

Comment appréhender les personnes en situation de handicap : l'exemple des déplacements

Virginie DEJOUX

Institut de démographie de l'Université Paris 1/Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux (Ifsttar)

Longtemps assimilé à l'infirmité de la personne, le handicap est davantage perçu aujourd'hui, comme une situation résultant de l'interaction entre plusieurs facteurs, notamment des facteurs personnels et des facteurs environnementaux. C'est ainsi que, pour comprendre et tenter de compenser le handicap, les travaux d'analyse sont progressivement passés de l'examen centré sur la personne handicapée à l'analyse de la situation de handicap, tenant à la fois compte de ses composantes personnelles et environnementales. Résultant donc d'une interaction entre de nombreux facteurs, comme la plupart des vulnérabilités, la situation de handicap est une notion complexe et difficile à appréhender et à mesurer. Dans le cas du handicap, la vulnérabilité est le résultat au départ de facteurs intrinsèques aux individus, que sont les maladies ou la présence de déficiences. Ces facteurs sont alors susceptibles d'exposer les personnes atteintes d'une maladie ou d'une déficience à l'apparition d'une incapacité et, selon le contexte social et environnemental des personnes, à l'apparition d'une situation de handicap pouvant entraîner la manifestation d'un besoin. Comment détecter les personnes en situation de handicap ? Doit-on favoriser ou compiler les approches quantitatives et/ou qualitatives ? Quels sont les avantages et les limites des différentes sources de données sur cette thématique ? Autant de questions auxquelles cette communication tentera d'apporter des réponses.

Pour répondre à ces objectifs, nous nous centrerons sur les situations de handicap lors des déplacements. La mobilité, qui conditionne la vie sociale et l'intégration de la personne, est en effet une valeur essentielle de notre société. Les difficultés à se déplacer, entraînant la non-mobilité ou la mobilité réduite, peuvent constituer un frein à la participation et à l'insertion sociale et faire ainsi apparaître des inégalités. En effet, la réduction de la mobilité, en conduisant les personnes concernées à un isolement social et à une précarité économique, peut être à l'origine d'un processus de vulnérabilisation socio-économique.

Ainsi, nous proposons d'exposer les différentes approches méthodologiques permettant d'analyser les pratiques et comportements des personnes concernées, en insistant sur les avantages et les limites des différentes sources.

Dans un premier temps, nous définirons la notion de situation de handicap et expliciterons l'ensemble des facteurs interactifs qui en sont à l'origine, afin de bien cerner ce

concept et mettre en avant toute sa complexité. Dans un deuxième temps, nous nous attacherons à la manière dont peuvent être détectées les personnes en situation de handicap lors des déplacements à partir d'approches quantitatives. Pour cela, nous illustrerons nos propos avec les enquêtes nationales transports réalisées par l'Insee en collaboration avec l'Ifsttar (Institut français des sciences et des technologies du transport et de l'aménagement routier) en 1993-1994 et 2007-2008 et les enquêtes Handicaps-incapacités-dépendances et Handicap-santé, conduites par l'Insee respectivement en 1999 et 2008. Enfin, à partir des limites et biais de l'approche quantitative, nous montrerons l'intérêt de s'appuyer en complément sur une approche qualitative.

De la personne déficiente à la situation de handicap

La première définition du handicap est apparue dans un rapport de 1967, où François Bloch-Lainé (inspecteur général des finances) écrit : « Sont inadaptés à la société dont ils font partie : les enfants, les adolescents et les adultes qui, pour des raisons diverses, plus ou moins graves, éprouvent des difficultés plus ou moins grandes, à être et à agir comme les autres. De ceux-là on dit qu'ils sont des handicapés parce qu'ils subissent, par suite de leur état physique, mental, caractériel ou de leur situation sociale, des troubles qui constituent pour eux des handicaps, c'est-à-dire des faiblesses, des servitudes particulières par rapport à la normale ; la normale étant définie comme la moyenne des capacités et des chances de la plupart des individus vivant dans la même société ». Nous voyons bien, au travers de cette définition, que, à cette époque, le handicap est perçu comme la responsabilité de l'individu lui-même, et que c'est à lui de s'adapter à la société, pour devenir le plus semblable à la moyenne des individus. Ce modèle, qualifié d'individuel, est présenté par Philip Wood et repris par l'Organisation mondiale de la santé en 1980, dans la « Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités, désavantages » (CIH). Le handicap est alors présenté comme un désavantage¹ résultant d'une maladie, d'un accident de la vie qui entraîne une incapacité². Ce modèle se fonde ainsi sur la relation linéaire de cause à effet entre les déficiences³ et les désavantages, expliquant l'expérience sociale négative des personnes par leurs attributs personnels.

