

# Quel tourisme pour les personnes handicapées ? Enjeux et pratiques du tourisme adapté

Frédéric Reichhart and Aggée Célestin Lomo Myazhiom

Volume 32, Number 2, 2013

Tourisme et handicap

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1036597ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1036597ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

0712-8657 (print)

1923-2705 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Reichhart, F. & Lomo Myazhiom, A. C. (2013). Quel tourisme pour les personnes handicapées ? Enjeux et pratiques du tourisme adapté. *Téoros*, 32(2), 81–85.  
<https://doi.org/10.7202/1036597ar>

PRÉSENTATION

## Quel tourisme pour les personnes handicapées ? Enjeux et pratiques du tourisme adapté

Frédéric REICHHART

Maître de conférences en sociologie  
Groupe de recherche sur le handicap  
L'accessibilité et les pratiques éducatives  
et de scolarisation (GRHAPES)  
frederic.reichhart@inshea.fr

Aggée Célestin LOMO MYAZHIOM

Maître de conférences, historien, HDR en sociologie  
Laboratoire Dynamiques Européennes  
(UMR 7367 CNRS-Université de Strasbourg)  
lomo@unistra.fr

Depuis les années 1970, sous l'impulsion d'un double mouvement comprenant les revendications des associations de défense des droits humains et les avancées législatives constatées à des degrés divers sur la planète, une transformation du regard porté sur les personnes en situation de handicap est visible. De questions mineures ou reléguées aux calendes grecques, les thématiques liées aux handicaps deviennent centrales dans les agendas socio-politiques et constituent des analyseurs de l'état de démocratisation des sociétés contemporaines (Stiker, 2000). Ainsi, dans le cadre de la participation sociale, l'accès aux loisirs et au tourisme pour les personnes en situation de handicap est un enjeu majeur, consacré en droit à l'échelle internationale en 2006 par la Convention des Nations Unies sur le Handicap notamment dans ses articles 9 (Accessibilité) qui prévoit « l'identification et l'élimination des obstacles et barrières à l'accessibilité » et 30 (Participation à la vie culturelle et récréative) qui souligne la nécessité de « faire en sorte que les personnes handicapées aient accès aux lieux d'activités culturelles tels que les théâtres, les musées, les cinémas, les bibliothèques et les services touristiques (...) ».

Afin d'aborder les enjeux et les activités touristiques du tourisme adapté, il convient de caractériser la population concernée, de cerner ses fondements idéologiques, d'analyser l'évolution institutionnelle du secteur et la perception des touristes en situation de handicap.

### De la personne handicapée au touriste à besoins spécifiques

« Caractériser la population des personnes handicapées suppose que l'on soit capable d'identifier les individus qui la composent. Or cette identification est sujette à des variations selon que l'on privilégie telle ou telle conception du handicap. » (Letourmy et Ravaud, 2005 : 32)

Dans le sens commun, le handicap reste souvent associé à des connotations négatives réduisant la personne handicapée à la dépendance, la perte d'autonomie, le manque, l'incapacité, qui

nécessitent une intervention humaine ou technique relevant de l'assistance. On comprend que, pour une grande majorité, la personne handicapée incarne celle qui ne sait pas et ne peut pas faire; et lorsqu'elle peut faire, c'est qu'elle bénéficie d'un soutien et d'une aide pour réaliser son action. En fait, celui qui est handicapé est incapable et assisté. Longtemps, le « marqueur » principal du handicap, c'est-à-dire ce qui vient le signifier, le définir, le caractériser, découlait d'une approche à la fois bio-fonctionnelle, défectologique et déficitaire. La Classification Internationale du Handicap (CIH) s'inscrit dans cette perspective avec le triptyque « déficience-incapacité-désavantage social » (CTNERHI, 1988). La déficience en tant que « perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structuration psychologique, physiologique ou anatomique », concerne les différentes fonctions des parties du corps de l'individu. Elle renvoie à des dysfonctionnements organiques ou psychiques qui entraînent une incapacité, c'est-à-dire une « réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon, ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain ». Il se dévoile ici une vision cartésienne d'une « personne-machine » où le corps est affirmé comme un instrument et où le handicap se définit au niveau de la dimension biologique, organique de l'individu qui est altérée et se répercute aux niveaux moteur et cognitif – bref, fonctionnel. A partir de ces deux dimensions, la logique des typologies peut se construire autour des dysfonctionnements fonctionnels et des incapacités modulées en fonction de la variabilité des types de déficience (mentale, sensorielle, motrice, etc.). En veillant aux abus des généralisations systématiques, croisées avec la singularité de chaque cas, on peut noter qu'une personne déficiente visuelle rencontre des difficultés pour se repérer et se déplacer dans le temps et dans l'espace. Pour les personnes déficientes motrices, ces difficultés apparaissent dans la mobilité et les déplacements ainsi que dans la préhension des objets. Tandis que les personnes déficientes mentales rencontrent des difficultés au

