

Situation des handicapés et déterminants du handicap au Sénégal

M. Samba NDIAYE

Agence nationale de la statistique et de la démographie (ANSD)

Le concept de handicap est polysémique et difficile à appréhender, d'autant plus que la situation de handicap dépend de plusieurs facteurs d'ordres historique, culturel, économique et social. Toutefois, si les études utilisent plusieurs définitions du handicap, la situation d'une personne handicapée est souvent associée à un déficit physique ou mental reconnu par le concerné lui-même ou par sa communauté. Moyennant quoi, l'intégration socioéconomique des personnes handicapées est souvent assez difficile et elles sont parfois victimes de marginalisation. Cette situation pousse les spécialistes des questions de population à considérer les handicapés comme une sous-population vulnérable.

D'après le premier Rapport mondial sur le handicap produit conjointement par l'OMS et la Banque mondiale en 2011, plus d'un milliard de personnes souffriraient aujourd'hui d'un handicap dans le monde. Au Sénégal, selon la dernière enquête nationale sur la pauvreté menée en 2011, le nombre de personnes handicapées est estimé environ à 437 000, soit près de 3,5 % de la population totale.

Bien que l'on ait une idée sur le nombre de handicapés, force est de reconnaître que cette population spécifique n'a pas encore fait l'objet d'études très détaillées au Sénégal. En effet, les dernières informations d'envergure nationale sur les handicapés ont été fournies soit par l'Enquête sénégalaise auprès des ménages (Esam) de 2001, soit par le dernier Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2002.

L'objet de cet article est de présenter la situation sociodémographique des personnes handicapées comparativement à celles non handicapées et les facteurs explicatifs du risque de handicap. Ceci à partir des données de la dernière Enquête de suivi de la pauvreté au Sénégal (ESPS-II) menée en 2011 par l'Agence nationale de la statistique et de la démographie. À cet effet, deux niveaux d'analyse sont prévus, une situation descriptive et une analyse approfondie sur les déterminants du handicap.

Le présent travail s'articule autour de quatre points : il présente d'abord quelques aspects théoriques, ensuite la méthodologie et les sources de données, puis la répartition de la population selon l'état de handicap et enfin une analyse explicative.

1. Développement théorique

1. Aperçu sur les modèles

Il existe des lois et conventions spécifiques pour cette population vulnérable mais aussi des modèles conçus pour *classifier, mesurer ou décrire les situations de handicap*. Une

présentation sommaire des modèles les plus connus permettra de les situer les uns par rapport aux autres et de choisir celui qui servira de repère pour ce travail.

➤ ***Classification internationale des handicaps (CIH)***

La Classification internationale des handicaps (CIH) a été élaborée dans les années 1970 par Philip Wood et son équipe à partir de travaux qui visaient à distinguer les déficiences et leurs conséquences fonctionnelles et sociales. À cette époque, seule la Classification internationale des maladies (CIM-9) traitait des étiologies et diagnostics. Le modèle de la CIH suppose que les conséquences des maladies se présentent simultanément sur trois plans : les déficiences, les incapacités et les désavantages sociaux ou handicaps – dont chacun est en relation avec les autres – et l’environnement. Il est habituellement représenté à l’aide d’un schéma qui retrace le processus d’apparition des handicaps.

➤ ***Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)***

La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé devient une description générale du fonctionnement humain, présentée de manière neutre et non ciblée sur des populations particulières ; elle se veut aussi large que possible. La CIF ne classe pas les personnes mais vise à décrire des situations face à toute une série de domaines de la santé ou liés à la santé, dans le contexte des facteurs environnementaux et personnels. Dans ce cadre, l’information est organisée en deux parties : d’une part, le fonctionnement et le handicap, d’autre part, les facteurs contextuels.

