux publics et aux transports en commun, une signalétique de qualité, un accueil et un accompagnement humain sont très importants pour faciliter l'accessibilité des personnes ayant d'une déficience intellectuelle. Dans le domaine éducatif, tous les enfants, peu importe leur déficience ou leurs limitations, ont droit à la scolarisation qu'ils désirent comme tous les jeunes de leur âge. Ceci implique le devoir des établissements scolaires de fournir une pédagogie inclusive, offrant des méthodologies d'apprentissage variées et rendant compte de la singularité de chacun des élèves. Pour le domaine civique, chaque personne citoyenne possède le droit de vote, impliquant l'obligation des autorités publiques d'adapter l'information et les moyens de vote, et évidemment l'accès au bureau de vote. L'accès aux services de santé est très important pour toutes personnes autant sur le plan préventif que curatif. Enfin concernant le travail des personnes à besoins spécifiques, leurs tâches et environnements peuvent être adaptés dans l'optique d'une inclusion optimale dans la société.

Le modèle du PPH n'est pas encore utilisé majoritairement en France, mais sa pertinence se fait de plus en plus connaître par les politiques européennes d'inclusion sociale des personnes en situation de handicap. Son intérêt est de donner des pistes amenant à des interventions autant sur l'environnement physique et social de la personne qu'auprès de la personne elle-même. Bien que cette dernière puisse présenter des limitations, l'environnement se doit d'être accessible et adapté aux besoins de la personne afin de faciliter son inclusion dans la société et de diminuer les obstacles qu'elle peut rencontrer. L'accessibilité universelle doit s'inscrire dans une politique globale et non seulement spécifique au handicap. Elle doit se situer au sein d'un développement durable englobant les aspects économiques, sociaux, environnementaux et culturels. La convention de l'ONU (2006) le revendique

d'ailleurs: il faut *entreprendre et encourager les démarches de recherche et de développement des biens, services, équipements et installation en termes de conception universelle, c'est-à-dire accessible à tous, dans toutes la mesure possible*. Ce principe, conjugué à l'accès à tout pour tous est le fondement même de l'accessibilité universelle (Haelewyck, Decoster, & Coppée, 2012).

Aménager le territoire constitue un défi majeur en termes de faisabilité et d'économie, mais qui au long terme pourrait s'avérer bénéfique pour cette même économie en augmentant l'accès des personnes aux produits fournis par la société, en leur permettant l'accès aux activités qu'actuellement elles n'ont pas l'occasion d'effectuer. De plus, c'est l'aménagement *a posteriori*, pensé à la base sans vision globale, qui inflige des coûts budgétaires conséquents. Enfin, ne pas omettre que supprimer les barrières physiques à l'accès passe par l'identification des barrières idéologiques concernant le handicap. Cela implique de poursuivre les pratiques de sensibilisation auprès du public à large échelle, de former les constructeurs d'aujourd'hui et de demain à la notion de conception universelle. Enfin, il est important d'insister sur le fait que l'amélioration des conditions d'inclusion ne peut se faire sans une concertation systématique des responsables auprès des personnes constamment confrontées à des situations de handicap.

## Lu pour vous

**Baghdadli, A., Darrou, C. & Meyer, J. (2015). *Education thérapeutique des parents d'enfants avec troubles du spectre autistique. Informer, former, accompagner*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.**

Les troubles du spectre autistique (TSA) sont des anomalies du neurodéveloppement d'apparition précoce chez le jeune enfant, responsables de perturbations durables et sévères de la communication et de la relation. Les familles confrontées aux TSA sont en grande difficulté pour obtenir auprès des professionnels de santé une information appropriée, leur permettant de mieux comprendre leur enfant et de mettre en place son accompagnement à domicile.

Ainsi, cet ouvrage aborde dans un premier temps une information actualisée sur les TSA, puis le programme d'accompagnement éducatif individualisé avec les techniques d'intervention susceptibles d'être mises en place au domicile.

Ce programme, développé par l'équipe du Professeur Amaria Baghdadli au sein du Centre de ressources autisme du CHRU de Montpellier, est à destination des professionnels. L'ouvrage se veut pratique, afin de leur servir de support pour l'animation d'un groupe d'éducation thérapeutique, avec le détail des sessions, le contenu et le matériel nécessaires.

**Caradec, V. (2012). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement : Domaines et approches*. 3<sup>ème</sup> édition. Paris : Armand Colin.**

La population âgée change de visage. Les « vieillards » d'autrefois sont devenus des « retraités ». L'image des jeunes « seniors » pleins de vitalité, mais exclus précocement de l'emploi cohabite avec celle des « personnes âgées dépendantes », cibles des politiques sociales.

Face aux réalités mouvantes et complexes de la vieillesse, le regard sociologique se révèle très précieux. L'auteur explore ici la manière dont cet âge de la vie s'est trouvé mis en forme dans les sociétés occidentales, en mettant l'accent sur le rôle joué par les politiques publiques. Synthétisant ensuite les données de nombreuses enquêtes, il dresse le portrait de la population âgée, insistant sur son hétérogénéité. Il éclaire, enfin, le processus et l'expérience du vieillissement individuel après la retraite.