niveau du repérage spatio-temporel, de la communication et parfois des apprentissages. Enfin, pour les personnes déficientes auditives, il s'agit de difficultés de communication sociale. Toutefois, le handicap ne se cantonne pas strictement à cette dimension bio fonctionnelle, il se situe aussi à un niveau social avec la troisième dimension de la CIH : le désavantage social ou le handicap. Défini comme un « préjudice qui résulte de la déficience ou de l'incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle social considéré comme normal compte-tenu de l'âge, du sexe, et des facteurs socioculturels » (CTNERHI, 1988), il est question de la limitation d'activités sociales et de l'exercice de rôles sociaux. En effet, le couple déficience/incapacité va se répercuter au niveau de la réalisation d'activités sociales, culturelles, sportives, professionnelles, touristiques. Ainsi, un lien se tisse entre la fonction biologique et la fonction socio-symbolique : une personne handicapée ne peut pas avoir des loisirs, elle ne peut pas faire du sport ou partir en vacances. Le statut d'handicapé devient une identité à part entière, construite sur la déficience et l'incapacité qui vient exclure et écarter la possibilité de tout autre statut social comme celui de sportif, de touriste. Le « stigmaté » (Goffman, 1975) ou le stéréotype (Gilman, 1996) font en sorte que la personne qui est handicapée n'est pas représentée, imaginée, projetée, reconnue comme un être de voyage, un être curieux, un être avide de découvrir de nouvelles cultures et espaces. Il est perçu comme un être prisonnier de son corps, réduit à sa déficience, souvent empêché de relations sociales. Pour emprunter l'expression de Le Breton (1993 : 316) : « Les limites du corps dessinent à leur échelle l'ordre moral et signifiant du monde. Penser le corps est une autre manière de penser le monde et le lien social : un trouble introduit dans la configuration du corps est un trouble introduit dans la cohérence du monde ». Ici les personnes en situation de handicap sont considérées comme des *outsiders* pour reprendre la formule originale d'Elias et Scotson (1997). Ce sont là des barrières psychosociales très fortes qui constituent un frein à l'accès au tourisme.

À partir des années 1990, la classification internationale du handicap va être de plus en plus critiquée, notamment pour l'absence de la prise en compte de l'environnement (Winance, 2008). S'appuyant sur une approche holistique du handicap, des modèles socio-environnementaux sont progressivement élaborés : c'est ainsi que le Processus de Production du Handicap ou la Classification Internationale du fonctionnement et de la santé (CIF) vont « habiller » la dimension individuelle avec un « costume environnemental ». De ce changement de paradigme va émerger un concept qui va se démocratiser : l'accessibilité. A présent, ce n'est pas à l'individu de s'adapter à l'environnement mais à l'environnement de se transformer en fonction des caractéristiques de l'individu. L'inclusion et les politiques inclusives sont en marche. En parallèle avec cette évolution conceptuelle qui marque le passage d'une vision individuelle à une vision écologique du handicap, on assiste à l'émergence d'une dimension politique ; la personne handicapée devient sujet de droit et revendique les mêmes droits que tous ; le handicap convoque la justice et l'égalité : celui qui est handicapé possède les mêmes droits que les autres. Une large kyrielle de textes et de

sources internationales, européennes et nationales soutiennent et concrétisent cette dimension politique, affirmant les droits des personnes handicapées à la scolarisation, à l'éducation, à l'emploi, à la citoyenneté, mais aussi au loisir, à la culture, au sport et au tourisme.