➤ ***Le Processus de production du handicap (PPH)***

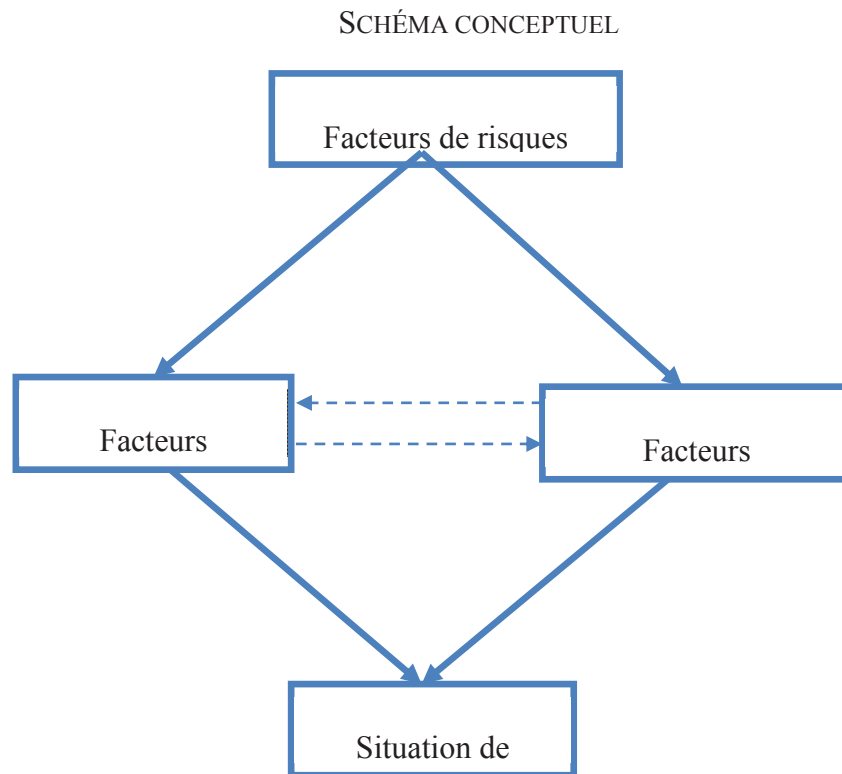
Les auteurs du PPH introduisent la notion de facteurs de risques. Ces derniers sont une composante essentielle à la compréhension et à l’explication du processus de production du handicap. Les facteurs de risques sont de nature diverse (biologiques, liés à l’environnement physique, à l’organisation sociale ou aux comportements individuels et sociaux) et peuvent devenir des causes effectives de maladies, traumatismes et autres atteintes à l’intégrité et au développement de la personne.

➤ ***Le Système d’identification et de mesure du handicap (SIMH)***

En partant du principe que « le handicap n’est pas un fait médical mais un phénomène d’anthropologie sociale » (Hamonet *et al.*, 2001a, p.101), les auteurs proposent un Système d’identification et de mesure du handicap appelé SIMH. Ce dernier est conçu sur la base de quatre dimensions :

- le corps humain et tous ses aspects biologiques (particularités morphologiques, anatomiques) ;
- les capacités qui désignent les fonctions physiques et mentales ;
- les situations de la vie qui portent sur la confrontation (concrète ou non) entre une personne et la réalité d’un environnement physique, social et culturel ;
- la subjectivité qui renseigne sur le point de vue de la personne, incluant son histoire personnelle, son état de santé et son statut social.

Après avoir parcouru le fondement théorique de ces quatre modèles, le présent article s'inspire du **Processus de production du handicap (PPH)**, qui apparaît comme un cadre plus adapté à nos besoins. Ainsi, le schéma ci-dessous donne une représentation théorique du processus qui mène au handicap. Les facteurs sont décomposés en personnels et environnementaux. L'accent est mis sur les facteurs qui mènent directement au handicap. Les interrelations entre facteurs ne sont pas opérationnalisées.



2. Définitions et concepts

Le handicap est une incapacité physique ou mentale qui empêche la personne de mener normalement une activité ou une scolarité. Il peut s'agir d'un handicap des membres supérieurs ou/ et inférieurs, d'une surdité, d'une autre maladie physique ou mentale qui rend la victime incapable de poursuivre une activité normale. Toute personne infirme est considérée comme handicapée.