À partir du refus d'expliquer le handicap par les caractéristiques individuelles des personnes, les modèles sociaux vont apparaître. Le modèle social appréhende le handicap comme étant lié à l'ensemble des barrières physiques ou socioculturelles qui font obstacle à la

¹ « Le désavantage social d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels » (OMS, 1980).

² Incapacité : « toute réduction, partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain » (OMS, 1980). Par exemple, incapacités à marcher, à se lever, à s'habiller, à communiquer, à mémoriser...

³ Déficience : « toute perte de substance ou altération d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique » (OMS, 1980).

participation sociale et à la pleine citoyenneté des personnes. Depuis la première définition, il y a eu ainsi un réel changement dans la vision de celui-ci. On est passé d'une vision centrée sur l'individu à une vision centrée sur l'environnement, où c'est la société qui doit s'adapter à l'individu pour la rendre accessible à tous.

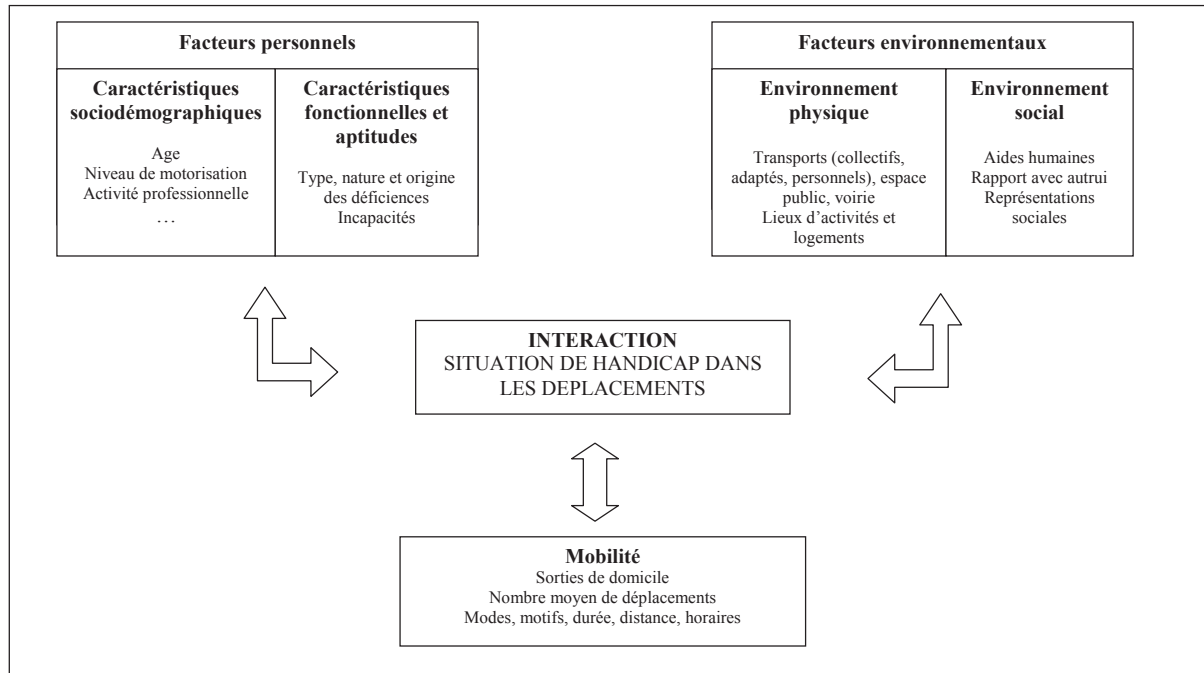
La mise en interaction de ces deux modèles débouche aujourd'hui sur ce que l'on nomme « la situation de handicap ». Définie par Patrick Fougeyrollas et ses collaborateurs québécois, « la situation de handicap est vue comme une limitation des habitudes de vie d'un individu découlant d'une interaction entre des facteurs personnels (déficiences, incapacités) et les facteurs environnementaux agissant comme facilitateurs ou obstacles » (Fougeyrollas et al., 1998). Ce modèle, dit interactif, influence fortement la nouvelle classification qui est adoptée en 2001 : la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), ainsi que la dernière définition du handicap énoncée dans la loi du 11 février 2005, pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : « 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 ».