Dans cette évolution, la notion de personne handicapée s'étiole, s'effrite et se distancie d'une typologisation médicale en termes de déficits préférant plutôt les termes plus positifs de besoins individuels. Le concept de besoins particuliers sous-tendu par la considération de l'altérité et de la pleine citoyenneté se développe, rompant avec l'approche déficitaire et déficitaire. Ceci se retrouve dans les différentes législations nationales (Allemagne, France, Canada, États-Unis, Royaume-Uni, Norvège, Suède, Finlande, etc.) ou à l'échelle de continents ; à titre d'exemple de ce changement de paradigme du malade vers le citoyen et la participation sociale, le cadre européen de l'Accord partiel, conclu en 1959, (révisé en 1996), du Conseil de l'Europe (1993 ; 9), évoque le « passage d'un système de réadaptation en institution, fondé sur la dépendance de la personne handicapée, à un système ouvert sur la vie où l'accent est mis sur l'indépendance la plus large possible de la personne ».

Au final, entre approches émiques ou étiques, le handicap, et par extension, les pratiques touristiques, sont des constructions socio-culturelles qui méritent d'être observées dans leur contexte de production. Ainsi, les avancées en matière de participation sociale épousent les contours de la démocratisation des sociétés. Si dans les pays occidentaux le tourisme et les loisirs ont pris leur essor chez les personnes en situation de handicap, cela fait partie d'un mouvement global dans le secteur des loisirs et du tourisme. Si on s'appuie, par exemple, sur l'Indice du développement Humain (PNUD) ou sur l'Agenda 22 « Autorités locales – Planification des politiques en matière de handicap », on constate à l'échelle planétaire un clivage entre les pays du Nord et du Sud : la carte de la démocratisation va de pair avec celles des avancées sociales pour les personnes en situation de handicap.

### **Vers le tourisme adapté : origine, développement et enjeu**

Il est très périlleux de déterminer le point d'origine du tourisme adapté. Toutefois, en première analyse, on peut indiquer qu'il trouve ses fondements dans le tourisme social et dans l'éducation populaire, développés à la fin du XIX<sup>e</sup> et au début du XX<sup>e</sup> siècle en Occident. Ce qui permet progressivement à des catégories de populations et de classes sociales pauvres, exclues, fragiles, vulnérables, marginalisées ou stigmatisées de « jouir » de leur droit aux vacances via le tourisme. Dans un monde de plus en plus nomade, les loisirs touristiques sont un marqueur du social, nouveau rituel, comme le souligne Viard (2000 : 27-28) : « Partir en vacances est donc devenu la règle. Ne pas partir un problème, symptôme d'une position marginale ou prémisses d'une exclusion. Les vacances et les voyages apparaissent aujourd'hui comme les repères stables qui rythment notre temporalité collective et ressoudent, dans nos vies privées, des modes de vie de plus en plus fragilisés ». L'adoption en 1936 par l'Organisation Internationale du Travail (OIT) de la Convention

n°52 sur les congés payés renforce au point de vue des politiques publiques le tourisme social et permet notamment aux travailleurs handicapés et à leurs familles de voyager grâce à des aides et programmes dédiés.

En deuxième analyse, le développement du tourisme adapté varie selon les contextes locaux, déterminés par le développement touristique de chaque pays et région, mais aussi par le rapport au handicap de chaque société; en ce sens, on peut tout à fait considérer l'accès des personnes handicapées au tourisme comme un révélateur et un analyseur des mutations sociales, de la place qu'accorde une société aux personnes différentes. D'un point de vue pratique et idéologique, il apparaît deux types de dispositifs et de modalités d'accès aux activités touristiques : certains dispositifs se structurent autour de prestations spécifiques à la déficience privilégiant le regroupement de personnes déficientes entre elles. D'autres préfèrent l'accueil et l'inscription des personnes déficientes dans des prestations touristiques dites généralistes. Dans ce cas, les séjours se déroulent en milieu ordinaire, constituant un espace social et d'échange relationnel entre des personnes déficientes et des personnes non déficientes. Nous parlons de tourisme inclusif ou intégré (Reichhart, 2011). Lorsque les séjours sont proposés uniquement à des vacanciers déficients, regroupés selon leur type et niveau de déficience, nous parlons de tourisme spécialisé ou sectoriel. Par contre, ces deux modalités ne sont pas contradictoires ou opposées, elles participent à la variété et à la pertinence de l'offre touristique, permettant à chacun de bénéficier de prestations en fonction de ses motivations et capacités.