Le facteur de risque est un élément, tenant à l'individu ou provenant de l'environnement, susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne.

Le facteur personnel est une caractéristique de la personne, telle que l'âge, le sexe, la situation matrimoniale, etc.

Le facteur environnemental est une dimension physique ou sociale qui détermine l'organisation et le contexte d'une société.

3. La situation de handicap et ses facteurs

La conception de l'outil de collecte de la deuxième enquête de suivi de la pauvreté au Sénégal a permis de saisir la situation de handicap. L'ESPS-II permet d'**identifier les personnes atteintes d'une incapacité physique ou mentale**. Dans ce travail, la présence ou l'absence de situation de handicap sera étudiée en fonction de facteurs environnementaux ou personnels.

a. Facteurs environnementaux

La région et le milieu de résidence urbain ou rural de la personne au moment de l'enquête pourraient avoir une influence sur la situation de handicap dans la mesure où chaque région ou milieu a ses spécificités sur le plan économique, socioculturel et de la disponibilité d'infrastructures sanitaires fonctionnelles. La région de résidence sera opérationnalisée à l'aide du découpage du Sénégal en 14 régions administratives en vigueur au moment de la réalisation l'ESPS-II. Quant au milieu de résidence, il permet de distinguer la population urbaine de la population rurale, le milieu urbain étant par excellence une zone d'acculturation, d'oubli des valeurs et normes culturelles traditionnelles et de diffusion des modèles culturels occidentaux à travers l'école, la télévision, le cinéma etc., mais aussi le lieu où sont concentrées le plus grand nombre d'infrastructures socio-sanitaires.

b. Facteurs personnels

Les relations entre les facteurs personnels et la situation de handicap sont multiples. Ainsi, l'âge serait une variable discriminante du handicap et des études ont déjà montré que, plus l'âge est avancé, plus le risque de handicap augmente. *« Contrairement à la population générale, la proportion des personnes handicapées augmente aux âges avancés. Cela peut s'expliquer par l'apparition de certaines maladies liées au vieillissement. La proportion des personnes handicapées dans la population de 75 ans et plus est de 9,2 % »*¹.

Le sexe peut se révéler aussi comme un élément de différenciation. Le fait que certaines tâches ou certains métiers soient réservés à un sexe peut sans doute augmenter ou diminuer le risque de handicap par rapport à l'autre sexe.

L'activité économique, principale source de revenu, pourrait faciliter l'accès aux méthodes préventives et aux soins de santé. Cependant, ce peut être un couteau à double tranchant car la nature de l'activité économique d'un individu peut être un facteur de risque face à un handicap.

Quant à l'alphabétisation, elle inculque à la personne un capital humain permettant de faire des choix raisonnés et, par conséquent, d'éviter des comportements à risque.

¹ Bacary DJIBA, « Caractéristiques socio-démographiques des personnes handicapés », DPS/MEF, 2006.

Données et méthodes d'analyse

À l'image de l'ESPS I, l'ESPS II est une enquête par sondage aléatoire à couverture nationale qui fait appel à une méthode d'échantillonnage par grappes à deux degrés avec stratification au premier degré. Les unités statistiques du premier degré, ou unités primaires, sont les districts de recensement (DR) définis lors du Recensement général de la population et de l'habitat de 2002. Un échantillon de DR est donc tiré au premier degré. Les unités statistiques du second degré, ou unités secondaires, sont constituées par les ménages des DR tirés au premier degré.

L'échantillon théorique de l'enquête porte sur 20 250 ménages, dont 12 690 en milieu urbain et 7 560 en milieu rural. À l'exception des départements de Dakar, Guédiawaye et Pikine, essentiellement urbains, dans les autres départements, le nombre de DR urbains représente 60 % du nombre total de DR tirés contre 40 % pour les DR ruraux. Il est tiré au premier degré 25 DR par département, dont 15 en milieu urbain et 10 en milieu rural et, au second degré, 18 ménages dans chaque DR.