En conséquence, l'environnement devient progressivement un élément sur lequel se concentre la réflexion. 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. Trois composantes ressortent donc des modèles interactifs présentés ci-dessus qui, mises en interaction, peuvent aboutir à une situation de handicap : les habitudes de vie de la personne, les facteurs personnels et les facteurs environnementaux. L'interaction de ces trois composantes montre bien toute la complexité du concept de « situation de handicap », et la nécessité d'adapter ses composantes et, par là même, ses mesures, aux différentes activités étudiées. Dans le cadre de nos précédents travaux sur la mobilité quotidienne, nous avons mis en avant les différents facteurs à l'origine d'une situation de handicap lors des déplacements (schéma 1).

Selon ce schéma, la première composante du processus de création d'une situation de handicap lors des déplacements concerne les facteurs personnels, comprenant, d'une part, les caractéristiques sociodémographiques et, d'autre part, les caractéristiques fonctionnelles et les aptitudes. La deuxième composante de ce schéma concerne les pratiques de mobilité, que l'on peut aborder, d'un côté, au travers de l'immobilité et de la fréquence des sorties du domicile des personnes devant faire face à cette situation de handicap, de l'autre, grâce aux caractéristiques spécifiques des déplacements des personnes qui ont déclaré une gêne. Les facteurs environnementaux constituent enfin la dernière composante du processus interactif de la situation de handicap lors des déplacements. Nous pouvons alors distinguer les facteurs environnementaux physiques (accessibilité de l'ensemble de la chaîne du déplacement) et les facteurs environnementaux sociaux (présence d'aide humaine, impact du regard des autres).

À partir de la complexité de la définition de la situation de handicap et des nombreux facteurs interactifs qui en sont à l'origine, nous pouvons maintenant nous demander comment détecter, dénombrer et étudier les comportements des personnes concernées à partir, d'une part, d'approches quantitatives et, d'autre part, d'approches qualitatives.

SCHÉMA 1 : INTERACTION DE FACTEURS ABOUTISSANT À UNE SITUATION DE HANDICAP



Source : V. Dejoux, 2010.

Approche quantitative : des différents facteurs étudiés séparément à la prise en compte globale de la situation

Dans le champ du handicap, deux grandes enquêtes nationales sont disponibles et permettent d'obtenir des données représentatives de la population en France : l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance (HID) et l'enquête Handicap-santé (HS) (encadré 1). Une partie des facteurs énoncés précédemment comme à l'origine d'une situation de handicap lors des déplacements sont questionnés dans ces enquêtes.

Nous pouvons ainsi détecter les personnes¹ :

- atteintes d'une déficience : en 2008, environ 30,6 millions de personnes âgées de 15 ans ou plus déclarent au moins une déficience visuelle, 12,1 millions au moins une déficience motrice, 10,8 millions au moins une déficience psychologique, 6,7 millions au moins une déficience auditive et 1 million au moins une déficience du langage ;
- souffrant d'une limitation fonctionnelle ou restriction d'activité : par exemple, 3,8 % des personnes ne peuvent pas marcher 500 mètres ou le font avec grande difficulté, 4,4 % ne

¹ Les exemples sont issus de l'enquête HSM 2008 et concernent les personnes âgées de 15 ans et plus.