### De l'accessibilité touristique à l'expérience du voyage

On observe dans de nombreux pays la mise en place de politiques actives promouvant le tourisme accessible : souvent réglementées par un canevas législatif, elles englobent des politiques d'accessibilité des transports et du cadre bâti. Ces politiques visent à soutenir un processus de mise en accessibilité de nombreux équipements et activités touristiques, culturelles, sportives : musées, parcs, églises, hôtels, restaurants, centres et bases nautiques sont visés et aménagés pour accueillir de plus en plus de visiteurs et touristes à besoins spécifiques. Dans beaucoup de cas, ces politiques d'accessibilité s'accompagnent de processus de labellisation dont l'enjeu et la finalité sont de rendre visible ce qui est accessible (Reichhart *et al.*, 2013); ainsi, équipements, infrastructures, activités et parfois territoires accessibles sont identifiés à l'aide d'un pictogramme labellisé. On peut citer les labels « passe-partout » et « Access-i » en Belgique ou le label ATH (Association Tourisme et Handicap) en France. Malheureusement, les démarches de labellisation ne sont pas uniformisées, ni coordonnées. Développés et soutenus par des acteurs divers tels que l'Etat et ou des services déconcentrés, des associations ou des opérateurs touristiques, les labels possèdent un usage et une validité souvent limités à un territoire précis. On peut regretter par exemple, qu'au niveau européen, il n'y ait pas de label commun, c'est-à-dire inter région ou inter pays. À défaut d'un label européen, il existe sur le terrain une multitude de labels, chartes et

pictogrammes nationaux. Cette situation explique le *patchwork* des labels et pictogrammes qui aboutit à une carte de l'accessibilité relativement morcelée et illisible. Toutefois, concernant la communication, d'autres actions et initiatives se développent. On assiste en effet à la multiplication de guides et brochures de vacances accessibles. La production de ces documents contribue à diffuser à un public cible des informations relatives à des destinations nationales, européennes et internationales. Nous pouvons citer, par exemple, *La Route accessible* ([www.larouteaccessible.com](http://www.larouteaccessible.com)), répertoire touristique du Québec qui recense 1000 établissements et points d'intérêts de cet État, évalués selon les critères de la grille d'accessibilité de l'organisme *Kéroul*. On peut aussi mentionner les publications régionales et nationales de l'association anglaise « Tourism for All ». Dans certains cas, ils se concentrent sur des municipalités et présentent l'ensemble des ressources accessibles sur le territoire communal. En complément des guides, l'outil Internet est de plus en plus utilisé; on assiste au développement de portails Internet et de *blogs* qui détaillent sur leurs pages conseils et informations pratiques. Le site [accesstourismnz.org](http://accesstourismnz.org) concentre des informations diverses sur le tourisme à destination des personnes âgées et handicapées en Nouvelle Zélande et dans le monde entier. De son côté, le site [accessible.travel](http://accessible.travel) se concentre sur un tourisme urbain dans de grandes villes comme New York, Berlin ou Amsterdam. De plus, il faut noter l'apparition de cartographies parfois interactives sur certains portails. La finalité est de recenser et cartographier les sites et activités accessibles : le site d'handiplage recense les plages françaises accessibles, le site [wheelmap.org](http://wheelmap.org) et [planat.com](http://planat.com) présentent une multitude de ressources accessibles.

Enfin, il nous faut souligner l'apparition de nouveaux acteurs engagés en faveur du tourisme à destination des personnes handicapées : il s'agit de prestataires spécialisés, mais aussi des organisations auto-support ou des institutionnels. Ces acteurs se situent à un niveau strictement national, au sein chaque fois d'un pays déterminé. Nous pouvons citer ATH en France, *The Society for Accessible Travel & Hospitality (SATH)* aux États-Unis, *Kéroul* au Québec, *Tourism for All* au Royaume-Uni ou encore le *Japan Accessible Tourism Center* pour le Japon. A un niveau européen, une tentative de fédéralisation est en cours avec l'*European Network of Accessible Tourism* (ENAT).