Au final, sur les 20 250 ménages échantillonnés, l'enquête a été effectivement menée auprès de 17 891 ménages, soit un taux de couverture de 88 %.

Deux niveaux d'analyse des données sont retenus. Dans un premier temps, l'analyse descriptive permet de caractériser les personnes handicapées et de les comparer avec celles qui ne le sont pas. Ensuite, une analyse explicative du risque de handicap permettra de bien comprendre les différences de structures constatées au niveau descriptif. Pour réaliser cette analyse multivariée explicative, la méthode de la **régression logistique** est choisie parce que nous sommes en présence d'une variable dépendante qualitative et dichotomique et de variables indépendantes elles aussi qualitatives.

Répartition de la population selon l'état de handicap

L'ESPS-II a chiffré la part des personnes atteintes de façon permanente d'une incapacité physique ou mentale à 3,5 % de la population sénégalaise en 2011. Comparativement aux données de l'enquête sénégalaise auprès des ménages de 2001-2002 et de la première enquête de suivi de la pauvreté de 2005-2006, qui ont respectivement estimé la proportion des handicapés à 1,2 % et 1,4 % de la population totale, la part des handicapés dans la population totale a augmenté.

a. Type de handicap

Il ressort du tableau 1 que les personnes vivant avec un handicap visuel sont plus nombreuses et représentent 33 % de l'ensemble des handicapés. Les handicapés moteur viennent en deuxième position et comptent pour 26 % de l'ensemble. Les personnes souffrant d'un autre handicap mental ou physique représentent 17 % de la population des personnes handicapées au plan national. Il faut remarquer que le handicap auditif reste le moins fréquent, avec 3 % seulement de l'ensemble.

TABLEAU 1 : RÉPARTITION DE LA POPULATION HANDICAPÉE PAR TYPE DE HANDICAP

Type de handicap	Taux de handicap
Handicap visuel (aveugle, malvoyant)	33,5
Handicap parole (bègue, muet)	10,4
Handicap auditif (sourd, malentendant)	14,3
Handicap mental (insensé, aliéné, fou)	12,4
Handicap moteur (infirmes, paralytiques)	26,4
Handicap auditif/parole (sourd-muet)	2,9
Autre Handicap mental ou physique	17,1

Source : ESPS, 2011

b. Répartition de population selon la région de résidence

Le tableau 2 montre la répartition spatiale des personnes vivant avec un handicap à travers le pays. La région Dakar concentre le quart de la population totale du Sénégal mais seulement le cinquième de la population handicapée : moins de 24 habitants de cette région sur 1 000 sont atteints d'un handicap. Ziguinchor et Thiès abritent en revanche une proportion de handicapés plus élevée que celle de la population générale ; à Ziguinchor, qui détient le record national, près de 43 habitants sur 1 000 sont handicapés. Cette forte proportion serait une conséquence du conflit armé que connaît la région depuis trois décennies. La répartition spatiale des handicapés est donc, aux extrêmes, différente de celle de la population sans handicap et de la population dans son ensemble.

TABLEAU 2 : RÉPARTITION SELON LA RÉGION DE RÉSIDENCE DE LA POPULATION AVEC OU SANS HANDICAP (POUR 1 000)

Région	Sans handicap	Handicap	Ensemble
DAKAR	24,8	20,6	24,7
DIOURBEL	10,9	10,7	10,9
FATICK	5,2	4,6	5,2
KAFFRINE	3,9	4,9	3,9
KAOLACK	6,8	7,3	6,9
KEDOUGOU	1,0	0,9	1,0
KOLDA	6,2	6,4	6,2
LOUGA	6,3	5,0	6,3
MATAM	4,7	4,1	4,6
SAINT-LOUIS	6,6	6,3	6,6
SEDHIOU	2,3	1,5	2,3
TAMBACOUNDA	4,7	2,9	4,7
THIES	10,6	12	10,7