- peuvent pas monter un étage d'escalier sans aide et 3,4 % rencontrent des difficultés pour utiliser un moyen de déplacement ;
- bénéficiant d'une allocation ou prestation en raison de son état de santé : 7,5 % perçoivent cette allocation ou bénéficie d'une prestation, telles que l'Allocation pour adultes handicapés, les indemnités journalières de la Sécurité sociale, une rente d'incapacité, une allocation personnalisée autonomie... ;
 - rencontrant des difficultés d'accès : pour 2,3 % des personnes âgées de 15 ans ou plus, certains lieux sont difficiles ou impossibles d'accès comme les lieux de loisirs, les transports... ;
 - nécessitant l'aide de quelqu'un dans la vie quotidienne : 21,2 % des personnes sont aidés ou ont besoin d'aide.

Encadré 1 : les enquêtes HID et HSM

L'enquête Handicaps-incapacités-dépendance est une enquête de l'Insee décrivant les conséquences des problèmes de santé sur l'intégrité physique, la vie quotidienne et la vie sociale des individus, en France métropolitaine. L'enquête s'est déroulée sur quatre années et comporte un volet institutions (deux passages, en 1998 et 2000) et un volet ménages ordinaires (deux passages, en 1999 et 2001). Le second passage était destiné à mesurer certains flux et l'évolution des situations. Ainsi étaient réinterrogés les mêmes individus que lors du premier passage. La première phase de l'enquête auprès des personnes vivant en ménage ordinaire, qui nous intéresse plus particulièrement dans l'étude de la mobilité quotidienne, a consisté en un questionnaire de « filtrage » dit « Vie quotidienne et santé » (VQS) et intégré au recensement de 1999. Dans une deuxième phase, fin 1999, les personnes sélectionnées ont été interrogées sur la description de l'incapacité, de ses origines et de ses conséquences ainsi que des aides et des besoins des individus. La collecte s'est déroulée du 2 novembre 1999 au 31 janvier 2000. Il y a eu environ 17 000 répondants.

L'enquête Handicap-santé, réalisée par l'Insee et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), à l'instar d'HID, est constituée d'un volet « ménages » concernant les personnes vivant en logement ordinaire (enquête HSM, 2008) et d'un volet « institutions » (HSI, 2009). Elle est également complétée par une enquête auprès des « aidants informels » (HSA, 2008). L'échantillon est tiré dans la base des répondants à l'enquête de filtrage Vie quotidienne et santé (VQS), effectuée en 2007 auprès d'environ 140 000 ménages. La collecte de l'enquête HSM est réalisée en face-à-face, auprès de 39 000 personnes, en tenant compte des extensions locales (Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Rhône-Alpes et Dom). La collecte de l'enquête Handicap-santé en ménage s'est déroulée entre le 31 mars 2008 et le 19 juillet 2008.

Toutefois, aucune de ces données ne répond à la question « Combien y a-t-il de personnes en situation de handicap en France aujourd'hui ? ». D'une part, parce que ces indicateurs prennent en compte chacun des facteurs séparément et, d'autre part, parce qu'il n'y a pas de réponse unique à cette question. En effet, une même personne peut à la fois se

trouver en situation de handicap face à l'emploi, et ne pas connaître cette situation dans ses loisirs. Concernant les déplacements quotidiens, cela se complexifie encore plus, dans la mesure où une même personne peut se trouver en situation de handicap pour certains déplacements et pas pour d'autres.

Néanmoins, pour analyser les comportements et besoins des personnes concernées, il nous faut tenter d'apporter une réponse, ici à la question : combien y a-t-il de personne en situation de handicap lors des déplacements ? Comme nous l'avons dit précédemment, dans le champ du handicap, deux enquêtes nationales existent, que sont HID et HSM. Dans le champ de la mobilité, sur lequel nous nous appuyons ici, différentes enquêtes ont également été réalisées. Au niveau national par exemple, nous pouvons citer les enquêtes transports (encadré 2).