D'un point de vue microsociologique, on remarque le développement d'un nombre croissant de facilitateurs environnementaux permettant l'accès aux activités touristiques. Par facilitateur, nous entendons des moyens favorisant l'accessibilité. Nous proposons de thématiser ces facilitateurs sous une typologie triple qui distingue les facilitateurs architecturaux, les facilitateurs technologiques et matériels, et les facilitateurs humains. La notion de facilitateur architectural renvoie à l'accessibilité physique de l'espace : les cas les plus fréquents font référence aux ascenseurs ou aux rampes d'accès, auxquels on peut ajouter un guidage au sol à l'aide de bandes d'éveil à la vigilance. Il peut aussi s'agir de revêtement au sol adapté pour faciliter la circulation de personnes en fauteuil ou à mobilité réduite sur le sol sablonneux d'une plage ou instable d'une forêt. Les facilitateurs architecturaux

peuvent être complétés par des facilitateurs technologiques et du matériel, issus des progrès et des innovations technologiques. Nous pouvons, par exemple, citer les fauteuils de randonnée qui permettent à des personnes ayant perdu l'usage de leurs membres inférieurs de pratiquer des sorties en montagne : il s'agit d'une coque installée sur une roue à l'aide d'une suspension et qui est pilotée par deux « porteurs » ou « assistants » à l'avant et à l'arrière. Quant au fauteuil de baignade, il s'agit d'un fauteuil avec des roues larges facilitant le déplacement sur la plage, équipé de deux flotteurs latéraux, et il est tracté par une personne dite « valide ». En fait, il ne s'agit pas de dresser un inventaire complet, mais de souligner l'existence d'une large gamme de matériels sportifs et de loisirs adaptés permettant aux personnes handicapées de pratiquer des activités physiques et sportives de pleine nature comme le ski, le parapente, la voile, le *rafting*.

Notons que les facilitateurs humains ne sont pas à négliger. Par environnement humain, on entend les attitudes et représentations hostiles ou favorables à l'accueil d'une personne handicapée mais aussi la présence et l'action des individus. Ces interventions peuvent prendre une dimension quantitative lorsqu'il s'agit du taux d'encadrement mais aussi qualitative via la formation/sensibilisation et les compétences du personnel. En ce sens, depuis les années 1990, des contenus spécifiques à destination des professionnels complètent les cursus de formation initiale et des formations universitaires voient le jour en France et dans le monde.

Facilitateurs technologiques, architecturaux et humains se combinent en fonction du type et degré de déficience mais aussi des catégories d'activités à rendre accessibles. Pour qu'une personne paraplégique puisse bénéficier d'une baignade en mer, il faut qu'elle puisse accéder à la plage et que, par conséquent, le cheminement soit facilité à l'aide d'un revêtement au sol adapté. De plus, pour accéder à la mer, elle doit pouvoir bénéficier d'un fauteuil de baignade tracté par une personne. Pour qu'une personne déficiente visuelle accède à la baignade, d'autres facilitateurs sont nécessaires : soit la personne fait appel à un « aidant » pour être guidée, soit la plage est équipée du « système audio-plage » et elle peut se baigner avec un bracelet montre adapté.

Dans une enquête britannique de 1999 auprès de personnes en situation de handicap, « 75% des répondants considèrent les vacances comme quelque chose d'important dans la vie » (Shaw et Coles, 2004). Quelles attentes formulent-ils ? Quels sont leurs choix de destination ou de type de séjour et leurs imaginaires de voyage ? Que représentent les activités touristiques et les loisirs souvent associés à une logique de dépaysement, de liberté et de plaisir, lorsqu'on est considéré comme en situation de dépendance ? Quelles sont leurs motivations ? Tous ces aspects sont-ils différents de ceux de la population générale tels que proposés par les « modèles touristiques » (Pearce, 1987) ? Quelques éléments de réponse sont donnés dans une enquête que nous avons réalisée à partir d'entretiens semi-directifs et d'observations en France entre 2011 et 2012 auprès d'une population d'adultes en situation de handicap mental ou psychique (Lomo *et al.*, 2013). Même si ces réponses ne peuvent pas être strictement extrapolées à l'ensemble des handicapés, elles