Source : ESPS, 2011

c. Structure selon le milieu de résidence

Avec un taux d'urbanisation de 44 %, le Sénégal reste encore un pays dont la majeure partie de la population vit en milieu rural. Si la proportion de la population sans handicap est identique à celle de la population totale, celle des handicapés est légèrement plus élevée en milieu rural. En effet, 57,5 % des handicapés vivent en milieu rural contre 42,5 % en milieu urbain.

d. Structure selon le sexe

Selon l'ESPS-II, la population handicapée présente une quasi-égalité des sexes (49,9 % d'hommes et 50,1 % de femmes), alors que la population sénégalaise compte une minorité d'hommes (47 % contre 53 % de femmes). La proportion des hommes en situation de handicap est donc légèrement supérieure à celle des femmes.

e. Structure de la population handicapée selon l'état matrimonial

Le handicap n'apparaît pas comme un obstacle au mariage (tableau 3). La structure matrimoniale des personnes handicapées montre une proportion de mariés supérieure à celle de la population sans handicap. Par contre, la proportion de divorcés est très importante chez les handicapés (19,2 %) alors qu'elle est de 4,2 % pour la population non handicapée. La prédominance des divorces chez les handicapés serait une conséquence de leur propre vulnérabilité, qui induit celle de leur ménage. Mais la fréquence du veuvage et des divorces chez les handicapés les rendrait encore plus vulnérables.

TABLEAU 3 : RÉPARTITION DE LA POPULATION PAR ÉTAT MATRIMONIAL SELON LA PRÉSENCE DE HANDICAP

	Sans handicap	Handicap
Mariés	43,0	45,2
Célibataires	51,2	32,8
Veuf	1,6	2,8
Divorcés	4,2	19,2
TOTAL	100	100

Source : ESPS, 2011

f. Structure selon l'âge

La proportion des personnes handicapées augmente aux âges avancés. De 8 % chez les personnes de moins de 11 ans, elle est estimée à 34 % chez les personnes âgées de plus de 60 ans. Ce bouleversement de structure pourrait s'expliquer par l'apparition de certaines maladies liées au vieillissement pouvant conduire aux accidents cardiovasculaires, à la paralysie, à des problèmes nerveux et à la perte ou la diminution de l'acuité visuelle, etc.

TABLEAU 4 : RÉPARTITION DE LA POPULATION PAR GROUPE D'ÂGES SELON LA PRÉSENCE DE
HANDICAP

	Sans handicap	Handicap
0 à 10 ans	35,8	8,5
11 à 20 ans	22,4	12,9
21 à 30 ans	15,6	12,9
31 à 40 ans	15,5	17,5
41 à 50 ans	1,2	2,2
50 à 60 ans	4,8	12,2
Plus de 60 ans	4,5	33,8
Total	100,0	100,0

Source : ESPS, 2011

g. Structure selon le niveau d'alphabétisation

Le taux d'alphabétisation des personnes sans handicap, qui est de 53 %, dépasse celui des handicapés de 15 %. En effet, près des 65 % des handicapés ne savent ni lire ni écrire une langue. Cette couche vulnérable mérite une attention particulière dans les stratégies de développement, et en particulier dans le domaine de l'éducation.

h. Structure selon l'emploi

L'accès à l'emploi est une préoccupation des organisations qui œuvrent pour une amélioration des conditions de vie des personnes handicapées. Au Sénégal, considérant que 15 ans est le seuil minimal de l'exercice d'activités génératrices de revenus, on constate que 49,3 % de la population âgée de 15 ans et plus travaille. C'est complètement différent chez les handicapés, dont seuls 31,6 % des personnes en âge de travailler travaillent effectivement.

i. Structure selon les indicateurs de pauvreté

Les résultats de l'enquête montrent qu'il existe des disparités non négligeables entre les personnes handicapées et celles vivant sans handicap. En effet, l'ESPS-II estime le taux de pauvreté¹ global à 46,7 % au Sénégal. Ce taux est égal à 45,1 % chez les personnes dont le chef de ménage ne présente pas de handicap contre 58,2 % chez les personnes dont le chef de ménage est un handicapé. L'écart² et la profondeur de pauvreté¹ sont plus accentués parmi les

¹ Il mesure la proportion de la population qui vit en-dessous de la ligne de pauvreté définie par le montant nécessaire pour subvenir aux besoins de base quotidiens d'un adulte. Elle est estimée dans cette enquête à 1 053 frcfà à Dakar, à 798 frcfà dans les autres villes du pays et à 598 frcfà en milieu rural.