Encadré 2 : les enquêtes transports

Depuis le milieu des années 1960, cinq éditions de ces enquêtes ont été réalisées. L'objectif est la connaissance des déplacements des ménages résidant en France métropolitaine et de leur usage des moyens de transport, tant collectifs qu'individuels. Ces enquêtes décrivent tous les déplacements quels que soient le motif, la distance, la durée, le mode de transport et le moment de la journée. Elles permettent aussi de recenser l'ensemble des véhicules – y compris les deux-roues motorisés et les vélos – dont disposent les ménages et de connaître leur utilisation. La collecte de la dernière édition s'est déroulée d'avril 2007 à avril 2008. Elle a été conduite par le Service Économie, statistiques et prospective (Sesp) du ministère des Transports, de l'Équipement, du Tourisme et de la Mer (MTETM) et l'Insee. En incluant les extensions régionales, 20 200 ménages et près de 45 000 individus ont été enquêtés.

Au vu des données disponibles dans ces différentes enquêtes handicap et transport, et afin de prendre en compte la globalité de la situation de handicap lors des déplacements, deux approches différentes peuvent être envisagées : les personnes en situation de handicap lors des déplacements pourraient être détectées soit à partir de leur déclaration de gêne, soit à partir de la réduction de leur mobilité.

Selon la définition que nous avons évoquée précédemment, la gêne résultant de la confrontation entre un problème de santé et un environnement inadapté semble être l'indicateur le plus adéquat pour détecter la situation de handicap lors des déplacements. Dans l'objectif d'identifier ces situations de handicap, la question exprimant la gêne lors des déplacements a été incluse aussi bien dans les enquêtes sur le handicap que sur celles portant sur les déplacements depuis le début des années 1990 (encadré 3) ; elle est toutefois absente de la dernière enquête handicap (HSM).

Encadré 3 : énoncés de la question sur la gêne dans les enquêtes HID et ENTD (enquêtes nationales transports et déplacements)

HID : « Dans vos déplacements en dehors du domicile, êtes-vous gêné(e) du fait d'un handicap ou d'un problème de santé ? »

- Pas de gêne
 - Gêné(e), mais peut se déplacer seul(e) sur tous les itinéraires
 - Gêné(e), mais peut se déplacer seul(e) sur certains itinéraires
 - Ne peut se déplacer seul(e)
- ENTD :** « (PRÉNOM) est-il gêné(e) physiquement ou limité(e) dans ses déplacements hors de son domicile (quel que soit le mode de transport utilisé) ? »
- Non, n'est pas limité(e) dans ces déplacements
 - Oui, gêné(e), mais (PRÉNOM) peut se déplacer seul(e) sur tous les itinéraires
 - Oui, gêné(e), (PRÉNOM) ne peut se déplacer seul(e) que sur certains itinéraires
 - Oui, gêné(e) (PRÉNOM) ne peut pas se déplacer seul(e)

Comme l'indique le tableau 1 confrontant les deux sources, en France, en 2007, comme en 1999, près de 10 % de la population se déclare gênée lors de ses déplacements en dehors de son domicile. Près de 3 % de ces personnes ne peuvent se déplacer seules.

TABLEAU 1 : RÉPARTITION DE LA POPULATION SELON LA GÊNE DECLARÉE DANS LES ENQUÊTES
HID ET ENTD

	Enquête HID 1999 ¹		Enquête HID (même champ que ENTD) ²		Enquête ENTD 2007-2008 ³	
	Effectifs*	%	Effectifs*	%	Effectifs*	%
Niveau de gêne lors des déplacements						
Pas de gêne	47,2	89,8	41,0	88,6	44,2	89,9
Gênée, mais peut se déplacer seule	2,3	4,4	2,3	5,0	2,3	4,7
Gênée, mais peut se déplacer seule sur certains itinéraires	1,6	3,0	1,5	3,3	1,3	2,5
Ne peut pas se déplacer seule	1,4	2,8	1,4	3,1	1,4	2,9
Ensemble de la population (concernée par la question)	52,5	100	46,2	100	49,2	100

* Effectifs exprimés en millions d'individus.

Sources : d'après les enquêtes HID (1999), Insee, Centre Maurice Halbwachs et ENTD (2007-08), Insee-SOeS-Inrets.