donnent la tonalité des expériences vécues. Un premier point à indiquer est l'importance prescriptive de l'environnement de vie, c'est-à-dire les aidants (professionnels ou familiaux qui les entourent). Par exemple, cette femme de 31 ans déficiente intellectuelle légère, travailleuse en Établissement et service d'aide par le travail (ESAT) vivant au domicile de ses parents, souligne : « On reçoit le catalogue et c'est ma mère qui choisit. C'est elle qui a choisit et tout. (...) J'ai demandé une fois à mes parents parce qu'on avait un catalogue pour faire de la thalasso. Mais ils ne voulaient pas. (...) Moi mes vacances de rêve c'est une fois aller dans une thalasso faire des massages, dans de l'eau bouillonnante » (Lomo *et al.*, 2013). On retrouve cette même contrainte institutionnelle dans les propos d'une autre femme de 47 ans déficiente intellectuelle légère travaillant dans un ESAT et vivant dans un Foyer Hébergement de Travailleurs Handicapés (FTTH) : « C'est eux (les éducateurs) qui ont le catalogue donc on peut pas choisir ». Dans la même veine, les propos d'un jeune homme de 25 ans, considéré comme déficient intellectuel moyen, sans emploi et dépendant d'un Foyer d'Accompagnement Social (FAS) : « (...) c'est l'éducateur qui vient aider qui a tout préparé (...) C'est l'éducateur qui choisit la destination » (Lomo *et al.*, 2013). La forte dépendance familiale et institutionnelle impose la prévalence de la pratique sectorielle des loisirs et du tourisme. La majeure partie des 46 personnes interrogées ne choisit pas le lieu ni l'opérateur des vacances : 70% annoncent une prescription institutionnelle et 30% celle de leur famille (Lomo *et al.*, 2013). Il n'y a pas de libre choix, au-delà du degré de déficience des personnes, ce qui est en contradiction avec la volonté d'empowerment des personnes figurant dans les projets d'établissement. Cela implique un sentiment mitigé quant aux pratiques dites « partagées » ou mixtes, car seule la moitié des personnes constituant l'échantillon y sont favorables. L'autre moitié, marquée par des expériences négatives « du regard de l'autre », ne souhaite pas profiter de vacances avec des personnes non handicapées. Il apparaît ici une double appréhension des aidants et des personnes handicapées face à la persistance des préjugés des personnes dites valides, associée aux effets anxigènes, insécurisants ou fantasmés du milieu ordinaire. Ces derniers freins sont également le produit de l'institutionnalisation du handicap et du discours « paternaliste » ou « surprotecteur » des travailleurs sociaux, qui se traduit par une infantilisation des personnes handicapées.

En seconde analyse, la pratique des loisirs et des vacances s'inscrit pour bon nombre de personnes dans une finalité de bien-être (moral ou physique) intégrée à la dimension de la qualité de vie. Comme pour la population générale de touristes, vaincre l'ennui et se dépayser sont également des raisons avancées, tout comme les aspects ludiques, le repos et l'hédonisme. Les attentes de nos enquêtés, pour la plupart travaillant en ESAT, sont celles de leurs concitoyens. On retrouve ici des substrats classiques des motivations des touristes soulignées par Crompton (1979) : l'évasion d'un environnement jugé banal ; la découverte ; la détente et la facilitation des relations sociales. Ce dernier élément est celui qui est le plus mis en avant par les personnes handicapées mentales ou psychiques : faire des rencontres, sortir de

l'entre-soi qui fige leur identité (Crompton, 1979). Toutefois, on ne retrouve pas les éléments repérés par Crompton concernant l'évaluation de soi, la régression et le renforcement des liens familiaux. Un dernier aspect est le poids financier considéré comme un surcoût pour 4 répondants sur 5 : c'est, en plus des barrières psychosociales, un frein aux départs en vacances (Crompton, 1979).

### Dans ce dossier

Ce dossier spécial de *Téoros* propose donc de compléter et préciser ce tour d'horizon sur la situation du tourisme et du handicap. David Amiaud, dans son article intitulé « L'expérience touristique des personnes autrement capables : inclusion socio-spatiale et bien-être » montre les effets de l'expérience touristique dans la construction du sentiment d'appartenance des personnes handicapées, soulignant une forte dimension inclusive.