² L'écart de pauvreté est la distance moyenne qui sépare le revenu (ou les dépenses) de la population de la ligne de pauvreté lorsqu'une distance zéro est attribuée aux non-pauvres. C'est une mesure du « déficit de pauvreté » de l'ensemble de la population qui traduit les ressources nécessaires pour extraire tous les pauvres de leur situation par des transferts de liquidités parfaitement ciblés.

personnes dont le chef de ménage est handicapé que parmi celles dont le chef de ménage ne présente pas de handicap, soit respectivement 19,5 et 9,1 contre 13,9 et 6,3. Ces résultats montrent que les personnes vivant dans un ménage dirigé par un handicapé sont plus exposées à la pauvreté.

TABLEAU 5 : INDICATEURS DE PAUVRETÉ SELON LA PRÉSENCE DE HANDICAP

Situation handicap	Taux de pauvreté	Ecart de pauvreté	Profondeur de pauvreté
Handicapé	58,2	19,5	9,1
Sans handicap	45,1	13,9	6,3
Ensemble	46,7	14,5	6,6

Source : ESPS, 2011.

Analyse explicative

Pour appréhender l'importance de l'influence des différentes caractéristiques décrites ci-dessus sur le risque de handicap, nous avons recours à la régression logistique. Le modèle explicatif retenu cherche à expliquer le risque au handicap à l'aide de huit variables, dont 3 sont environnementales et 5 personnelles (tableau 6). Au seuil de 5 %, toutes les variables sont significatives.

On constate que la région de Dakar et celle de Ziguinchor ont les plus grands risques, respectivement 2,6 et 2,2 fois plus élevés que dans la région de Sédhiou prise comme référence. Pour la région de Dakar, ce très grand risque serait dû à son statut de capitale du pays : les accidents de circulation, les maladies cardiovasculaires et les accidents du travail peuvent être les sources de cette situation critique. Quant à la région de Ziguinchor, sa situation serait une conséquence du conflit armé que connaît la région depuis 1981 peu importe dans la mesure où les confrontations entre rebelles et militaires mais aussi, et surtout, les mines antipersonnel font des victimes de handicaps physiques.

Nous avons souligné le lien entre le milieu de résidence et la fréquence du handicap. Toutes choses égales par ailleurs, les personnes vivant en milieu urbain ont moins de risque de connaître le handicap que leurs homologues qui sont en milieu rural. Ce risque est diminué de 60 %. Dans les centres urbains, la disponibilité de structures sanitaires pourrait être un élément de différenciation du risque de handicap par rapport au milieu rural. En outre, si on se réfère aux strates (Dakar urbain, autres villes et rural), il apparaît que les habitants de la ville de Dakar sont plus exposés au risque de handicap que ceux des autres villes du pays.

¹ La profondeur de la pauvreté, souvent décrite comme indicative de la sévérité de celle-ci, revient à pondérer l'écart de pauvreté en fonction de lui-même ; cet indicateur accentue les situations d'extrême pauvreté. En d'autres termes, il tient compte de l'inégalité parmi les pauvres.