Toutefois, il est important de garder à l'esprit que cette réponse est déclarative et n'est pas une observation objective de la situation. C'est-à-dire que cette réponse se fonde sur le ressenti des personnes à un moment donné, dépendant de l'ensemble des facteurs que nous avons mis en avant dans notre recherche. De plus, la déclaration d'une gêne peut regrouper des situations amplement différentes, allant d'une légère gêne à une totale impossibilité.

¹ La question n'était pas posée aux enfants de moins de 6 ans et aux personnes confinées au lit. Nous avons également exclu les personnes non autorisées à sortir et les réponses « sans objet, trop jeune ».

² Sélection uniquement des personnes âgées de 15 ans et plus dans l'enquête HID.

³ La question n'est posée qu'aux personnes âgées de 15 ans et plus.

Malgré ces quelques limites, cette notion de gêne semble la plus adaptée à la prise en compte globale de la situation de handicap lors des déplacements.

Nous pouvons maintenant nous interroger sur la mesure de la mobilité réduite pour la prise en compte des personnes en situation de handicap lors des déplacements. Notamment parce que, comme nous l'avons dit précédemment, l'enquête HSM ne dispose pas, dans son questionnaire, de la question sur la gêne. Ayant détecté dans nos précédents travaux une corrélation importante entre la gêne lors des déplacements et la fréquence de sortie du domicile (Dejoux, 2010), nous pourrions alors, avec certaines réserves, utiliser la question de la fréquence de sortie du domicile. Plus de 90 % des personnes âgées de 15 ans ou plus quittent leur domicile quotidiennement ou presque. Une faible proportion de personnes réalise moins d'une sortie par semaine : elles sont 2,4 % (tableau 2).

La principale limite à l'utilisation de cette question est l'hypothèse sous-jacente que la diminution de la fréquence de sorties du domicile est liée à une situation de handicap. Toutefois, nous pouvons penser qu'une fréquence de sorties inférieure à une fois par semaine est engendrée par des difficultés lors des déplacements et crée un isolement de la personne.

TABLEAU 2 : FRÉQUENCE DE SORTIE DU DOMICILE CHEZ LES 15 ANS ET PLUS

	Effectifs (en millions)	En %
Tous les jours ou presque	46,1	90,9
Au moins une fois par semaine	3,4	6,7
Plus rarement	0,8	1,5
Jamais	0,5	0,9
Total	50,8	100

Source : d'après l'enquête Handicap-santé-volet Ménages (2008), Insee-Drees.

Pour conclure sur l'approche quantitative, si la situation de handicap reste un concept complexe et difficile à appréhender dans ce type d'approche, la déclaration d'une gêne lors des déplacements semble être la question la plus adaptée : elle prend en effet en compte l'ensemble des facteurs qui, mis en interaction, peuvent créer une situation de handicap. Comme toute analyse quantitative, si cela permet d'obtenir des représentations de l'ensemble de la population en France et d'établir un lien causal entre les variables socio-économiques et les comportements des personnes, toutefois, cela ne permet pas d'aboutir à une analyse explicative satisfaisante, laquelle nécessite plutôt une approche qualitative.

L'approche qualitative

L'approche qualitative est une analyse fine des comportements individuels, que, « au contraire, l'approche quantitative cherche à réduire en catégories » (Rocci, 2007 ; Blanchet et Gotman, 1992). Le questionnaire de l'enquête quantitative vise à mettre en relation les pratiques et leurs éléments discriminants, alors que l'entretien, par exemple, indique les conditions dans lesquelles se réalisent ces pratiques et les raisons profondes de leurs choix.