Quant à Eric Degros, dans une perspective juridique, son texte « Accessibilité et droit français : la perspective d'un tourisme durable, égal pour tous » s'appuie sur le droit de l'accessibilité pour souligner l'accessibilité du patrimoine comme un critère fondamental du tourisme durable sur lequel repose le droit au tourisme.

Dans l'article « La chaîne d'accessibilité et de services : Un rôle pivot pour soutenir l'accès au Tourisme Handicap », Claude Blaho-Ponce explore le concept de chaîne d'accessibilité et montre son importance opérationnelle pour garantir l'accès quotidien aux vacances et aux loisirs de la clientèle à besoins spécifiques.

Enfin, dans leur contribution « Serving tourists with disabilities towards a better tourist enjoyment », Omar Moufakkir, Adele Bailly et Afke Moufakkir-van der Woud portent leur attention sur l'expérience et le vécu touristique et présentent les résultats d'une étude quantitative menée auprès de touristes à besoins spécifiques.

La thématique du tourisme et du handicap étant en général si peu abordée par la recherche en tourisme, nous souhaitons que ce dossier aide notamment à sensibiliser davantage la communauté scientifique sur le besoin réel de recherche dans le domaine tout en démontrant à l'industrie le besoin d'agir. ■

### Références

- CONSEIL DE L'EUROPE (1993) *Activités en faveur des personnes handicapées. Accord partiel dans le domaine social et de la santé publique. Rapport d'activité 1991-1992*, Strasbourg. Éditions du Conseil de l'Europe, 50 pages.
- CROMPTON, John (1979) « Motivations for pleasure vacation », *Annals of Tourism Research*, Vol. 6, No. 4, p. 404-424.
- CTNERHI – Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations (1988) *Classification Internationale des Handicaps : déficiences, incapacités et désavantages*. Paris. 203 pages.
- ELIAS, Norbert et John L. SCOTSON (1997) *Logiques de l'exclusion*, Paris : Fayard. 227 pages.
- GILMAN, Sander L. (1996) *L'autre et le moi. Stéréotype occidentaux de la race, de la sexualité et de la maladie*, Paris : PUF. 298 pages.
- GOFFMAN, Erving (1975) *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, Paris : Minuit. 161 pages.
- LE BRETON, David (1993) *La chair à vif. Usages médicaux et mondains du corps humain*, Paris : Métailié. 336 pages.
- LETOURMY, Alain et Jean-François RAVAUD (2005) « Données sociales sur les personnes handicapées en France », *Santé, société et solidarité*, n°2, 2005, p. 31-41.
- LOMO MYAZHIOM, Aggée; Frédéric REICHHART et Alexine HIMBERT (2013) *Vacances et loisirs des personnes en situation de handicap mental*, Paris-Strasbourg : Fédération Française de Sport Adapté et Université de Strasbourg, 174 pages.
- PEARCE, Douglas (1987) *Géographie du tourisme*, Paris : Nathan. 239 pages.
- REICHHART, Frédéric (2011) *Le tourisme adapté : fondements idéologiques et institutionnels*, Paris : L'Harmattan. 294 pages.
- REICHHART, Frédéric et Aggée LOMO MYAZHIOM (2013) « Accessibilité et communication ou comment rendre visible ce qui est accessible? L'exemple des informations touristiques destinées aux personnes en situation de handicap en France », *MEI Média et Information*, n°36, p. 53-64.
- SHAW, Gareth et Tim COLES (2004) « Disability, Holiday Making and the Tourism Industry in the UK : a preliminary survey », *Tourism Management*, n°25, p. 397-403.
- STIKER, Henri-Jacques (2000) *Pour le débat démocratique : la question du handicap*, Paris : CTNERHI. 149 pages.
- VIARD, Jean (2000) *Court traité sur les vacances, les voyages et l'hospitalité des lieux*, La Tour d'Aigues : L'Aube. 176 pages.
- WINANCE, Myriam (2008) « La notion de handicap et ses transformations à travers les classifications internationales du handicap de l'OMS, 1980 et 2001 », *Dynamis*, 28, p. 377-406.