TABLEAU 6 : MODÈLE EXPLICATIF DU HANDICAP AU SÉNÉGAL

Variable dans l'équation	Référence	odds ratio
Région de Dakar	Région de Sédhiou	2,585
Région de Ziguinchor		2,18
Région de Diourbel		1,211
Région de St-Louis		1,12
Région de Tambacounda		0,739
Région de Kaolack		1,413
Région de Thiès		1,38
Région de Louga		0,877
Région de Fatick		1,058
Région de Kolda		1,479
Région de Matam		0,926
Région de Kaffrine		1,979
Région de Kédougou		1,187
Milieu Urbain		Milieu Rural
Strate de Dakar	Autres villes	2,777
Moins de 10ans	Plus de 60ans	0,021
Entre 10 et 20ans		0,041
Entre 20 et 30ans		0,096
Entre 30 et 40ans		0,223
Entre 40 et 50ans		0,363
Entre 50 et 60ans		0,489
Hommes	Femmes	1,58
Mariés	Union libre	0,544
Célibataire		1,632
Divorcé		0,775
Veuf		1,11
Alphabétisé	Non Alphabétisé	0,546
Emplois	Sans emplois	0,443
Constante		0,045

L'observation de proportions de handicapés plus importantes aux âges avancés est confirmée par le modèle ; indépendamment des autres facteurs, le risque de connaître un handicap augmente fortement avec l'âge. C'est entre les personnes de plus de 60 ans et leurs cadettes âgées de 50 à 60 ans qu'il diminue le plus (51 %). En deçà de 50 ans, le risque baisse régulièrement avec l'âge et, pour les enfants de moins de 10 ans, il n'est que de 2 % de celui des personnes du troisième âge. Cette situation est due au fait que les personnes âgées sont plus exposées aux maladies et aux accidents.

Les hommes ont un risque de handicap supérieur à celui des femmes, avec un multiplicateur de 1,6. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les hommes sont plus exposés aux accidents de travail et de la circulation.

En outre, concernant la situation matrimoniale, le modèle indique que les célibataires et les veufs sont plus exposés au handicap, avec respectivement 1,6 et 1,1 fois plus de risque que les personnes en union libre, alors que le mariage apparaît protecteur, même après le divorce.

Les personnes alphabétisées ont 1,8 fois plus de chances de ne pas connaître un handicap que les personnes non alphabétisées. On peut faire l'hypothèse que les premières ont acquis un capital de connaissances leur permettant d'éviter certains comportements à risque. De plus, confrontées à une situation dangereuse, elles auraient la latitude de prendre les bonnes dispositions afin de ne pas basculer dans le handicap.

Enfin, les personnes ayant un emploi ont plus de deux fois plus de chance de ne pas connaître un handicap que les personnes qui n'en ont pas. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les personnes handicapées auraient déjà moins de chance de trouver un emploi mais aussi n'auraient pas assez de ressources si elles sont victimes d'une situation pouvant conduire à un handicap.

Conclusion

Ce travail donne une description des caractéristiques des handicapés aux Sénégal. Après une brève revue des cadres explicatifs du phénomène étudié, l'analyse s'inspire du Processus de production du handicap (PPH). Les tendances descriptives sont pour la plupart confirmées par le modèle explicatif au seuil de 5 %. La vulnérabilité des personnes handicapées est bien confirmée et les sous-populations des personnes âgées, des femmes, des habitants de la région de Ziguinchor ou de Dakar méritent une attention particulière dans les interventions en faveur des handicapés.

Bibliographie

- BOTOKRO R., 2002 « Évaluer le handicap ? De l'évaluation des handicaps à l'évaluation du fonctionnement du sujet », Université de Provence-Aix-Marseille 1.
- DJIBA B., 2006 « Caractéristiques socio-démographiques des personnes handicapées », DPS, Sénégal.
- ESNARD C., 1998, « Les représentations sociales du handicap mental chez les professionnels médico-sociaux », *Revue européenne du handicap mental*, n° 19, p. 10-23.
- OMS-INSERM-CTNERHI, 1988, *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies*, Paris, CTNERHI-Puf.
- RAVAUD J.-F., 1999, « Modèle individuel, modèle médical, modèle social : la question du sujet », *Handicap. Revue de sciences humaines et sociales*, n° 81, p. 64-75.