Dans notre cas d'étude de la situation de handicap lors des déplacements, différentes méthodes qualitatives peuvent être envisagées :

- les entretiens semi-directifs : la personne interrogée est invitée à parler librement sur le sujet de la recherche, et les questions du guide permettent de recadrer les réponses sur les thèmes à aborder. Ce type d'entretien permet d'obtenir un discours librement formulé par l'interviewé, tout en restant au maximum centré sur les questions de la recherche ;
- les *focus groups* : ce sont des entretiens de groupe, permettant de fournir des réponses plus diversifiées que ne le permet l'entretien individuel. Certes, les entretiens de groupe produisent moins d'idées (Baribeau, 2010), mais le propos du *focus group* est justement de « focaliser » ces idées vers des thèmes plus restreints. L'avantage alors de combiner *focus group* et entretien individuel réside dans le fait de travailler ensuite plus en détail sur ces quelques idées. De manière générale, on peut dire que « le dispositif, qu'il soit employé seul ou en triangulation avec d'autres, participe au développement des théories, à leur critique et à leur reformulation » (Baribeau, 2010). L'auteur ajoute que le dispositif participe à la résolution de problèmes qui « visent l'amélioration de situations en recherche-action ou en recherche-développement pour faciliter les analyses de besoin » ;
- les parcours commentés : la méthode des parcours commentés vise à réintroduire la personne dans un contexte concret, « c'est une mise en récit en temps réel du parcours » (Miaux, 2008). Au plan pratique, il s'agit de suivre l'individu au milieu de la multitude des acteurs (autres passants) et des objets (modes de transport, mobilier urbain...) avec lesquels il interagit au cours de son cheminement. Tout en suivant cet individu, il s'agit de l'écouter verbaliser ses faits et gestes. La méthode des parcours commentés, parfois également dénommée méthode des trajets-voyageurs commentés (Lévy, 2001) ou encore méthode des itinéraires (Petiteau et Pasquier, 2001), se donne pour ambition d'analyser l'acte de traverser l'espace urbain tel qu'il est à un moment donné, afin de recueillir les difficultés et le point de vue de la personne dans l'action.

Quelle que soit la méthode utilisée, l'approche qualitative dans le champ du handicap regroupe à la fois des avantages et des limites.

Alors que l'analyse quantitative aborde de nombreux thèmes, la limite de durée et de coût de cette approche ne permet pas d'aborder chaque thème en profondeur. Ainsi, l'approche qualitative permet d'approfondir le thème souhaité. De plus, cette approche permet de contextualiser la situation de la personne, soit par de nombreuses questions sur la vie quotidienne de l'individu, soit par observation dans le cas de parcours commentés ou entretiens à domicile. Enfin, au fur et à mesure de la discussion, des changements de réponses à la question d'une situation de handicap lors des déplacements peuvent se produire en raison d'une contextualisation des situations. Alors que, dans les enquêtes nationales, on obtient des résultats qui peuvent nous amener à penser que les personnes qui ont une déficience non visible sous-estiment leurs difficultés, lors d'une approche qualitative, si le même constat a été effectué au début des entretiens, il a quasiment disparu en fin de discussions.

Malgré l'intérêt de cette approche dans ce champ, plusieurs limites et/ou précautions sont à prendre en compte. D'abord, le recrutement des personnes à interroger ne peut pas se faire dans la rue (peur, jugement), et nécessite souvent l'intermédiaire d'associations de personnes handicapées. Il faut alors prendre ici toute la mesure du discours militant de certains entretiens. Pour parer à ce biais, des méthodes peuvent être utilisées, telles que le recrutement de proche en proche (Blanchet et Gotman, 1992) consistant à demander, à la fin des premiers entretiens, aux personnes de nous désigner d'autres interviewés possibles.

Enfin, la spécificité du champ du handicap est le fait que nous pouvons interroger des personnes atteintes de déficiences, notamment cognitive, et que la validité du discours peut parfois être fortement remise en question.