Cette 3e édition refondue revisite chacune de ces perspectives en intégrant les résultats des recherches les plus récentes.

**Cottraux, J. (sous la direction de), Rivière, V., Regli, G., Coudert, C. & Tréhin, P. (2015). *Prise en charge comportementale et cognitive du trouble du spectre autistique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.**

Cet ouvrage est destiné aux professionnels de la prise en charge des enfants autistes ainsi qu'à leur famille. Mais il s'adresse aussi au grand public qui souhaite une information scientifique au sujet d'un trouble qui atteint environ 1% des nouveaux nés.

Après une définition du Trouble du Spectre Autistique (TSA), fondée sur la classification du DSM-5, une synthèse des recherches neurobiologiques et psycho-sociales récentes est présentée. Le diagnostic avant l'âge de deux ans, et même, si possible, dans la première année, doit guider le clinicien vers la mise en place d'une approche psycho-éducative dans laquelle les thérapies cognitives et comportementales ont une place prépondérante. Trois méthodes ont été validées par la Haute Autorité de Santé (HAS) : la méthode ABA (Analyse Appliquée du Comportement) ; le modèle d'intervention précoce de Denver, fondé sur la psychologie du développement ; la méthode TEACCH : Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHILDren.

**Lee, J.A.B. (2001). *The empowerment approach to social work practice. Building the beloved community. Second edition. New York : Columbia University Press.***

Renforcé par l'utilisation d'études de cas, ce livre présente cinq perspectives sur la compréhension à la fois individuelle et collective de l'oppression : historique, écologique, critique, éthique, et féministe.

La deuxième édition met davantage l'accent sur le « comment faire » et introduit plus de matériel concernant le récit et l'approche constructiviste de l'autonomisation.

L'ajout le plus innovant est un nouveau chapitre destiné à identifier les problèmes mondiaux de l'oppression.

**Leider, B. & Moulaert, T. (2014). *Emulations 13 : Résistance(s) et vieillissement(s)*. Louvain-la-Neuve : Presses universitaires de Louvain (<http://pul.uclouvain.be>).**

La thématique de ce numéro d'*Émulations* est née de la volonté de mener une réflexion conjointe sur ces deux termes: résistances et vieillissements. Que peut-on dire des résistances quand l'avancée en âge situe l'individu dans la catégorie d'aîné, comment l'appréhender au-delà de différents clichés ou images simplificatrices que sont notamment la figure de la personne âgée imbuvable ou, à son opposé, celle d'un individu éteint, amorphe? À qui, à quoi les aînés résistent-ils, avec quelles ressources, à quelles fins? Quels liens la résistance entretient-elle avec d'autres processus comme l'acceptation, voire l'adhésion?

Afin de répondre à ces questions, ce numéro s'organise autour de trois types de matériaux. D'abord, sept articles individuels explorent les expériences de la résistance (et l'étonnante absence de résistance collective) déclinée par des publics diversifiés (personnes en perte d'autonomie, hommes et femmes en fin de carrière, seniors arpentant les allées des « salons seniors », femmes ménopausées ou retraités engagés dans le secteur associatif). Ensuite, un dossier prend l'habitat comme espace de réflexion original sur la résistance à travers deux formes particulières (innovation d'habitat pour aînés et institutions plus « traditionnelles »).

Finalement, l'interview du sociologue Bernard Ennuyer vient apporter un vent de fraîcheur en montrant comment, par son engagement tout au long de sa

carrière de professionnel et de chercheur, la résistance à l'enfermement dans des idées est une leçon de vie dont rendent compte, *in fine*, l'ensemble des contributions de ce numéro.

**Macy, J. & Brown, M. (2014). *Coming back to life. Gabriola Island : New Society Publishers.***

De profondes crises mondiales nous entourent. Nous sommes assaillis par le changement climatique, la fracturation, l'extraction des sables bitumineux, les OGM, et des extinctions massives d'espèces, sans parler de la prolifération des armes nucléaires et de Fukushima, la pire catastrophe nucléaire de l'histoire. Beaucoup d'entre nous sont en proie au désespoir alors même que nous nous sentons appelés à répondre à ces menaces. Joanna Macy et Molly Brown abordent l'angoisse vécue par ceux qui voudraient affronter les dures réalités de notre temps.

Dans cette édition entièrement mise à jour, elles montrent comment la douleur, la colère et la peur sont des réponses saines aux menaces à la vie et comment la pratique révolutionnaire du « travail qui Reconnecte » peut nous libérer de la paralysie ou de la panique.

De nouveaux chapitres concernent le travail en entreprise et l'engagement des communautés de couleur ainsi que des jeunes. Le « travail qui reconnecte » est répandu dans le monde entier, inspirant des centaines de milliers de personnes à travailler dans une culture de la survie.

Partant de fondements théoriques à propos de l'angoisse de notre ère et de la manière de combattre l'apathie, il offre des conseils personnels ainsi que des méthodes faciles à utiliser dans le cadre du travail de groupe.