Conclusion

Les approches quantitatives fondées sur des échantillons de grande taille (souvent réalisées à l'aide d'un échantillonnage complexe) nous permettent de mesurer et de décrire les opinions et les comportements. De plus, nous pouvons encadrer les valeurs estimées à l'aide d'intervalles de confiance. Mais il semble difficile, à l'aide de cette approche, de comprendre le point de vue de l'utilisateur. En revanche, les approches qualitatives fondées sur les entretiens sur un nombre restreint d'individus (on cherchera souvent à obtenir des « individus diversifiés ») permettent la compréhension du point de vue de l'utilisateur, de se familiariser avec son environnement, ses pratiques, ses besoins, en prenant en compte les contextes propres à chacun. Ainsi, selon Kaufmann, « les méthodes qualitatives ont pour fonction de comprendre plus que de décrire systématiquement ou de mesurer » (Kaufmann, 1996). Toutefois, le discours recueilli ne constitue pas une base légitime de connaissances des pratiques : il existe un écart entre le discours d'un individu sur ses pratiques et la réalité des pratiques décrites, et le contexte dans lequel se déroule une enquête qualitative peut avoir un effet majeur sur cette différenciation (Ghiglione et Matalon, 1998).

Ainsi, pour cerner les situations de handicap dans toutes leurs complexités, l'alliance des approches qualitative et quantitative semble être quasiment indispensable.

Bibliographie

- BARIBEAU C. et GERMAIN M., 2010, « L'entretien de groupe : considérations théoriques et méthodologiques », *Recherches qualitatives*, 29 (1), p. 28-49.
- BLANCHET A. et GOTMAN A., 1992, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris, Nathan, coll. « 128 », p. 125.
- CHANUT J.-M. et MICHAUDON H., 2004, « Difficultés à se déplacer et problèmes d'accessibilité. Une approche à partir de l'enquête HID », Drees, *Études et résultats*, vol. 306, p. 12.

- DEJOUX V., 2010, « Situation de handicap lors des déplacements : caractéristiques individuelles, pratiques de mobilité, environnement physique et social », thèse de doctorat en démographie, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, ANRT.
- FOUGEYROLLAS P., CLOUTIER R., BERGERON H., CÔTÉ J. et SAINT MICHEL G., 1998, *Classification québécoise : processus de production du handicap*, Québec, Réseau international sur le processus de production du handicap, p. 164.
- GHIGLIONE R. et MATALON B., 1998, *Les enquêtes sociologiques. Théories et pratiques*, Paris, Armand Colin.
- HAUET É. et RAVAUD J.-F., 2001, « Handicap, incapacités, dépendance et déplacements », Drees, Document de travail, série « Études », n° 16, p. 137-150.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES (INSEE), 2000, *Enquête handicaps-incapacités-dépendance auprès des personnes vivant à domicile*, p. 339.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES (INSEE), 2007, *Enquête nationale transports et déplacements 2007-2008. Instruction de collecte pour l'enquêteur*, p. 60.
- LÉVY E., 2001, « Saisir l'accessibilité : les trajets-voyageurs à la gare du Nord », in M. Grosjean et J.-P. Thibaud (dir.), *L'espace urbain en méthodes*, Marseille, Parenthèses, p. 47-62.
- MIAUX S., 2008, « Comment la façon d'envisager la marche conditionne la perception de l'environnement urbain et le choix des itinéraires piétonniers. L'expérience de la marche dans deux quartiers de Montréal », *Recherche transports sécurité*, vol. 25, n° 101, octobre-décembre, n° thématique « Le piéton et son environnement. Quelles interactions ? Quelles adaptations ? », Paris, Lavoisier, p. 327-351.
- MORMICHE P., 2000, « Le handicap se conjugue au pluriel », *Insee Première*, n° 742.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2001, *La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*.
- PETITEAU J.-Y. et PASQUIER É., 2001, « La méthode des itinéraires : récits et parcours », in M. Grosjean et J.-P. Thibaud (dir.), *L'espace urbain en méthodes*, Marseille, Parenthèses, p. 63-77.
- RAVAUD J.-F., LETOURMY A. et VILLE I., 2002, « Les méthodes de délimitation de la population handicapée : l'approche de l'enquête de l'Insee Vie quotidienne et santé », *Population*, vol. 57, n° 3, p. 541-566.
- ROCCI A., 2007, « De l'automobilité à la multimodalité ? Analyse sociologique des freins et leviers au changement de comportements vers une réduction de l'usage de la voiture. Le cas de la région parisienne et perspective internationale », thèse de doctorat de sciences humaines et sociales, Université Paris 5, p. 537.